

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИНДРОМА ИЗБЫТОЧНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РОСТА У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

Свистунова Н.А., Бычков Д.В., Морозов Е.А.

Научный руководитель: д. м. н., доцент Налётов А.В.

Кафедра педиатрии № 2

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького

Актуальность исследования: с современных позиций нормальную микробиоту человека рассматривают не просто как совокупность множества микробиоценозов, но и как своеобразный экстракорпоральный орган [1]. Нормальная численность и состав микрофлоры может быть только при нормальном физиологическом состоянии организма [2].

Цели исследования: изучить распространенность синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) тонкой кишки у детей, страдающих хронической гастродуоденальной патологией (ХГДП), проживающих в условиях военных действий.

Материалы и методы: обследовано 120 детей в возрасте от 12 до 17 лет, страдающих ХГДП, ассоциированными с инфекцией *H. pylori*. Для диагностики СИБР тонкой кишки использовали цифровой анализатор выдыхаемого водорода «ЛактофаН2» (ООО «АМА», Россия).

Результаты: в ходе исследования было установлено, что ХГДП, ассоциированная с инфекцией *H. pylori* у большинства детей, проживающих в условиях военного конфликта в Донбассе, сочеталась с развитием СИБР тонкой кишки. Так, избыточная микробная контаминация тонкой кишки фекальной кишечной микрофлорой выявлена у 103 (85,8±3,2%) детей.

Выводы: полученные данные свидетельствуют о том, что у детей, проживающих на территории Донбасса в период обострения военного конфликта, ХГДП, ассоциированная с инфекцией *H. pylori*, протекает на фоне выраженного дисбаланса в составе микробиоты кишечника. Лечебные мероприятия у данных пациентов необходимо проводить с учетом микробиологического дисбаланса желудочно-кишечного тракта.

Литература

1. Барышникова Н.В., Балукова Е.В., Успенский Ю.П. Дисбиоз кишечника — инфекция *Helicobacter pylori* — синдром раздраженного кишечника — метаболический синдром: что их объединяет? // Практическая медицина. 2012. № 3 (58). С. 11–16.
2. Арданская М.Д. Синдром избыточного бактериального роста и нарушение процессов пищеварения и всасывания: патогенетическая нутриционная терапия // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2009. № 6. С. 84–96.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА

Ташпулатова З.Б.

Научный руководитель: д. м. н Алиева Н.Р.

Кафедра госпитальная педиатрия № 1 с нетрадиционными методами лечения,
клиническая аллергология

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность: по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), заболевания кишечника являются одной из актуальных проблем педиатрии в Центрально-Азиатском регионе [1].

Цель исследования: изучить показатели физического развития детей с заболеваниями тонкого кишечника.

Материалы и методы исследования: физическое развитие оценивалось в сравнительном аспекте со стандартами роста и развития детей, рекомендованными ВОЗ (2006). Дети, рост/длина тела и масса тела которых относительно к возрасту находятся в области -2CO и $+2\text{CO}$, расцениваются как дети с нормальными показателями физического развития. Величины, расположенные ниже -2CO и до кривой -3CO , рассматриваются как низкий вес и низкий рост; ниже -3CO рассматриваются как крайне низкий вес и крайне низкий рост. Состояние питания расценивается показателями индекса массы тела (ИМТ). Показатель ниже кривой -3CO расценивается как тяжелая белково-энергетическая недостаточность питания (БЭНП). Показатель в области -3CO и -2CO БЭНП средней тяжести, в области -2CO и -1CO БЭНП легкой степени.

Результаты: крайне низкий рост встречался лишь в группе детей с Ц (36,6%). Низкий рост встречался у 40% с Ц и 35,0% больных с ХПЭ. При АЭ показатели роста были в пределах нормы. Низкая масса тела встречалась у 30,7% детей с целиакией, у 36,6% у детей с хроническим энтероколитом и у 12,5% у детей с аллергическим энтероколитом. Крайне низкая масса тела встречалась лишь у детей с целиакией (25,8%). БЭНП тяжелой степени при Ц выявлена в 8,3% случаев, в то время как при ХПЭ и АЭ не выявлена. БЭНП среднетяжелой степени более чем в 3 раза чаще встречалась у детей с Ц по сравнению чем с детьми с ХПЭ [2].

Выводы: отклонения физического развития детей с целиакией достоверно чаще встречались по сравнению с детьми с хроническим энтероколитом и аллергическим энтероколитом.

Литература

1. Analysis of the structure and strength of bones in coliac disease patients / J. Ferti, R. Maquire, P. Tanaure, et al. // Amer. J. Gastroenterol. 2003. Vol. 98. N 2. P. 382–390.
2. Шарипова М.Н. Целиакия у детей (распространенность, диагностика и лечение) // Вестник Южно-Казахстанской медицинской академии. 2006, № 3 (33). С. 68–70.

ОСОБЕННОСТИ НУТРИЦИОННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Алексеева И.А., Журавлева А.В., Пахоменкова М.И.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Шабалов А.М.

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода за детьми

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: в последние годы отмечается рост частоты гастроэнтерологических заболеваний у детей, в том числе врожденных аномалий. Данные заболевания нередко ведут к задержке роста и развития детей, что является важной медико-социальной проблемой в педиатрии.

Цель исследования: оценить нутриционный статус у детей с врожденной патологией верхних и нижних отделов органов пищеварения до и после оперативного лечения.

Материалы и методы: проведена оценка нутриционного у 8 детей с врожденной патологией пищеварительной системы, находившихся на оперативном лечении в клинике СПбГПМУ. Проанализированы антропометрические данные детей (рост, вес, ИМТ, индекс Коула) [1] и лабораторные показатели (общий белок, альбумин, креатинин, лимфоциты) [2].

Результаты: оценены 2 группы детей: № 1 — поражение верхних отделов (атрезия пищевода); № 2 — поражение нижних отделов (болезнь Гиршпрунга, атрезия прямой кишки). У группы № 1 до оперативного лечения индекс Коула < 90 , что говорит о дефиците массы по отношению к росту; ИМТ снижен от 16,8 до 17,23. У группы № 2 до оперативного лечения индекс Коула и ИМТ находились в пределах нормы. У группы № 1 в течение недели после операции наблюдается повышение уровня общего белка с 49,5 до 55,5 г/л и креатинина с 26,65 до 34,4 мкмоль/л, но значения остаются на нижней границе нормы. У этой группы после оперативного вмешательства наблюдается увеличение уровня альбумина с 28,2 до 39,8 г/л, т.е. до значений, соответствующих норме 38–54 г/л. У группы № 2 уровень общего белка, альбу-