

О. І. Сміян, В. А. Плахута
**СТАН КИШКОВОЇ МІКРОФЛОРИ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ ХВОРИХ НА
ГОСТРИЙ ОБСТРУКТИВНИЙ БРОНХІТ**
Сумський державний університет, м. Суми

Бронхіти є найпоширенішою формою бронхолегеневої патології, особливо серед дітей до трьох років. Захворюваність бронхітами, за даними ряду авторів, коливається від 15 % до 50 %, при цьому обструктивні форми зустрічаються частіше інших (30-50 %). Останнім часом відзначається збільшення кількості дітей з рецидивуючою бронхообструкцією. Зростання захворюваності обґрунтовує необхідність поглиблення уявлень про патогенез захворювання і пошук перспективних напрямків у терапії та реабілітації хворих. Зокрема, в літературі не достатньо висвітлений вплив на перебіг захворювання різних додаткових факторів, до яких відноситься дисбактеріоз товстої кишки.

В даний час доведено, що формування в перші роки життя нормальної симбіотичної мікрофлори організму є одним з провідних регуляторних факторів, що забезпечують адаптацію дитини до позаутробних умов життя, підтримання гомеостазу, морфологічного дозрівання імунної системи і становлення нейроендокринної регуляції імунної відповіді. У той же час, порушення процесу становлення мікробіоти у дітей раннього віку відбиваються на їх розвитку, стані здоров'я та резистентності.

Мета: дослідити стан кишкової мікрофлори у дітей раннього віку, хворих на обструктивний бронхіт.

Під спостереженням знаходилося 29 дітей з діагнозом гострий обструктивний бронхіт віком до трьох років, яким, для вивчення дисбіотичних процесів було проведено дослідження випорожнень із визначенням видового та популяційного складу мікрофлори (Р. Б. Епштейн-Литвак, 1977).

В результаті дослідження було встановлено, що у 85,71 % відмічались клінічні прояви порушення мікрофлори товстої кишки у вигляді диспепсичного синдрому: зригування спостерігалось у 10 ((34,48 ± 8,98) %) дітей, метеоризм - у 9 ((31,03 ± 8,74) %), блювання - у 5 ((17,24 ± 7,14) %), пронос - у 17 ((58,62 ± 9,31) %), періодичний біль у животі - у 14 ((48,28 ± 9,44) %) та нашарування на язиці - у 19 дітей ((65,52 ± 8,98) %), хворих на ГОБ. Під час лабораторного дослідження калу у дітей в гострому періоді захворювання виявлено наявність якісних та кількісних порушень, які характеризувалися значним зниженням кількості лактобактерій (р 0,001), біфідобактерій (р 0,001), ешерихій з нормальною ферментативною активністю (р 0,001) та збільшенням числа дріжджеподібних грибів (р 0,001), стафілококів (р 0,001) і представників умовно-патогенної флори (р 0,01).

Отже, виявлені нами клінічні симптоми дисбіозу та лабораторні зміни щодо кількісного та якісного складу мікрофлори в гострому періоді обструктивного бронхіту свідчили про необхідність проведення корекції виявлених порушень.

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції і пленуму Асоціації інфекціоністів Сумщини, м. Суми, 19-20 червня 2013 р. / Редкол.: М.Д. Чемич, Г.М. Дубинська, К.І. Бодня, Н.І. Ільїна, В.В. Захлебасва. — Суми : СумДУ, 2013. — С. 110-111.