

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ ДИТЯЧОГО ВІКУ

Ю.В. Белоусов (Харків)

Частота хронічних захворювань травної системи у дітей продовжує зростати, що привертає увагу як науковців, так і працівників практичної педіатрії. Поряд з кількісними змінами, захворювання органів травлення у дітей мають значні якісні перетворення, що в значній мірі пов'язано з впровадженням до клінічної практики нових інформативних інструментальних, імунологічних, серологічних, бактеріологічних та морфологічних методів дослідження, які значно змінили погляд на різноманітні патологічні процеси. Значно уточнені і навіть трансформовані не тільки погляди на етіологію та патогенез захворювань травного тракту, але принципи їх профілактики. В останні роки розроблені диференційовані підходи до лікування хронічних захворювань системи травлення з застосуванням широкого комплексу медикаментозних та немедикаментозних засобів, багато з яких є новими для гастроентерологів, тим більше для педіатрів первинної ланки охорони здоров'я. Дитяча гастроентерологія з неінфекційної стає інфекційною, з стаціонарної трансформується у поліклінічну: не тільки обстеження хворих, але й лікування багатьох захворювань органів травлення має проводитися в умовах денного стаціонару або поліклініки. Усі ці та багато інших обставин вимагають всебічного вивчення актуальних питань дитячої гастроентерології з урахуванням нових якісних можливостей, що обумовлені розвитком медичної науки.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СИМПТОМОКОМПЛЕКСУ ХРОНІЧНОГО ЗАКРІПУ У ДІТЕЙ

О.Ю. Белоусова (Харків)

Під наглядом у дитячому гастроентерологічному відділенні м. Харкова знаходилося 137 дітей віком 5-14 років з симптомокомплексом хронічного закріпу, який проявлявся порушенням випорожнення, зміною характеру калових мас, болем по ходу товстої кишки, інколи під час дефекації, болючістю при пальпації товстого кишечника. Відсутність випорожнення більше 24 годин відзначалась у 32,1% дітей та розцінювалась як схильність до закріпу; у 43,8% хворих випорожнення було відсутнє більше 48 годин (виражений закріп) та у 24,1% дітей затримка випорожнення складала більше 72 годин (виражений стійкий закріп). У 13,1% пацієнтів на фоні хронічного закріпу інколи відмічалось послаблення випорожнення – чергування закріпу та проносу. У 2,2% дітей відзначався свербіж у ділянці заднього проходу. Самостійний біль по ходу товстої кишки, інколи пов'язаний з актом дефекації, але частіше незалежний від нього, відзначався у 51,8% хворих. Біль переважно

був періодичним і мав нападоподібний характер (21,9 %), рідше – ниочий, постійний (13,1 %). У деяких випадках біль характеризувався як стисний (9,5%) або розпираючий (7,3 %). Хронічний закріп у деяких хворих супроводжувався зміною характеру калових мас – 45,9 %. Найбільш характерною була поява щільного товстого калу (21,2 %), рідше – “овечого” (7,3 %), щільного тонкого (7,3 %). У 7,3 % дітей відзначалась домішка до калу переважно алої крові, у 2,9 % хворих – слизу. При пальпації найбільш характерним клінічним симптомом виявилось ущільнення, спазмованість і підвищена чутливість сигмоподібної кишки, зареєстрована у 77,4 % хворих. Розлита пальпаторна болючість по ходу товстої кишки виявилась у 47,4 % дітей; у 6,6 % пацієнтів пальпація живота супроводжувалась бурчанням по ходу товстої кишки.

КЛІНІКО-ГЕМАТОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ТЯЖКОСТІ КИШКОВИХ ТОКСИКОЗІВ У ДІТЕЙ

*В.І. Грищенко, С.Ф. Стафурін, Є.А. Сіліна, Т.М. Пахольчук, О.В. Конакова,
О.В. Усачова (Запоріжжя)*

З метою об'єктивізації оцінки ступеню тяжкості токсикозу у хворих на гострі кишкові інфекції (ГКІ) дітей перших 5 років життя ми звернулися до методу математичного обчислювання клінічних симптомів та гематологічних показників.

Нами було обстежено 151 дитина віком від 1 місяця до 5 років, які переносили ГКІ різного ступеню тяжкості (з легким ступенем – 15, середньотяжким – 62, тяжким – 74). За допомогою бактеріологічних та вірусологічних методів дослідження етіологія захворювання була встановлена у 109 дітей. Шигельоз було діагностовано у 18 обстежених, сальмонельоз – у 3, ешеріхіоз – у 2, ГКІ, обумовлену умовнопатогенною флорою – у 82, ротавірусний гастроентероколіт – у 4. У 42 хворих етіологію захворювання встановити не вдалось.

Для визначення ступеня тяжкості токсикозу у дітей при ГКІ ми застосували метод математичного обчислювання найбільш інформативних клінічних ознак, який був запропонований А.В. Папаяном і Е.К. Цибулькіним (1984). Гематологічні показники, які свідчили про наявність токсикозу у дітей при ГКІ, ми визначали за лейкоцитарним індексом інтоксикації (ЛІІ), індексом зсуву лейкоцитів крові (ІЗЛК) та лімфоцитарним індексом (І_{лім}).

При статистичній обробці результатів математичного обчислювання клінічних ознак токсикозу, ми отримали наступні дані: у дітей з легкими проявами токсикозу середній сумарний діагностичний коефіцієнт склав $-9,8 \pm 3,3$ балів; з середньотяжкими – $+2,37 \pm 0,75$ балів ($p < 0,05$); з тяжкими – $+22,6 \pm 0,1$ балів ($p < 0,01$). Тобто, мала місце чітка тенденція до зростання показника, що