

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА
ДИССЕРТАЦИОННЫЙ СОВЕТ Д. 14.08.376**

**На правах рукописи
УДК 616.34-07-036.2-053.2**

ШАЛАБАЕВА БИБИ-АЖАР СУЛТАНОВНА

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ**

14.00.09. – педиатрия

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

БИШКЕК – 2009

Работа выполнена в Национальном центре охраны материнства и детства
Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

Научный руководитель:

доктор медицинских наук,
доцент

Мамырбаева Турсун Турганбаевна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук,
профессор

Иманалиева Чолпон Азаматовна

кандидат медицинских наук,
доцент

Джолбунова Зуура Керимбековна

Ведущая организация: Казахский национальный медицинский университет
имени С.Д. Асфендиярова (г.Алматы)

Защита состоится «18» сентября 2009 года в 13⁰⁰ на заседании
диссертационного совета Д. 14.08.376 при Национальном центре охраны
материнства и детства Министерства здравоохранения Кыргызской Республики
(720038, Кыргызская Республика, г.Бишкек, ул. Ахунбаева, 190).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального центра
охраны материнства и детства Министерства здравоохранения Кыргызской
Республики (720038, Кыргызская Республика, г.Бишкек, ул. Ахунбаева, 190).

Автореферат разослан «14» мая 2009 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник



А.Б. Фуртикова

СПИСОК УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ААД	антибиотикоассоциированная диарея
БК	болезнь Крона
ВЗК	воспалительные заболевания кишечника
ВПР	врожденные пороки развития
ВОПТ	верхний отдел пищеварительного тракта
КУС	коэффициент удовлетворительности состояния
МВТР	трансмембранный регулятор муковисцидоза
МКБ X	международная классификация болезней X пересмотра
НЯК	неспецифический язвенный колит
ООВГГГ	общая вариабельная гипогаммаглобулинемия
ОКИ	острая кишечная инфекция
ООШ	общеобразовательная школа
ПМК	псевдомембранозный колит
ПСХ	первичный склерозирующий холангит
ПЦР	полимеразная цепная реакция
СРК	синдром раздраженного кишечника
СРК-С	синдром раздраженного кишечника с запором
СРК-D	синдром раздраженного кишечника с диареей
СРК-M	синдром раздраженного кишечника смешанный
СРК-U	синдром раздраженного кишечника, перемежающийся (альтернирующий)
УЗИ	ультразвуковое исследование
ХВЗК	хронические воспалительные заболевания толстого кишечника
ШГ	школа гимназия
CD	clostridium difficile
LR	отношение правдоподобия
PV	прогностическая ценность
Se	чувствительность клинического теста
Sp	специфичность клинического теста

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Обоснованную тревогу вызывает состояние здоровья школьников, как наиболее массового контингента детей и подростков. В последние годы педиатры и гастроэнтерологи обращают внимание на увеличение частоты неспецифических заболеваний кишечника с ведущим синдромом диареи [Алиева Э.И., Баранов А.А., 2002; Бельмер С.В., Хавкин А.И., Лобзин Ю.В., 2003; Парфенов А.И., 2004; Коровина Н.А., Захарова И.Н., Бережная И.В., 2006;]. Большие диагностические трудности и тяжелые последствия этих заболеваний обуславливают особую медико-социальную значимость их ранней диагностики и совершенствования методов лечения, что может играть важную роль в предупреждении прогрессирования морфофункциональных изменений кишечника и вовлечения в патологический процесс других органов и систем. По данным Парфенова А.И. и соавт. [2006] патологические изменения в тонкой кишке являются важными факторами нарушения метаболизма кальция и формирования остеопенического синдрома у детей и подростков. Последствиями глютенной энтеропатии, даже при скрытом ее течении, могут быть задержка физического, умственного и полового развития, аменорея, бесплодие, железодефицитная анемия и другие патологии [Крумс Л.М., Машкеев А.К., Сабельникова Е.А., Савина М.Д., Парфенов А.И., 2006]. В ряде случаев синдром диареи является первым признаком таких тяжелых заболеваний, как первичные иммунодефициты [Капранов С.С. 1997; Бочков Н.П. 1999; Фазылова А.А. и соавт. 2005; Циммерман Я.С. 2005]. В то же время в литературе имеются единичные сообщения, которые ставят под сомнение существование хронических неспецифических воспалительных заболеваний кишечника [Рысс Е.С. 1999; Шептулин А.А. и др., 2006]. По мнению этих исследователей при наличии у ребенка симптомов дисфункции кишечника правомерно использование термина «синдром раздраженной кишки». Однако до настоящего времени нет четких критериев дифференциальной диагностики органических и функциональных поражений тонкого и толстого кишечника, то есть синдрома раздраженной кишки.

Между тем, в Кыргызской Республике, где острые кишечные инфекции занимают ведущее место в структуре заболеваемости детей, исследования по изучению распространенности и клинических особенностей течения хронических неспецифических болезней и дисфункций тонкого и толстого кишечника не проводились. Отсутствие научно-обоснованных данных по эпидемиологии и клиническим особенностям течения хронических неспецифических болезней и дисфункций тонкого и толстого кишечника у детей определяет актуальность данного исследования.

Цель исследования

На основе изучения эпидемиологии и клинических особенностей течения неспецифических энтеритов, энтероколитов и дискинезий желудочно-кишечного тракта разработать дифференциально-диагностические критерии хронических заболеваний и функциональных поражений тонкого и толстого кишечника у детей и оптимизировать схемы их профилактики и лечения.

Задачи исследования

1. Изучить эпидемиологические особенности хронических неспецифических заболеваний кишечника у детей школьного возраста.
2. Разработать критерии дифференциальной диагностики первичных и вторичных заболеваний тонкого и толстого кишечника у детей.
3. Оценить состояние микробного биоценоза кишечника у детей с клиническими проявлениями кишечной дисфункции.
4. Разработать оптимальные схемы лечения и профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний и функциональных поражений тонкого и толстого кишечника у детей.

Новизна исследования

- Впервые в Кыргызской Республике установлена распространенность функциональных нарушений пищеварительного тракта среди детей школьного возраста. При этом преобладают дискинезии желчного пузыря и СРК, реже встречается функциональная неязвенная диспепсия.
- На основе современных методов эндоскопического, морфологического и микробиологического исследования впервые установлены факторы, провоцирующие развитие СРК, и частота его различных вариантов течения. Показано, что чаще встречаются СРК-D и СРК-M варианты, несколько реже – СРК-C и СРК-U. В то же время в стационар чаще поступают дети с СРК-U и с СРК-D. У 1/3 детей с СРК имеются признаки кратковременного суставного синдрома.
- Впервые использован ПЦР-анализ зубного налета для обнаружения *H.pylori* при проведении эпидемиологического исследования. *H.pylori* обнаружен у 57,5% детей с жалобами, указывающими на поражение верхнего отдела пищеварительного тракта. На основе анализа чувствительности, специфичности и прогностической ценности результатов ПЦР-анализа показано, что использование данного метода при проведении эпидемиологических исследований в 2 раза повышает вероятность обнаружения хронического гастрита В.
- Разработаны объективные критерии диагностики неспецифических воспалительных заболеваний и функциональных расстройств кишечника у детей.
- Впервые теоретически обоснованы дифференцированные подходы к неспецифической коррекции микробного биоценоза в целях формирования оптимального микробного биоценоза кишечника у детей с неспецифическими

воспалительными заболеваниями и функциональными расстройствами кишечника.

• Впервые в Кыргызской Республике на основе данных комплексного исследования определен КУС, свидетельствующий об эффективности компенсаторных механизмов у детей в процессе обучения в школе.

Значение полученных данных для практического здравоохранения

• Сведения о частоте и структуре заболеваний кишечника следует использовать при разработке дифференцированных принципов профилактики функциональных и органических расстройств кишечника, что позволит существенно снизить развитие местных и системных осложнений, на фоне которых легко может возникнуть любой воспалительный процесс.

• Разработан комплексный план лечения детей с заболеваниями кишечника. Уточнены основные принципы организации лечебного питания, медикаментозной терапии при функциональных и органических заболеваниях кишечника у детей школьного возраста. Выделены основные принципы лечения дисбаланса микробного биоценоза кишечника, которые позволяют избегать полипрагмазии.

• Использование при профилактических осмотрах коэффициента удовлетворительности состояния школьников позволит определить тактику и стратегию оздоровительных, профилактических мероприятий путем разработки и внедрения здоровье-сберегающих методов обучения.

Положения, выносимые на защиту

1. Органические заболевания и функциональные нарушения пищеварительного тракта выявляются у 49,4% детей школьного возраста. В структуре поражений органов желудочно-кишечного тракта преобладает удельный вес функциональной патологии.

2. Среди функциональных поражений удельный вес СРК составляет 40,3%. При этом самыми распространенными формами являются СРК-D и СРК-M, реже встречаются СРК-C и СРК-U.

3. В структуре заболеваний кишечника у детей школьного возраста преобладают СРК (61,2%), синдромы мальабсорбции (24,8%) и НЯК (11,6%). В структуре же заболеваний кишечника у детей дошкольного возраста ведущее место занимают синдромы мальабсорбции (81,0%), функциональные нарушения встречаются реже (13,9%).

4. В процессе обучения нарастает распространенность органических заболеваний и функциональных нарушений пищеварительного тракта, задержки физического развития и процента детей с низким и средним уровнем КУС, что указывает на недостатки медицинского и педагогического обеспечения школьного образования.

5. В лечении детей с синдромами мальабсорбции определяющее значение

имеет элиминационная диета, заместительная ферментная терапия, включение пробиотиков не оказывает заметного влияния на сроки восстановления стула и микробного пейзажа кишечника. При лечении СРК следует учитывать форму заболевания, которая определяет различную комбинацию медикаментозного лечения на фоне дифференцированной диетотерапии.

Личное участие автора

Эпидемиологическое исследование и клиническое наблюдение за детьми с заболеваниями кишечника, статистическая обработка и научная оценка первичного материала, формулирование основных положений диссертации, выводов и заключения проведены лично автором.

Апробация результатов диссертации

Материалы диссертации обсуждены на: республиканских научно-практических конференциях «Медико-социальные аспекты здоровья населения: состояние и перспективы» (Бишкек, 1998) и «Актуальные вопросы детских инфекций и педиатрии» (Бишкек, 2002), международной научно-практической конференции, посвященной 40-летию НИИ акушерства и педиатрии «Социальные и медицинские проблемы здоровья матери и ребенка на рубеже тысячелетия» (Бишкек, 2001), съезде педиатров и детских хирургов Кыргызской Республики (Бишкек, 2005).

Внедрение полученных результатов

Основные положения диссертации используются в учебных программах на кафедрах педиатрии и семейной медицины факультета усовершенствования врачей Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации. Рекомендации, разработанные по результатам исследования по лечению и диагностике СРК, СМА, внедрены в практическую работу Национального центра охраны материнства и детства, филиала «Колмо» ЦСМ№3 и ЦСМ№7 Бишкекского территориального управления фонда обязательного медицинского страхования.

Структура диссертации

Работа изложена на 136 страницах компьютерного текста и состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, 4 глав собственных исследований, заключений, выводов, практических рекомендаций и содержит 41 таблицу, 3 диаграммы, 4 выписки из историй болезней. Список использованной литературы представлен 148 источниками, включающими 30 иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Объем и методы исследования. Методика исследования разделена на ряд этапов. На первом этапе с целью изучения распространенности заболеваний пищеварительного тракта среди детей школьного возраста методом сплошной выборки проанкетировано 1969 школьников 2-х школ г.Бишкек, в т.ч. 866

учащихся общеобразовательной школы, 1103 – школы-гимназии.

Отбор 2-х школ проводился методом случайной выборки. Для этого составлялся список общеобразовательных школ, расположенных в жил.массивах и отдельно – школ-гимназий. Затем методом «жеребьевки» отобраны 2 школы. В каждой из школ методом сплошного отбора анкетировали учащихся с 7 до 17 лет.

На втором этапе исследования проводился клинический осмотр с уточнением анамнеза жизни и болезни у школьников с жалобами на диспепсический синдром и боли в животе, и объективно оценивалось состояние органов желудочно-кишечного тракта и желчных путей. С целью уточнения диагноза назначались инструментально-лабораторные исследования. Оценивалось также физическое развитие школьников на основе антропометрических данных (массы и длины тела) методом Z-скор.

Таблица 1

Лабораторные методы исследования детей с патологией кишечника

№	Показатели и единицы измерения	Метод исследования
1	Билирубин и его фракции, мкмоль/л	Jendrassik L., 1938
2	Тимоловая проба, ед.	Mac Lagan Vensent et al, 1957
3	АсАт, АлАт, □оль/л	Reitman A., Prankel S., 1957
4	Общий белок, г/л	Рефрактометрия
5	Холестерин, □оль/л, железо, мкмоль/л, электролиты сыворотки крови, □оль/л	«Labsistem», (Финляндия) анализатор ФП 901
6	Е-РОК, 10 ⁹ /л	Jondal M. Et al, 1972
7	ТФЧ-РОК, ТФР-РОК, 10 ⁹ /л	Limatibul S., et al, 1978
8	РЕ-РОК, 10 ⁹ /л	Narada M., et al, 1977
9	КЕ-РОК, предшест. Т-лимфоцитов 10 ⁹ /л	Лозовой В.П., 1986
10	М-РОК, ЕАС-РОК, 10 ⁹ л	Полякина И.Д. и др., 1983
11	IgG, А и М крови, г/л	Manchini C., 1965
12	Выявление <i>Helicobacter pylori</i>	ПЦР зубного налета
13	УЗИ печени, желчного пузыря, селезенки	ПКА4-01 с УЗД 2,25МГц
14	Фиброзофагогастроуденоскопия и колонофиброскопия	Olimpus GIF-SL 40, Olympus XP-10
15	Ирригоскопия	Контрастирование толстой кишки барием
16	Посев крови, мазка из зева и испражнений	Бактериологические методы

Следующим этапом было изучение особенностей клинических проявлений заболеваний тонкого и толстого кишечника у 129 детей школьного возраста в

условиях стационара. Группу сравнения составили 79 детей дошкольного возраста. На данном этапе проводилось углубленное изучение анамнестических данных, особенностей клинических проявлений, тяжести обменных нарушений, продолжительности и характера полученной терапии на предыдущих этапах наблюдения. Длительность заболевания учитывалась с момента возникновения кишечных дисфункций, болевого и диспепсического синдромов. Диагностика заболеваний кишечника проводилась согласно МКБ X пересмотра.

Дополнительными критериями диагностики заболеваний кишечника явились результаты лабораторных методов исследования (табл. 1).

Микробиологическое исследование испражнений осуществляли классическими бактериологическими методами с учетом общепринятых рекомендаций. Бактериологическое исследование включало определение количественного, качественного состава и популяционного уровня симбиотической микрофлоры кишечника, в том числе бифидо- и лактобактерий, кишечной палочки и условно-патогенных микробов.

Коэффициент удовлетворительности состояния (КУС) реципиента – это отношение процента выявленной позитивной симптоматики и процента выявленной негативной симптоматики. КУС меньше 3 рассматривается как низкий; КУС, равный 3 и больше, но меньше 10, рассматривается как средний; КУС больше 10 – как высокий.

Статистическая обработка материала проводилась в компьютерной программе EPI Info-6 и Statist-9 с расчетом относительных и средних величин и доверительного коэффициента (t). Достоверность различия показателей обозначали звездочками (*). При этом одна (*) звездочка соответствовала уровню значимости 95% (P<0,05), две (**) звездочки – 99% (P<0,01) и три (***) звездочки – 99,9% (P<0,001).

Информативность результатов ПЦР зубного налета на наличие *H.pylori* рассчитывали по критериям чувствительности (Se), специфичности (Sp), прогностической ценности (PV), а также отношения правдоподобия (LR) полученного результата.

Результаты исследований и их обсуждение

По данным первичной медицинской документации 70% детей школьного возраста наблюдались с различными заболеваниями, среди которых ведущее место занимали кариес и болезни желудочно-кишечного тракта.

Углубленное исследование позволило установить, что 49,4% детей в возрасте от 7 до 17 лет страдали заболеваниями желудочно-кишечного тракта, в структуре которых преобладали функциональные нарушения (табл.2). При этом следует отметить, что органические заболевания желудочно-кишечного тракта чаще встречались среди детей общеобразовательной школы.

Таблица 2

Распространенность органических и функциональных поражений желудочно-кишечного тракта в %

Школа	Функциональные нарушения	Органические поражения	Всего
Общеобразовательная, n=866	31,6	19,5±1,8**	51,1
Гимназия, n=1103	32,7	15,4±1,1	48,1
Всего, n=1969	32,2	17,2	49,4

Примечание: ** - $p < 0,01$

Распространенность функциональных нарушений среди детей общеобразовательной школы с возрастом нарастала, и в возрасте 14-17 лет составляла 41,9%. В школе-гимназии функциональные изменения чаще встречались у детей в возрасте 7 и 8-10 лет (40,0% и 36,8%, соответственно) и с возрастом частота их не менялась, в то время как частота органической патологии среди школьников школы-гимназии с возрастом нарастала и выявлялась у каждого пятого-шестого подростка (17,9%). Среди детей общеобразовательной школы органические поражения органов желудочно-кишечного тракта обнаруживались у 20,7-21,9%.

В обеих школах в структуре поражений желудочно-кишечного тракта ведущее место занимали функциональные нарушения, которые были представлены функциональной неязвенной диспепсией (ФНД) у 12,9%, дискинезией желчевыводящих путей (ДЖВП) - у 46,8% и синдромом раздраженного кишечника (СРК) - у 40,3%. При этом СРК чаще диагностировался у детей школы гимназии (47,7%), тогда как у детей общеобразовательной школы он отмечен у 30,7% ($P < 0,001$). С возрастом распространенность СРК значительно нарастала (рис. 1).

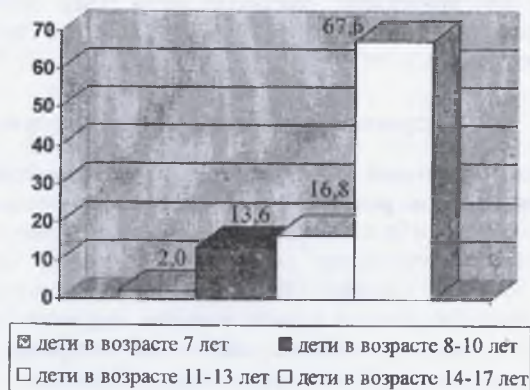


Рис. 1. Возрастная структура синдрома раздраженного кишечника в %

При анализе факторов, спровоцировавших появление типичной клинической картины СРК, у 50,0% школьников прослеживалась связь кишечных нарушений с нервно-психическими факторами.

Регулярные тяжелые физические нагрузки стали причиной развития СРК у 15,6% детей, глистная инвазия - у 11,7% учеников и погрешности в питании - у 1,2% школьников. У 21,5% детей установить причину развития СРК не удалось.

Самым характерным и постоянным симптомом СРК были боли в животе, которые беспокоили всех детей. Из них у 46,1% школьников боли в животе возникали перед дефекацией, у 22,3% подростков - после переедания, у 21,5% детей - после физических нагрузок, у 10,1% учащихся - по утрам без видимой причины. При этом установить какие-либо характерные только для СРК особенности болевого синдрома не удалось.

Нарушения стула отмечались у всех детей, среди которых у 43,0% детей имела место частая диарея, у 13,6% учащихся - упорные запоры. 38,7% детей отмечали чередование диареи и запоров, 4,7% школьников указывали на периодические кратковременные нарушения стула в виде диареи или запоров. Общее состояние у детей не нарушалось.

При изучении микробного пейзажа толстого кишечника у школьников с СРК дефицит бифидобактерий выявлен у 82,1% детей. Повышенный рост лактозонегативной кишечной палочки отмечался у 28,6% пациентов, E.Coli с патогенными свойствами - у 17,8%, Staphylococcus - у 42,8%, грибов рода Candida - у 39,3% школьников.

Комплексная оценка клинических проявлений и дополнительных методов исследования с учетом римских критериев 3-го пересмотра позволила установить распространенность различных вариантов течения СРК среди детей школьного возраста. Так, самыми частыми формами были СРК с диареей (СРК-D) (43,0%) и СРК смешанный (СРК-M) (38,7%). Реже диагностировались СРК с запорами (СРК-C) (13,6%) и СРК с неклассифицируемым вариантом течения (СРК-U) (4,7%).

В структуре заболеваний кишечника (табл. 3) у детей школьного возраста,

Таблица 3
Нозологическая структура заболеваний кишечника у детей

Заболевания кишечника	Школьный возраст, n=129		Дошкольный возраст, n=79	
	абс.	%	абс.	%
Синдром раздраженного кишечника	79	61,2±5,5	11	13,9±3,8***
Синдром мальабсорбции	32	24,8±3,8	64	81,0±4,4***
Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона	15	11,6±2,8	1	1,3
Долихосигма	3	2,3±1,3		
Врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта			3	3,8
Итого	129	100,0	79	100,0

Примечание: *** - $p < 0,001$

которые находились на лечении в стационарных условиях, ведущее место также занимали СРК. 2-ое и 3-е место занимали СМА и ХВЗК. В то время как у детей дошкольного возраста самой частой патологией были СМА ($P < 0,001$). ХВЗК у детей школьного возраста встречались в 9 раз чаще, чем среди больных дошкольного возраста, а в структуре СМА преобладала целиакия (40,6% и 18,7% соответственно).

Варианты течения СРК по данным эпидемиологического и клинического исследования принципиально различались. На стационарное лечение чаще поступали дети с неклассифицируемым вариантом течения СРК (49,4%) и диареей, (22,8%). СРК-С диагностировалось у 16,4% детей и несколько реже встречались СРК-М (у 11,4%), что очевидно обусловлено трудностями диагностики и лечения на амбулаторном этапе наблюдения.

Сравнительный анализ клинических проявлений СМА среди детей дошкольного и школьного возрастов выявил некоторые различия (табл.4). Так, дети школьного возраста чаще предъявляли жалобы на: общую слабость, боли в животе, полифекалию и тошноту. Нарушение аппетита и вздутие живота достоверно чаще встречались у детей младшего возраста.

Таблица 4

Сравнительная характеристика клинических проявлений СМА

Клинические симптомы	Частота симптома у детей в %	
	Школьный возраст, n=32	Дошкольный возраст, n=64
Диарея	93,7±4,3*	79,7±5,0
Дефицит веса	90,6±4,2	98,4±4,2
Общая слабость	88,4±4,0***	43,7±7,2
Нарушение аппетита	71,8±6,6***	99,4±1,0
Боли в животе	53,1±7,3***	14,1±4,1
Полифекалия	46,9±7,3***	18,7±4,9
Вздутие живота	43,7±7,2*	62,5±6,1
Раздражительность	40,6±7,2	31,2±5,8
Рвота	31,2±5,8	21,9±6,0
Тошнота	25,0±6,3**	7,8±3,3
Остеомалация, остеопороз, гипокальциемические судороги	15,6±5,3	9,4±3,6

Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

Частота дефицита массы тела не имела достоверного различия в зависимости от возраста, но тяжелое истощение значительно чаще диагностировалась у детей дошкольного возраста, обуславливая тяжесть их состояния.

У детей дошкольного возраста с синдромом мальабсорбции (табл.5) отмечалось снижение абсолютного числа Т-лимфоцитов, иммунорегуляторных субпопуляций Т-лимфоцитов и повышение абсолютного числа М-РОК. А у детей старшего возраста с СМА и СРК отмечено повышение абсолютного числа Т-лимфоцитов. На фоне иммунорегуляторного дисбаланса у детей обеих групп отмечено повышение абсолютного числа М-РОК –малодифференцированных форм В-лимфоцитов, что указывало на патологию процессов пролиферации и дифференцировки Т- и В-лимфоцитов и, очевидно, является ответной реакцией организма.

Таблица 5

Сравнительная характеристика Показатели Т- и В-лимфоцитов у детей дошкольного и школьного возрастов

Показатели в 10 ⁹ /л	Дошкольный возраст		Школьный возраст		
	У здоровых детей	СМА	У здоровых детей ¹	СМА ²	СРК ³ , n=79
Е-РОК	3,41±0,02	2,24±0,15***	1,22±0,08	2,09±0,151***	1,92±0,191***
РЕ-РОК	2,28±0,10	1,66±0,11***	0,97±0,06	1,27±0,031***	1,55±0,131***2
КЕ-РОК	3,86±0,45	2,43±0,20**	1,21±0,07	2,30±0,171***	3,87±0,192***
АЕ-РОК	0,53±0,16	0,45±0,07	0,052±0,06	0,38±0,08	0,16±0,86
ТЕ-РОК	3,80±0,35	2,64±0,19**	1,32±0,09	2,42±0,171***	1,98±0,221***
СЕ-РОК	0,65±0,08	0,76±0,10	0,60±0,05	0,77±0,12	0,64±0,12
Предш. Т лимф	0,07±0,01	0,20±0,03***	0,014±0,05	0,18±0,041**	0,10±0,021*
ТФР-РОК	1,93±0,45	1,60±0,11	0,84±0,06	1,42±0,141*	1,28±0,141*
ТФЧ-РОК	1,47±0,13	0,66±0,12***	0,38±0,03	0,67±0,121**	0,62±0,111***
М-РОК	0,11±0,05	0,50±0,05***	0,21±0,02	0,45±0,291*	0,27±0,051**

Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$

Органические поражения органов желудочно-кишечного тракта диагностированы у 34,7% учеников, которые были представлены хроническим гастритом (83,7%), язвенной болезнью (4,1%), хроническим холециститом (10,3%) и ХВЗК (1,8%).

Учитывая высокую частоту хронических заболеваний верхнего отдела пищеварительного тракта, мы оценивали приемлемость ПЦР зубного налета для обнаружения *H.pylori* в эпидемиологических исследованиях. *H.pylori* были обнаружены у 57,5% детей. Математический анализ результатов ПЦР зубного налета у 80 детей показал, что чувствительность (Se) ПЦР составляет 89%, а специфичность (Sp) – 53%. Прогностическая ценность (PV) положительного результата составила 72%, а отрицательного – 22%. Вероятность выявления *H.pylori* при гастрите и гастродуодените увеличивается в 2,0 раза, о чем свидетельствует отношение правдоподобия (LR+) (табл.6).

Таблица 6

Характеристика теста на *H.pylori* для диагностики хронической гастродуоденальной патологии

Гастродуоденальная патология	ПЦР		Se	Sp	PV+	PV-	LR+	LR-
	HP+ n=46	HP- n=34						
Есть	45	16	0,89	0,53	0,72	0,22	2,0	0,2
Нет	1	18						

Эндоскопические признаки хронического гастрита и эрозивно-язвенные изменения чаще выявлялись у детей, у которых обнаружены *H.pylori*. Среди школьников с отрицательным результатом ПЦР в 3 раза чаще обнаружены рефлюксные изменения (47,1% против 15,4%).

Известно, что школьное обучение, как наиболее стрессонасыщенный период жизнедеятельности ребенка, вносит свои коррективы в состояние его здоровья, достаточно информативным показателем, которого является физическое развитие.

Таблица 7

Показатели физического развития детей школьного возраста по возрастным периодам в %

Возраст детей	Общеобразовательная школа, n=866		Школа гимназия, n=1103	
	Отстает	Опережает	Отстает	Опережает
7 лет	20,3±5,0	7,8±3,3	12,6±3,4*	23,2±4,3*
8-10 лет	24,4±2,7	5,6±1,4	23,7±2,4	6,4±1,4
11-13 лет	23,5±2,8	7,7±1,7	11,0±1,7***	11,0±1,7*
14-17 лет	20,4±2,2	7,3±1,4	8,8±1,5 ***	18,7±2,1 ***

Примечание: * - $p < 0,05$; *** - $p < 0,001$

В общеобразовательной школе задержка физического развития установлена у каждого 5-го ученика в каждой возрастной группе (табл. 7), что несколько чаще, чем среди учащихся школы-гимназии, за исключением возрастной группы 8-10 лет. В данной возрастной группе каждый 4-й ребенок в обеих школах отставал в физическом развитии.

При поступлении в ШГ 23,2% детей опережали нормативы физического развития, против 7,8% в ООШ. В то же время следует отметить, что в последующем удельный вес детей с высокими показателями физического развития в ШГ уменьшался, а с 14 лет вновь увеличивалось число детей с опережающим развитием. В ООШ число детей с высокими показателями физического развития значительно ниже.

Используя результаты комплексной оценки здоровья детей, проведена количественная оценка корреляции между негативной и позитивной

симптоматикой КУС, который позволяет конвертировать медицинские показатели в информацию, значимую для педагогов (табл. 8).

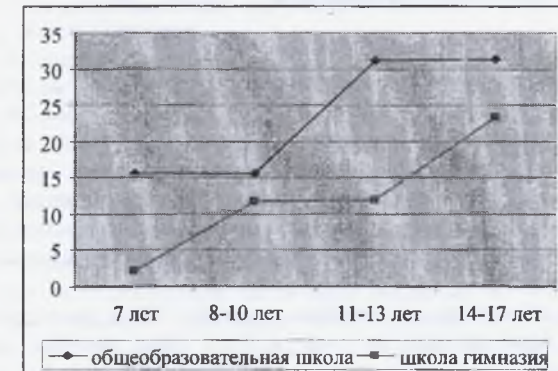
Таблица 8

Коэффициент удовлетворительности состояния у детей школьного возраста в %

Возрастные периоды	Общеобразовательная школа			Школа-гимназия		
	КУС _Н	КУС _{СР}	КУС _В	КУС _Н	КУС _{СР}	КУС _В
7 лет	15,6	17,2	65,6	2,1	24,2	73,7
8-10 лет	15,6	29,2	54,8	11,8	31,4	56,8
11-13 лет	31,2	20,5	48,3	11,9	32,1	56,0
14-17 лет	31,4	29,9	38,7	23,2	37,7	39,1

Примечание: КУС_Н – низкий, КУС_{СР} – средний, КУС_В – высокий.

В школу подавляющее большинство детей поступали с высоким КУС, что указывает на их адекватные адаптационные возможности. В общеобразовательной школе при поступлении в школу у 15,6% детей КУС был низким, что почти в 7 раз выше, чем среди детей, поступающих в ШГ.

Рис. 3. Динамика КУС_Н в зависимости от возраста школьников

С возрастом общее число детей с высокими показателями КУС значительно снижалось и к возрасту 14-17 лет уменьшалось почти в 2 раза. В процессе обучения нарастало число детей с низкими показателями КУС в обеих школах.

Стационарное лечение получили 208 детей. СМА диагностировано у 96 детей, среди которых было 64 больных дошкольного и 32 – школьного возрастов.

Все дети с СМА (табл.9) с первых дней находились на элиминационной диете.

Таблица 9

Результаты оценки эффективности элиминационной диеты

Диета	Первый день лечения	Эффективность диеты		
		Улучшение на 2-3 дни	Переведен из-за отсутствия улучшения на аглиадинов. диету	Улучшение на 2-3 дни
Безлактозная	75 (78,1%)	68 (90,7%)	7 (9,3%)	7 (100%)
Аглиадиновая	20 (20,8%)	20 (100,0%)	0	
Безлактозная + аглиадиновая	1 (1,1%)	0	0	
Всего 96 (100%) детей с СМА, в т.ч.:				
<ul style="list-style-type: none"> • улучшение на безлактозной диете – 68 (70,8%) детей • улучшение на аглиадиновой диете 27 – (28,1%) детей • у 1 ребенка установлен муковисцидоз 				

Улучшение состояния и нормализация стула на 2-3 сутки на фоне безлактозной диеты и комплексного лечения наступило у 90,7% детей. Из-за отсутствия положительной динамики 9,3% детей были переведены на аглиадиновую диету, что сопровождалось улучшением общего состояния детей в течение 2-3 дней. Положительный эффект от элиминации из питания глютенсодержащих и лактозосодержащих продуктов выражался в прибавке в массу тела и нормализации стула, что послужило дополнительным аргументом при уточнении диагноза.

Лечение дисбактериоза кишечника у детей с СМА проводили, используя разные схемы. При назначении 1-ой и 2-ой схем лечения дисбактериоза кишечника отбирали больных по методу случайной выборки. 3-я схема лечения включала антибактериальные препараты и использовалась при наличии выраженной интоксикации, внекишечной бактериальной инфекции и массивном высеве условно-патогенной микрофлоры из испражнений. Антибактериальная терапия назначалась на 7-10 дней с учетом результатов антибиотикограммы испражнений (табл.10).

Результаты 1-ой и 2-ой схем лечения не имели существенного различия по регрессии кишечных и «внекишечных» проявлений дисбиоза.

Таблица 10

Основные схемы лечения дисбактериоза кишечника

№	Содержание схемы	Число детей, получивших данную схему	
		Абс.	%
1	Диета элиминационная + ферментные препараты	33	34,4
2	Диета элиминационная + ферментные препараты + биопрепараты	34	35,4
3	Диета элиминационная + антибиотик + ферментные препараты с последующей заменой антибиотика на биодобавки с бифидо-, колибактериями	29	30,2
Итого		96	100,0

Схема лечения СРК зависела от клинического варианта течения и преобладающего синдрома. На фоне диетической коррекции преобладающего синдрома (диарея, запоры), проводилась симптоматическая терапия. По невротическим нарушениям 40% детей получали седативную и нейротропную терапию.

Выбор тактики лечения детей с СРК зависел от ведущего симптома (боль/метеоризм, диарея, запор). При диарее назначали диеты №4Б, №4В, а при запорах – №3 по Певзнеру.

Наличие болей и метеоризма (СРК-У) служило показанием к назначению спазмолитических препаратов до купирования болевого синдрома. При выраженном метеоризме назначали симетикон. Препаратом выбора при лечении детей с преобладающей диареей (СРК-Д) являлся лоперамид, который снижает тонус и моторику гладкой мускулатуры кишечника, тем самым подавляя быстрые пропульсивные сокращения кишечника и замедляя транзит каловых масс. При увеличении частоты стула до 2-3 раз в сутки применяли энтеросорбентные препараты (смекту). При преобладании запора (СРК-С) считали целесообразным назначение пищевых волокон, желчегонных средств холеретического действия в сочетании с прокинетическими препаратами. При упорных запорах к лечению добавляли лактулозу и витамины группы В.

Дети с СРК-М получали диету по Певзнеру №3, или №4Б, или № 4В и медикаментозное лечение в зависимости от нарушения (запоры или диарея) стула.

Коррекцию микробиоценоза у 77 детей с СРК проводили с учетом характера ведущего синдрома, выраженности диспепсического синдрома и результатов микробиологического исследования испражнений.

У 27,3% детей с СРК с бактериологическими признаками дисбиоза коррекция режима дня и питания без применения биопрепаратов привела к улучшению общего состояния и полному восстановлению стула. У 72,7% пациентов лечение дисбактериоза кишечника проводили пробиотиками (бифидо- и колибактерином) на фоне коррекции питания и терапии ферментными

препаратами (панзинорм, мезим-форте, панкреатин). При сравнительной оценке длительности купирования клинической симптоматики установлено, что включение биопрепаратов не оказывало заметного влияния на клинико-микробиологические параметры дисбиоза кишечника при СРК.

При лечении 16 детей с НЯК использовали общепринятые схемы базисной терапии. При лечении 10 больных при средней степени тяжести сульфасалазин получали из расчета 60-120 мг/кг в сутки. С тяжелой степенью активности 5 (из 16) детей принимали сульфасалазин из расчета 60-120 мг/кг в сутки в сочетании с преднизолоном в дозе 1-1,5 мг/кг в сутки. Ребенок с болезнью Крона получал сульфасалазин из расчета 60 мг/кг в сутки в сочетании с преднизолоном в дозе 1 мг/кг в сутки.

Длительность базисной терапии при средней и тяжелой степени активности воспалительного процесса и при болезни Крона составляла от 4 до 8 месяцев.

Улучшение состояния было отмечено у всех детей. Через год с обострением поступили 2-е детей (НЯК и болезнь Крона).

Основными показаниями к назначению антибактериальных препаратов у детей с СМА и НЯК являются симптомы интоксикации, сопутствующая бактериальная инфекция «внекишечной» локализации, ассоциированный высев из испражнений условно-патогенной микрофлоры в концентрации 10^{4-6} КОЕ/г и выше.

Объективные показатели улучшения состояния детей подтверждались прибавкой в массе тела, нормализацией уровня холестерина в сыворотке крови, что свидетельствовало о восстановлении процессов усвоения на клеточном уровне.

Таким образом, результаты исследования могут оптимизировать и совершенствовать диагностический и лечебный процессы, а также способствовать внедрению при профилактических осмотрах определению показателя коэффициента удовлетворительности состояния детей.

Выводы

1. Функциональные нарушения пищеварительного тракта среди детей школьного возраста встречаются у 32,2% и представлены дискинезией желчного пузыря, СРК, функциональной неязвенной диспепсией. Органические поражения органов пищеварительного тракта диагностируются у 17,2% учеников и представлены хроническими гастритами, язвенной болезнью, хроническим холециститом и ХВЗК.

2. СРК страдают 13% детей школьного возраста. При этом СРК значительно чаще диагностируется у подростков в возрасте от 14 до 17 лет (67,6%), чем у детей в возрастной группе 11-13 лет (у 16,8%) и от 7-ми до 10 лет (у 15,6%). СРК регистрируются чаще у девочек (64,4%). Факторами, провоцирующими развитие СРК у школьников-подростков, являются нервно-

психические нарушения, физические нагрузки, глистная инвазия и погрешности в питании.

3. По данным комплексного клинического исследования СРК диагностируется у 61,2% больных школьного возраста и у 13,9% дошкольников, причем в стационар чаще поступают дети с СРК-U, несколько реже – с СРК-D, СРК-C и СРК-M, хотя при эпидемиологическом исследовании преобладающими вариантами являются СРК-D и СРК-M, несколько реже диагностируются СРК-C и СРК-U. Лечение СРК зависит от варианта клинического течения и характера нарушения стула, проявления дисбиоза при СРК не требуют специальной терапии.

4. В структуре заболеваний кишечника у дошкольников превалирует СМА (81%), а у детей школьного возраста – СРК (61,2%). В этом возрастном периоде по сравнению с дошкольниками преобладают ХВЗК, которые встречаются в 8,9 раз чаще, а в структуре СМА – целиакия. Тяжелое течение СМА, обусловленное поливалентными обменными нарушениями характерно для детей дошкольного возраста, у школьников превалируют нарушения кальций-фосфорного обмена.

5. При использовании ПЦР зубного налета *H.pylori* обнаруживаются у 57,5% детей школьного возраста с клиническими и эндоскопическими проявлениями поражения верхнего отдела пищеварительного тракта. При этом чувствительность (Se) ПЦР зубного налета составляет 89%, специфичность (Sp) – 53%, прогностическая ценность результата PV(+) – 72%, а PV(-) – 22%. По результату отношения правдоподобия вероятность выявления хронических гастритов увеличивается в 2,0 раза.

6. Лечение детей с СМА с первых дней должно включать элиминацию источников лактозы и глютена, ферментную терапию и симптоматические средства. Включение биопрепаратов не оказывает заметного влияния на клинико-микробиологические параметры дисбиоза кишечника даже при ассоциированном высеве условно-патогенной микрофлоры. Основными показаниями к назначению антибактериальных препаратов при лечении дисбактериоза кишечника у детей с СМА являются сопутствующая бактериальная инфекция «внекишечной» локализации, ассоциированный высев условно-патогенной микрофлоры в концентрации выше 10^{4-6} КОЕ/г при наличии симптомов интоксикации.

7. Подавляющее большинство детей поступают в школу с высоким КУС, что указывает на их адекватные адаптационные возможности. Среди детей, поступающих в школу-гимназию, низкие показатели КУС определялись в 7 раз реже, чем среди 7-ми летних детей в общеобразовательной школе. С возрастом общее число детей с высокими показателями КУС значительно снижается и к возрасту 14-17 лет уменьшается почти в 2 раза, и соответственно нарастает число детей с низкими показателями КУС в обеих школах.

Практические рекомендации

1 Для оптимизации диагностического процесса:

1.1 При диагностике СРК следует выделять варианты течения в зависимости от ведущих симптомов: СРК-С (с запором), СРК-D (с диареей), СРК-M (смешанный вариант) и СРК-U (неклассифицируемый вариант).

1.2 ПЦР-анализ зубного налета на наличие *Helicobacter pylori* может использоваться при скрининговой диагностике заболеваний верхнего отдела пищеварительного тракта, а положительный результат может служить основанием к назначению эрадикационной терапии.

1.3 При проведении плановых профилактических осмотров в школах целесообразно определение КУС у детей, что позволит разработать адекватные индивидуальные и когортные программы медицинского обслуживания и вносить предложения по внедрению здоровьесберегающих методов школьного процесса.

2. Мероприятия, направленные на совершенствование лечебного процесса:

2.1 Схемы лечения СРК зависят от варианта течения:

а. При СРК-С целесообразно назначение диеты, богатой пищевыми волокнами, желчегонных средств холеретического действия в сочетании с прокинетическими препаратами. При упорных запорах рекомендуется лактулоза и витамины группы В.

б. При СРК-D на фоне коррекции диеты (исключение цельного молока и продуктов, богатых клетчаткой) препаратом выбора является лоперамид. При увеличении частоты стула до 2-3 раз в сутки целесообразно назначение энтеросорбентов.

в. При СРК-M диетотерапия и медикаментозное лечение зависят от характера преобладающего симптома на момент обращения больного за медицинской помощью: запоры или диарея.

г. При неклассифицируемом варианте (СРК-U) следует назначать спазмолитические препараты коротким курсом до купирования болевого синдрома, энтеросорбенты и другие симптоматические препараты.

д. Дети с СРК нуждаются в консультации невропатолога.

2.2. Схемы лечения СМА:

а. Элиминационная диета назначается с первых дней госпитализации, в том числе при отсутствии указаний на возможную связь синдрома длительной диареи с определенными видами продуктов.

б. Одновременно назначается адекватная ферментная терапия и симптоматические средства.

3. Лечение проявлений дисбактериоза при органических и функциональных расстройствах кишечника:

3.1. Включение биопрепаратов при СРК нецелесообразно, так как не оказывает позитивного влияния на клинико-микробиологические параметры дисбиоза кишечника.

3.2. Лечение дисбактериоза при СМА и ХВЗК:

а. При минимальных клинических проявлениях дисбактериоза у детей с СМА и ХВЗК достаточно эффективно сочетание элиминационной диеты и адекватной ферментной терапии.

б. Основными показаниями к назначению антибактериальных препаратов при лечении дисбактериоза кишечника у детей с СМА и ХВЗК являются симптомы интоксикации, сопутствующая бактериальная инфекция «внекишечной» локализации, ассоциированный высеv условно-патогенной микрофлоры в концентрации 10^{4-6} КОЕ/г и выше.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Длительный диарейный синдром у детей с хроническими расстройствами питания // Медико-социальные аспекты здоровья населения: состояние и перспективы: Сб.науч.тр. - Бишкек, 1998. - С. 274-278 (соавт. Саржанова К.С., Мамырбаева Т.Т.).

2. Неспецифические заболевания кишечника у детей с нарушениями питания // Актуальные вопросы детской кардиологии и ревматологии: Сб.науч.тр. - Бишкек, 2000. - С. 124-128 (соавт. Мамырбаева Т.Т.).

3. Диетодиагностика синдрома целиакии у детей с хроническими нарушениями питания // Социальные и медицинские проблемы здоровья матери и ребенка на рубеже тысячелетия: Мат. международной научно-практической конференции. - Бишкек, 2001. Том 2. - С. 145-148 (соавт. Мамырбаева Т.Т., Мусуркулова Б.А.).

4. Кандидозная инфекция у детей с нарушениями питания // Социальные и медицинские проблемы здоровья матери и ребенка на рубеже тысячелетия: Мат. международной научно-практической конференции. - Бишкек, 2001. Том 2. - С.12-15 (соавт. Мамырбаева Т.Т., Саржанова К.С.).

5. Микробиоценоз носоглотки и кишечника у детей с нарушениями питания // Актуальные вопросы детских инфекций и педиатрии: Сб.науч.тр. - Бишкек, 2002. - С.131-135 (соавт. Мамырбаева Т.Т.).

6. Клинико-микробиологическая характеристика хронических неспецифических заболеваний и функциональной патологии кишечника у детей // Приоритетные направления в охране здоровья детей: Мат. съезда педиатров и детских хирургов Кыргызской Республики. - Бишкек, 2005. - С.88-90.

7. Социальные аспекты задержки физического развития детей раннего возраста // Наука и новые технологии. - 2006. - №3-4. - С. 124-126 (соавт. Мамырбаева Т.Т.).

8. *H.pylori*-ассоциированные гастриты у детей школьного возраста // Педиатрия и детская хирургия Казахстана. - 2007. - №1. - С. 19-21 (соавт. Мамырбаева Т.Т.).

9. Клинико-эпидемиологическая характеристика поражений органов пищеварения у детей школьников г.Бишкек // Известия вузов. - 2006. - №5-6. - С. 37-40.

10. Клиническая характеристика синдрома раздраженного кишечника у детей школьного возраста // Известия вузов. - 2008. - №5-6. - С. 45-48.

РЕЗЮМЕ

диссертационной работы Шалабаевой Б.С. на тему «Клинико-эпидемиологические особенности неспецифических заболеваний кишечника у детей» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.09. – педиатрия.

Ключевые слова: неспецифические воспалительные заболевания кишечника, синдром раздраженного кишечника, неспецифический язвенный колит, синдром мальабсорбции, диагностика, лечение.

Цель исследования: на основе изучения эпидемиологии и клинических особенностей течения неспецифических энтеритов, энтероколитов и дискинезий желудочно-кишечного тракта разработать дифференциально-диагностические критерии хронических заболеваний и функциональных поражений тонкого и толстого кишечника у детей и оптимизировать схемы их профилактики и лечения.

Объект исследования: 1969 школьников 2-х школ г.Бишкек, среди которых учащихся общеобразовательной школы было 866, школы-гимназии – 1103. В условиях стационара Национального центра охраны материнства и детства проведено изучение особенностей клинических проявлений заболеваний тонкого и толстого кишечника у 208 больных, среди которых было 129 детей школьного возраста и 79 - детей дошкольного возраста.

Методы исследования: эпидемиологические, клинические, биохимические, иммунологические, ПЦР, УЗИ, фиброзофаго-гастроудоденоскопия, колоно-фиброскопия, ирригоскопия, статистические.

Результаты работы: Установлено, что органические заболевания и функциональные нарушения пищеварительного тракта выявляются у 49,4% детей школьного возраста. В структуре поражений органов желудочно-кишечного тракта преобладает удельный вес функциональной патологии, среди которых СРК составляет 40,3%. При этом самыми распространенными вариантами СРК являются СРК-D и СРК-M, реже встречаются СРК-C и СРК-U.

В структуре заболеваний кишечника у детей школьного возраста преобладают СРК (61,2%), синдромы мальабсорбции (24,8%) и НЯК (11,6%). У детей дошкольного возраста ведущее место занимают синдромы мальабсорбции (81,0%), функциональные нарушения встречаются реже (13,9%).

В процессе школьного обучения нарастает распространенность органических заболеваний и функциональных нарушений пищеварительного тракта, задержки физического развития и числа детей с низким и средним уровнем КУС. Последний является объективным отражением негативного влияния факторов социальной среды обитания, школьного образования и

несовершенства методов профилактического обслуживания детей школьного возраста.

В лечении детей с синдромами мальабсорбции определяющее значение имеет элиминационная диета, заместительная ферментная терапия, включение пробиотиков не оказывает заметного влияния на сроки восстановления стула и микробного пейзажа кишечника. При лечении СРК следует учитывать форму заболевания, которая определяет комбинацию медикаментозного лечения на фоне дифференцированной диетотерапии.

Область применения: Детские лечебно-профилактические учреждения.

КОРУТУНДУ

Шалабаева Б.С. «Балдардын ичеги-карын спецификалык эмес ооруларынын клиникалык-эпидемиологиялык өзгөчөлүктөрү» деген темадагы 14.00.09 - балдар оорулары адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты илимий даражасын изденип алуу үчүн аткарылган диссертациялык ишинин корутундусу.

Негизи сөздөр: ичеги карындын спецификалык эмес кабылдоо оорулары, дүүлүккөн ичеги синдрому (ДИС), спецификалык эмес жаараттуу колит (СЖК), мальабсорбция синдрому, аныктоо, дарылоо.

Изилдөөнүн максаты: спецификалык эмес энтериттердин, энтероколиттердин, ашказан-ичеги жолунун кыймылдоосунун бузулушунун эпидемиологиялык жана клиникалык өзгөчөлүгүн изилдөөнүн негизинде ичке жана жоон ичегинин функционалдык бузулушун өнөкөт оорулардан айырмалап-аныктоо критерийин иштеп чыгуу жана аларды алдын-алуунун, дарылоонун схемасын оптималдаштыруу.

Изилдөөнүн объектиси: Бишкек шаарынын эки мектебинин 1969 окуучусу, алардын ичинен жалпы билим берүүчү мектептен 866, мектеп-гимназиядан 1103 окуучу. ЭЖКУБнун оорукана шартында 208 оорулуунун жоон жана ичке ичегинин ооруларынын клиникалык көрүнүштөрүнүн өзгөчөлөгү изилденген, алардын ичинен 129 – мектеп жашындагы жана 79 мектеп жашына чейинки балдар.

Изилдөөнүн методдору: эпидемиологиялык, клиникалык, биохимиялык, иммундун, ПЧР, УЧИ, ФЭГДС, колонофиброскопия, ирригоскопия, статистикалык.

Иштин жыйынтыктары: тамак сиңирүү жолунун функционалдык бузулушу жана органикалык оорулары мектеп жашындагы балдардын 49,4% кезигээри аныкталган. Ашказан-ичеги жолунун органдарынын жабыр тартышынын курамында функционалдык патологиянын үлүшү көбүрөөк орунду ээлейт, анын ичинде ДИС 40,3% түзөт. Бул учурда ДИСтин эн көп таралган варианты болуп ДИС-D жана ДИС-M эсептелет, ДИС-C жана ДИС-U азыраак кездешет.

Мектеп жашындагы балдардын ичеги-карын ооруларынын курамында ДИС (61,2%), мальабсорбция синдрому (24,8%) жана СЖК (11,6%). Мектеп жашына чейинки балдарда негизги орунду мальабсорбция синдрому (81,0%) ээлейт, функционалдык бузулуулар азыраак кездешет (13,9%).

Мектепте окуу менен катар тамак сиңирүү жолунун органикалык оорулары жана функционалдык бузулушусунун жайылышы күчөйт, балдардын физикалык жактан өсүүсү токтойт, КАКтын (канааттандырлык абалдык коэффициентин) төмөнкү жана ортонку көрсөткүчтү балдар көбөйтөт. Акыркы нерсе социалдык чөйрөнүн факторлорунун, мектептин билим берүүсүнүн тийгизген терс таасиринин объективдүү чагылуусу болуп эсептелет, мектеп жашындагы балдарды кароонун алдын-алуу чараларынын жетишсиздиги болуп эсептелет.

Мальабсорбция синдрому менен жабыр тарткан балдарды дарылоодо элиминациялап мүнөздөп тамак ичүү чечүүчү мааниге ээ болот, ордун алмаштыруучу ферменттик терапия жана пробиотиктерди колдонуу ичегинин микробдук чөйрөсүнө жана заңды калыбына келтирүү убактысына маанилүү таасир тийгизбейт. ДИС дарылоодо аныкталган тамак ичүү терапиясы менен медикаментоздук дарылоонун комбинациясын аныктаган оорунун түрүн эске алуу керек.

Колдонуу областы: Балдарды дарылоо алдын-алуу мекемелери.

RESUME

of the dissertation by Shalabaeva B.S. "Clinical and epidemiological peculiarities of non specific intestine disease among children" to scientific degree of candidate of medical sciences on speciality 14.00.09 - Pediatrics.

Key words: non specific inflammatory process of intestine, syndrome of irritated intestine, non specific ulcerous colitis, syndrome of malabsorbtion, diagnose, treatment

The goal of the research is to identify epidemiological and clinical peculiarities of nonspecific enteritis, enterocolitis and GI tract dyskinesiya and to develop diagnostic and differential criteria chronic disease and functional dysfunctions of small and large intestine of children and to optimize scheme of prevention and treatment.

Object of research: 1969 students of 2 schools in Bishkek were examined, 866 students of public school and 1103 of gymnasium schools. Also 208 patients of National Center of Maternity and Childhood were examined. Clinical symptoms of small and large intestine disease were observed in 129 kids of school age and 79 kids preschool age.

Methods of research: epidemic, clinical and biochemical, immunologic, Polymerase Chain Reaction, U/S, fybro-ezophagogastrroduodenoskopia, colonofybroskopia, irrigoskopia, statics.

Results of work: 49,4% of school age kids had an organic disease and dysfunction of digestive tract. Functional pathology is the main cause of GI tract disorders, among which is patients with Syndrom of Irritated Intestine 40,3% (further

SII). In addition to it, more widespread types of SII is SII-D and SII-M and less encounters SII-C and SII-U.

In the structure of intestine disease, SII dominates in school age kids (61,2%), Syndromes of malabsorbtion (24,8%) and Non Specific Ulcerous Colitis(11,6%). Among kids of preschool age with Syndrome of malabsorbtion (81,0%) they encounters more than with functional abnormalities (13,9%).

During the school period of kids increased the number of children patients with organic disease and functional abnormalities of digestive tract, delay of physical development of children and kids with low and medium level of Coefficient of Satisfactory Condition. Last one is objective reflection of negative influential factors of social environment, school education and imperfection of prevention service methods for preschool age kids.

In treatment of children with syndromes of malabsorbtion, the elimination diet has got an important role, as well as ferment therapy, inclusion of pro biotics does not affect noticeable effect in case of stool restore and microbe environment of intestine. During the treatment of Syndrom of Irritated Infection is necessary to remember the form of disease which determines combination of medical treatment together with differential dietotherapy.

Location of usage: Children Prevention and Treatment Institutions.