

4. При пренатальной диагностике врожденных пороков почек имеет место своевременная диагностика и реабилитация данной группы больных.

Список литературы:

1. Шабалов, Н.П. Неонатология: в 2 т. / Н.П. Шабалов. – Т. 2. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – С. 392-396.

СВЯЗЬ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Хоха Р.Н., Малышко Н.А., Гук Г.В., Хомчик Т.Г.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно
УО «Детская областная клиническая больница», Гродно*

Хронические болезни органов пищеварения являются наиболее распространенными у детей. Среди них наиболее частыми являются воспалительные заболевания верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) - хронический гастрит (ХГ), хронический гастродуоденит (ХГД). Возникновению их способствует ряд факторов: инфекционный, генетический, нервно-психический, алиментарный, аллергический и др.

В то же время, во многих промышленно развитых странах увеличение распространенности атопических болезней и БА у детей и взрослых стало серьезной проблемой здравоохранения. В Согласительном документе Ассоциации детских аллергологов и иммунологов России по профилактике аллергии выдвинуты следующие гипотезы, объясняющие увеличение распространенности аллергии и БА: гигиеническая и диетологические гипотезы, гипотеза изменения содержания жира в рационе, антиоксидантная гипотеза, гипотеза витамина Д, гипотеза повторного воздействия, “экологической” сенсibilизации и оральной толерантности [2].

В настоящее время также дискутируется предположение о том, что исчезновение *H. pylori* стимулирует распространенность аллергических заболеваний, а колонизация желудка *H. pylori* защищает человека от них. Масштабные популяционные исследования National Health and Nutrition Survey (NHANES), проведенные в 1988-1994 г. и в 1999-2000 г. свидетельствуют о значительной обратной связи между *H. pylori*-положительным статусом и ранним началом астмы и аллергического ринита у детей и подростков в возрасте до 20 лет, а также наличием астмы на момент исследования у детей в возрасте от 3 до 13 лет. Также выявление *H. pylori* обратно коррелировало с наличием свистящего дыхания, аллергического ринита, дерматита и сыпи.

Провести анализ заболеваемости (динамики) болезнями органов

пищеварения (ХГ, ХД), аллергическими болезнями (АД, БА) детей г. Гродно и Гродненской области. Установить частоту и характер поражения органов пищеварения у детей, страдающих БА.

Анализ заболеваемости, ее динамику по классу болезни органов пищеварения (код по МКБ 10 пересмотра K00-K92), аллергическими заболеваниями у детей в возрасте от 0 до 17 лет проводили на основании ежегодных отчетов кабинета медицинской статистики УЗ «ДОКБ» г. Гродно.

Для изучения частоты и характера поражения органов пищеварения у детей с БА обследовано 210 детей. Диагноз БА устанавливали в соответствии с классификацией и критериями международного консенсуса по диагностике и лечению БА [3], клиническим протоколом диагностики и лечения БА, утвержденным МЗ РБ от 23.02.06 г.

Всем пациентам проводилось комплексное обследование, включавшее жалобы, анамнестические и клинические данные. Функциональное состояние гепатобилиарной системы и поджелудочной железы изучали на основании биохимического исследования крови (уровень аланин- и аминотрансфераз, щелочной фосфатазы, тимоловой пробы, содержание общего белка, общего билирубина и его фракций, амилазы крови и диастазы в моче), копрологического исследования. Инструментальные методы включали ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (печень, желчевыводящие протоки и желчный пузырь, поджелудочная железа) и эзофагогастродуоденоскопию (ЭЗГДС) с морфологическим исследованием слизистой оболочки желудка, быстрый уреазный тест для диагностики *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Статистическая обработка данных проведена методами непараметрической статистики.

Анализ заболеваемости болезнями органов пищеварения, АД и БА проведен за 3 года (2008-2010 гг.).

Болезни органов пищеварения

Установлено, что за анализируемый период наметилась тенденция к снижению общей заболеваемости детей г. Гродно и области болезнями органов пищеварения - в 2008 г. она составила 82,3, а в 2010 г. – 76,8 на 1000 детского населения ($p < 0,05$). В структуре заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ) преобладающими в течение 3 лет являются ХГ, ХД, общая заболеваемость которыми в 2008 г. составила 28,6, а в 2010 г. - 25,3 на 1000 детского населения ($p < 0,05$). Анализ динамики заболеваемости ХГ, ХД свидетельствует также о некоторой тенденции к ее снижению, что, возможно, связано с широким использованием антибиотиков (макролиды, полусинтетические пенициллины), особенно в раннем детском возрасте по поводу инфекций верхних дыхательных путей, кожи или среднего отита. Заболеваемость

болезнями желчного пузыря и желчевыводящих путей в 2008 г. составила 10,4, в 2010 г. - 10,2 на 1000 детей ($p < 0,05$), болезнями поджелудочной железы в 2008 г. - 0,3, 2010 г. – 0,2 на 1000 детского населения ($p < 0,05$).

Аллергические заболевания

Анализ динамики общей заболеваемости аллергическими болезнями детей в сравнении с болезнями органов пищеварения за исследуемый период свидетельствует об обратной тенденции. Отмечается некоторое увеличение количества детей с этой патологией. В 2008 г. общая заболеваемость АД составила 7,54 на 1000, в 2010 – 8,1 на 1000 ($p < 0,05$), БА в 2008 г. - 6,9 на 1000, в 2010 г. 7,1 на 1000 детского населения г. Гродно и области ($p < 0,05$).

Желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) является основным путем поступления антигенов во внутреннюю среду человека. По литературным данным, частота поражения ЖКТ у детей, страдающих БА, колеблется от 41,2% до 87,5% [1]. Возможные механизмы этого не ясны, придается значение неблагоприятным факторам внешней среды, общности эмбрионального происхождения, особенностям иннервации и кровоснабжения систем дыхания и пищеварения, длительной терапии системными кортикостероидами, теофиллинами.

Возраст обследованных нами детей с БА составил от 1 года до 17 лет с длительностью заболевания от 1 до 5 лет. 102 ребенка поступили в аллергологическое отделение в период обострения, остальные для планового обследования уже имевшегося заболевания или для верификации диагноза «Бронхиальная астма». Анализ по полу показал значительное преобладание среди обследуемых с БА мальчиков (164 - мальчики, 46 - девочки), что согласуется с литературными данными. У 203 пациентов диагностирована аллергическая, у 4 - неаллергическая и у 3 - смешанная форма БА. Легкое течение заболевания отмечено у 58,5%, среднетяжелое - у 37,6% и тяжелое у 3,9% детей.

Для выявления изменений со стороны органов пищеварения из всех наблюдаемых детей у 59 проведена ЭЗГДС и у 198 - УЗИ органов брюшной полости. Показаниями для проведения гастроэнтерологического инструментального обследования явились болевой абдоминальный синдром и диспепсические расстройства, недостаточная эффективность проводимой терапии основного заболевания - БА.

Анализ абдоминального болевого синдрома показал, что в 58% случаев боли носили приступообразный характер с локализацией в эпигастральной области у 86%, в пилородуоденальной – у 38%, в правом подреберье – у 74,4%, в области проекции болевых точек поджелудочной железы, в околопупочной – у 42,4% детей.

Диспепсический синдром в виде тошноты отмечался у 32%,

отрыжки – у 18%, рвоты – у 11%, нарушения аппетита - у 25,6% пациентов.

При проведении эндоскопического исследования изменения со стороны слизистой оболочки ВОПТ выявлены у 55,9% детей, у 45,1% слизистая была интактной. Структура эндоскопических изменений слизистой оболочки пищевода, желудка и 12-перстной кишки у обследуемых детей была представлена следующим образом: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с катаральным эзофагитом выявлена у 42,4%, хронический поверхностный гастродуоденит – у 62,8%, нарушения моторики 12-перстной кишки в виде дуодено-гастрального рефлюкса 1-2 степени – у 24,2% детей. Хеликобактер-ассоциированный ХГ по быстрому уреазному тесту выявлен у 51,3% обследованных. Морфологическое исследование слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки, проведенное у 15 больных, свидетельствует о слабых воспалительных изменениях в ней с умеренной степенью активности воспалительного процесса без атрофии.

При проведении УЗИ органов брюшной полости изменения со стороны гепато-билиарной системы и поджелудочной железы различной степени выраженности выявлены в 61,1% случаев. Аномалии формы желчного пузыря наблюдались у 49,3%, перегибы в области его дна, тела, шейки - у 37,6%, нарушения моторной функции желчевыводящих путей - у 24,3%, изменения поджелудочной железы в виде диффузного ее увеличения или увеличения отдельно головки, тела, хвоста - у 36,9% детей.

Эхографических признаков поражения печени ни в одном случае нами не было выявлено. Активность печеночных ферментов и ферментов поджелудочной железы у небольшого количества больных была незначительно повышена, а изменений при копрологическом исследовании у этих больных не было обнаружено. В процессе лечения основного заболевания (БА) происходила быстрая нормализация измененных лабораторных показателей со стороны печени, поджелудочной железы и эхографических изменений поджелудочной железы. С учетом того, что печень является органом, обезвреживающим чужеродные вещества (аллергены ими и являются), а поджелудочная железа является основным органом ЖКТ, участвующим в расщеплении белковых субстанций, которыми являются и аллергены (выступает в роли так называемого «шокового» органа), можно предположить, что изменения, возникающие в этих органах на воздействие аллергенных факторов, поступающих из вне, носят реактивный характер.

Выводы:

1. На фоне тенденции к снижению общей заболеваемости хроническими воспалительными заболеваниями желудка и 12-перстной кишки у детей отмечается тенденция к повышению заболеваемости

аллергическими болезнями.

2. Изменения слизистой оболочки ВОПТ выявляются у большинства детей с БА, преобладает сочетанный характер их поражения.

3. У 51,3% детей с БА выявлен ХГ, ассоциированный с *H. pylori*.

4. Со стороны гепатобилиарной системы и поджелудочной железы изменения реактивного характера выявлены у 61,1% детей с БА.

Список литературы:

1. Домбровский, С.В. Взаимосвязь гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и бронхиальной астмы у детей и эффективность комбинированной терапии: мат. научно-практ. конф. педиатров России «Фармакотерапия и диетология в педиатрии» / С.В. Домбровский, Е.А. Почивалова. – Москва, 2007. – С. 48–49.

2. Согласительный документ Ассоциации детских аллергологов и иммунологов России по профилактике аллергии (Электронный ресурс), 2012. Доступ: <http://www.adair.ru>.

3. Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention. Workshop Report, (Электронный ресурс), 2008. Доступ: <http://www.ginaasthma.com>.

НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ НОВОРОЖДЁННЫХ

Янковская Н.И., Санжаровская Т.А., Ясковец А.В., Барановская И.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно

УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница», Гродно

Некротический энтероколит (НЭК) новорожденных – неспецифическое воспалительное заболевание, вызванное инфекционными агентами на фоне незрелости механизмов местной защиты и/или гипоксически-ишемического повреждения слизистой кишечника, склонное к генерализации с развитием системной воспалительной реакции [1, 4].

В период новорожденности НЭК встречается в 2-16% случаев в зависимости от гестационного возраста, около 80% из них приходится на недоношенных детей. У недоношенных НЭК встречается в 10-25% случаев. Показатель смертности значительно выше в группе недоношенных новорожденных, среди детей с синдромом задержки внутриутробного развития и колеблется в пределах от 28 до 54%, а после оперативных вмешательств – 60%, несмотря на интенсивные совместные усилия неонатологов, детских хирургов, анестезиологов-реаниматологов, а также развитие современных технологий выхаживания и лечения новорожденных [2, 3, 4].

Этиология НЭК мультифакториальна. Это гетерогенное заболевание и основными его компонентами являются ишемия, причинных факторов которой в перинатальном периоде достаточно