

лечению некоторых видов хронической дуоденальной непроходимости: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Омск, 1975.- 16с.

Нестеренко Ю.А., Кривенко Э.В., Буромская Г.А. Диагностика артериомезентериальной компрессии двенад-

цатиперстной кишки //Вестник рентгенологии.- 1981.- №4.- С.40-45.

Секреторная, моторная функция желудка и двенадцатиперстной кишки, дуоденогастральный рефлюкс у больных язвенной болезнью две-

надцатиперстной кишки /И.В.Мавев, А.А.Самсонов, Л.П.Воробьев и др. //Клин. медицина.- 2000.- №6.- С.39-42.

Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта.- К.: Здоровье, 1987.- 568с.

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ
Каниковський О.Е., Антонюк Е.С.

Резюме. До сьогоднішнього дня хронічна дуоденальна непрохідність остається малоізнаною патологією, тем самим не отримує відповідної оцінки, в том числі і во время оперативних втручаннях. В статті приведено сучасні уявлення про хронічну дуоденальну непрохідність, етіологія, клініка, класифікація дуоденостаза і сучасні методи діагностики.

Ключевые слова: дуоденостаз, хроническая дуоденальная непроходимость.

DIAGNOSTICS OF CHRONIC DUODENAL OBSTRUCTION
Kanikovskiy O.E. Antonyuk E.S.

Summary. To date chronic duodenal obstruction remains poorly studied, that does not receive a respective estimation, including during operative interventions. In the review it is resulted modern point of view on chronic duodenal obstruction, etiology, clinic, classification of duodenostasis and modern methods of diagnostics.

Key words: duodenostasis, chronic duodenal obstruction.

УДК: 616.348-002-053.2

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ ЗАТЯЖНЫХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЭНТЕРОКОЛИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Каблукова Е.К., Синчук Н.И., Ваель Мохаммед Сулеман Абу Намус

Винницкий национальный медицинский университет им.Н.И.Пирогова, кафедра детских болезней (ул. Пирогова, 56, г.Винница, 21018, Украина)

Резюме. В статье представлены современные понятия этиологии, патогенеза и клиники затяжных неинфекционных энтероколитов. Приведены разные подходы к изучению данного вопроса и обоснована необходимость исследования данной патологии у детей раннего возраста для предупреждения развития органических морфологических изменений в кишечнике.

Ключевые слова: синдром мальабсорбции, муковисцидоз, целиакия, лактазная недостаточность, интестинальная аллергия.

Введение

В последние годы клиницисты-педиатры и гастроэнтерологи обращают внимание на увеличение распространенности хронических неспецифических заболеваний кишечника у детей - хронических энтеритов, колитов и энтероколитов [Степаненко, 1999; Мухина с соавт., 2003; Шадрин, 2004; Farup et. al., 2004; Webster et. al., 1995].

Дети, больные затяжным энтероколитом, госпитализируются для уточнения характера заболевания и лечения, зачастую с не уточненным диагнозом. Низкая выявляемость хронических заболеваний кишечника у детей объясняется многими причинами, в первую очередь, стертым малосимптомным течением, одинаковыми клиническими проявлениями в виде болей в животе, нарушением аппетита, срыгиванием, изменением стула [Таточенко, 1992]. Особенно это касается детей раннего возраста, у которых в виду анатомо-физиологических особенностей пищеварительной системы снижена адаптация к окружающей среде и изменению

питания - введению новых продуктов в рацион, нарушению режима питания, стрессовым ситуациям, интеркуррентным заболеваниям.

В настоящее время единая терминология затяжных энтероколитов отсутствует. В зарубежной литературе используется понятие хроническая диарея, спастический колит, кишечная диспепсия, синдром раздраженной кишки. В эти понятия вкладываются любые нарушения функциональной деятельности кишечника (ферментативной, секреторной, моторной), не имеющей под собой определенного органического поражения слизистой оболочки. К синдрому раздраженной кишки относят и неспецифические воспалительные и дистрофические изменения слизистой оболочки кишечника, за исключением неспецифического язвенного колита и болезни Крона.

При постановке диагноза многие авторы придерживаются мнения, что при затяжном энтероколите у

детей раннего возраста в патологический процесс вовлекаются все отделы пищеварительной системы - желудок, тонкая и толстая кишка, с развитием гастрита, энтерита, колита.

На страницах журналов для врачей-педиатров в течение последних лет приводятся единичные научные публикации, касающиеся затяжного энтероколита у детей раннего возраста. Большинство публикаций посвящено нарушениям микробиоценоза кишечника и бактериальным кишечным инфекциям. Почти полностью отсутствуют материалы научных исследований, освещающих особенности клиники и диагностики неинфекционных заболеваний кишечника у детей раннего возраста [Шадрин, Місник, 2006].

Между тем, у многих детей нарушения функции кишечника наблюдаются с рождения, в дальнейшем заболевание рецидивирует, приобретая хроническое течение. Заболевание на протяжении многих лет остается нераспознанным и трактуется как функционально проходящие расстройства.

По мнению О.Т. Шадрина [2006] при затяжных энтероколитах при бактериологическом исследовании обнаруживается повышенный рост ассоциаций условно патогенных микроорганизмов, при морфологическом исследовании у 76,9% детей выявлены признаки хронического колита, у 23,1% - признаки интестинальной аллергии, что диктует необходимость назначения в комплексной терапии противовоспалительных и противоаллергических препаратов, а также кишечных цитопротекторов.

По данным ряда авторов наиболее частой причиной затяжного энтероколита у детей раннего возраста является синдром нарушения кишечного всасывания углеводов (мальабсорбция) [Ладодо с соавт., 1998; Бережной, Унич, 2000; Ковальчук, 2001; Сміян, 2003].

В этиологической структуре синдрома мальабсорбции преобладает лактазная недостаточность (ЛН). В детских стационарах эта патология составляет от 10% до 35%, по литературным данным - от 1% до 10% [Слободян, 2001], что ограничивает использование субъектами с нарушениями энтерального усвоения лактозы свежего молока [Rasinpera et al., 2006].

Появление диарейного синдрома на фоне стрессовой ситуации характерно для дискинезии желудочно-кишечного тракта, так называемого "синдрома раздраженной кишки", возникающего у детей старше одного года и взрослых [Шаблов, 2000; Лук'янова та співавт., 2003; Farup et al., 2004; Webster et al., 1995]. У больных с "синдромом раздраженной кишки" нередко обнаруживается лактазная недостаточность [Ledochowski et al., 1998].

Мальабсорбция лактозы встречается при аллергических заболеваниях, в частности атопическом дерматите и аллергии на коровье молоко [Bachler et al., 1996; Caffarelli et al., 1998; Rudzeviciene et al., 2004]. Роль аллергии в патогенезе лактазной недостаточности,

по мнению авторов, вторична и связана, вероятно, с повышенной проницаемостью слизистой оболочки кишечника для пищевых антигенов.

В появлении "синдрома раздраженной кишки" имеет значение и чрезмерный бактериальный рост в тонком кишечнике (дисбактериоз), и лактазная недостаточность. Так, нормализация микробиоценоза кишечника приводит к нормализации сахарных дыхательных проб [Ginard et al., 2003; Nucera et al., 2005].

Именно на первом году жизни, когда обмен веществ наиболее интенсивен, а клеточно-гуморальные факторы местной и системной защиты несовершенны, малейшие повреждения кишечника могут являться причиной формирования его хронической патологии. Отсутствие специфических признаков непереносимости лактозы, широкая распространенность среди детей раннего возраста, сочетанность с аллергией и дисбактериозом требует поиска и использования дополнительных методов диагностики данной патологии, верификации диагноза и своевременной лечебной коррекции.

Синдром мальабсорбции (синдром нарушенного кишечного всасывания) - клинический симптомокомплекс, обусловленный нарушениями всасывания через слизистую оболочку тонкой кишки одного или нескольких питательных веществ [Андрущук с соавт., 1984; Баранова, Аболенской, 1986; Слободян, 2001; Бережной, Унич, 2002; Сміян, 2003].

Согласно современным представлениям патогенетические механизмы синдрома мальабсорбции сводятся к следующему: нарушение переваривания в просвете кишки (полостная мальдигестия вследствие недостаточности ферментов поджелудочной железы), нарушение мембранного пищеварения в щеточной кайме слизистой оболочки тонкой кишки (мембранная мальдигестия вследствие дефицита интестинальных энзимов) и нарушение транспорта нутриентов через мембрану энтероцитов (собственно мальабсорбция), при которой присутствуют, как правило, все три компонента, один из которых является ведущим [Белюсова, Златкина, 1998; Бережной, Унич, 2000; Сміян, 2003].

При синдроме мальабсорбции наблюдаются нарушения всасывания белков, жиров, углеводов, витаминов, микроэлементов и, как следствие, снижается резистентность организма [Сазанова с соавт., 1992; Бияшева с соавт., 1994]. В настоящее время этиология и патогенез целиакии, помимо ферментопатии, рассматривается с позиций иммунопатии - в результате иммунологических и иммуноморфологических исследований у 80% больных в острую фазу заболевания выявляются IgA- и IgG-антитела к α -фракции глютена [Дубченко, 1997; Камаева с соавт., 1998; Мухина, 1999]. Это приводит к развитию вторичных иммунодефицитных состояний, что усугубляет течение заболевания. При синдроме мальабсорбции возможны повреждения целостности гематоцитов и слизистой желудочно-кишечного тракта, нарушения микробио-

ценоза, т.е. заселение условно-патогенной микрофлоры в те отделы кишечника, у которых в норме она не свойственна [Мухина, 1997; Белоусова, Златкина, 1998; Бережной, Унич, 2000; Камилова с соавт., 2001].

Ведущее клиническое проявление синдрома мальабсорбции - диарея. Ее возникновение обусловлено осмотическим механизмом, связанным с накоплением в просвете кишечника не всосавшихся осмотически активных веществ (прежде всего непереваренных углеводов). Нарушение переваривания и всасывания жиров ведут к развитию стеатореи. При этом непереваренные жиры подвергаются в просвете толстой кишки гидроксигированию с участием бактерий [Смиян, Слободян, 1994; Ивашкин, Шептулин, 2000; Шадрин, 2004].

По мнению И.С. Смьяна [2003] наиболее высокая ферментативная и транспортная активность тонкой кишки наблюдается у детей раннего возраста. Это вызвано значительной потребностью быстро набирающего в массу и росте организма в энергетическом и пластическом материале. Учитывая незрелость анатомо-физиологических структур пищеварительной системы у детей, нарушения функции пищеварения проявляются у них чаще, чем у взрослых.

Нарушение кишечного всасывания у детей раннего возраста приводит к глубоким метаболическим нарушениям с развитием дефицита белка, углеводов, витаминов, изменениям минерального и жирового обмена. В свою очередь эти нарушения приводят к задержке развития ребенка, снижению резистентности организма перед вирусными и бактериальными агентами [Ивашкин, Шептулин, 2000; Майданник, Смьян, 2003; Vega Franco, 1996].

У больных целиакией, вследствие воспалительно-атрофического процесса в слизистой оболочке тонкой кишки, доминирует нарушение процессов мембранного пищеварения из-за отсутствия или снижения активности пептидаз, расщепляющих глиадин [Мухина, 1999; Ревнова, Лайл, 2000]. У больных муковисцидозом, как результат дефицита ферментов поджелудочной железы, в большей степени страдает полостная фаза пищеварения [Мухина, 1997; Капранов, Каширская, 1998].

Основной углевод, входящий в состав молока - лактоза. Гидролиз этого углевода целиком зависит от состояния ферментных систем организма ребенка, так как в женском молоке отсутствуют ферменты, которые его расщепляют [Бережной, Унич, 2000; Слободян, 2001; Смьян, 2003; Vega Franco, 1996; Williams, 1986]. В пищеварительном тракте ребенка под воздействием фермента лактазы происходит ферментативный гидролиз молекулы лактозы на глюкозу и галактозу. Нерасщепленная лактоза почти не всасывается и может вызвать желудочно-кишечные расстройства вследствие осмотического эффекта или бактериального разложения молочного сахара [Шейбак, 1995; Ивашкин, Шептулин, 2000; Калимова с соавт., 2001; Секачева, 2002; Баранов, Щербаков, 2002].

Фермент, отвечающий за расщепление лактозы, - лактаза (бетагалактозидаза) локализована в микроворсинках цилиндрического эпителия, образующих щеточную кайму, обращенную в просвет кишечника. При ее участии осуществляется расщепление лактозы до глюкозы и галактозы, которые абсорбируются и поступают в энтероцит и, далее, в кровяное русло [Rings et al., 1994; Fenster, 1995; Vesa et al., 2000; Flocchi et al., 2003].

Наибольшую распространенность получила генетическая теория возникновения дефицита лактазы [Rasipera et al., 2006]. Это объясняет различную частоту встречаемости лактазной недостаточности в отдельных популяционных группах.

Непереносимость лактозы может быть врожденной и приобретенной. Врожденная непереносимость лактозы считается относительно редким явлением, имеет тяжелое течение. Приобретенная непереносимость лактозы возникает в результате перенесенных заболеваний: вирусных (чаще ротавирусной) инфекций; бактериальных - сальмонеллеза, эшерихиоза, шигеллеза, стафилококкового энтероколита; кандидоза [Шабалов, 2000; Коган, Шепель, 2001; Beyreiss et al., 1985], а также на фоне других вариантов синдрома мальабсорбции [Слободян, 2001; Шептулин, 2001; Смьян, 2003].

Отличительной особенностью ЛН является отсутствие острых воспалительных изменений в слизистой оболочке кишечника и патогенных микроорганизмов в фекалиях [Lember et al., 1996; Rings et al., 1994]. При исследовании биоптатов тонкой кишки выявляются дистрофические или пролиферативные изменения, однако менее специфичны и глубоки, чем при целиакии [Таточенко, 1992; Мухина с соавт., 2003; Шабалов, 2000].

Клиническая картина непереносимости лактозы недостаточно специфична и затрудняет постановку правильного диагноза. Наиболее частыми симптомами являются хроническая диарея и метеоризм, кишечные колики. Характерным является усиление или возникновение дисфункции кишечника после приема молока или лактосодержащих смесей. Дети нередко отказываются от пищи, вызывающей у них болевые ощущения, в результате чего, из-за чувства голода, они становятся беспокойными.

В клинике непереносимости лактозы у детей раннего возраста преобладает сочетание двух или более симптомов: рвота и срыгивание, диарейный синдром, дефицит массы тела.

В диагностике лактазной недостаточности существуют как прямые методы, связанные с непосредственной идентификацией кишечной лактазы, так косвенные - определение экскретируемых углеводов и молочной кислоты. Существуют субкомпенсированные формы лактазной недостаточности, при которых могут отсутствовать диагностически значимые изменения содержания углеводов и молочной кислоты в кале. Диагностика этих форм базируется на проведении пероральной нагрузки лактозой с последующим определением водорода в

выдыхаемом воздухе, лактозы и продуктов ее гидролиза в кале [Филиппский с соавт., 1996]. Обнаружение после нагрузки лактозой выделенных углеводов свыше 5 г/л и молочной кислоты более 11,1 ммоль/л в кале подтверждает наличие субкомпенсированной формы ЛН.

Особую роль в развитии затяжного энтероколита играет аллергия, в частности, аллергический диатез, атопический дерматит, пищевая аллергия [Ревякина, 2000; Лусс, 2004; Мачарадзе, 2004]. Ряд авторов придерживается мнения, что у значительного числа больных затяжной энтероколит развивается на фоне аллергического диатеза [Студеникин, Болаболкин, 1998; Балаболкин, 2003; Белоусова, 2003; Ларина с соавт., 2003; Caffarelli et al., 1998].

IgE-опосредованный механизм является ведущим в патогенезе атопического дерматита, что подтверждается обнаружением более чем у 80% больных высокого уровня общего IgE в сыворотке крови как в остром периоде, так и в периоде ремиссии. Уровень IgE отражает степень полисенсibilизации как пищевой, так и сочетанной [Кунгуров с соавт., 2000; Балаболкин, 2003; Белоусова, 2003].

Наиболее частой причиной аллергического процесса в пищеварительном тракте у детей является пищевая сенсibilизация. Данная патология чаще наблюдается у детей из семей с наследственным предрасположением к аллергическим и желудочно-кишечным заболеваниям, в связи с этим дебют заболевания отмечается в раннем детстве (в возрасте до года) [Ревякина, 2000; Лусс, 2004; Мачарадзе, 2004].

Аллергическое поражение желудочно-кишечного тракта возможно на любом анатомическом уровне с развитием эзофагита, гастрита, бульбита, дуоденита, энюита, колита [Овчаренко с соавт., 2006]. Но наиболее часто происходит вовлечение в патологический процесс тонкой кишки и более чем у половины детей раннего возраста, страдающих атопическим дерматитом, выявляются энтероколиты, которые сопровождаются нарушением абсорбционной функции тонкой кишки (за счет снижения активности ферментов и частичной атрофии ворсинок). Нарушение пищеварения и всасывания в кишечнике (вторичный синдром мальабсорбции) являются начальной фазой нарушения процессов метаболизма, имеющих важное значение в генезе заболевания [Ревнова, 2000; Ларина с соавт., 2003; Лусс, 2004; Мачарадзе, 2004].

Атопия, ассоциированная у детей раннего возраста с IgE антителами и белками коровьего молока, может сочетаться с лактазной недостаточностью [Majamaa et al., 2001; Mortorell Aragones, 2002].

У детей с аллергически измененной реактивностью

отмечается развитие дисбактериоза, который, в свою очередь, усугубляет течение заболевания за счет нарушения всасывания с чрезмерным постепенным поступлением аллергенов во внутренние среды организма, а также за счет развития бактериальной сенсibilизации [Макарова с соавт., 1997; Мухина, 1997; Лыкова с соавт., 2000; Шабалов, 2000; Бережной с соавт., 2002; Хавкин, 2003].

Клинически при гастроинтестинальной аллергии у детей отмечается неустойчивый стул, метеоризм, кишечные колики. Эти симптомы появляются при приеме определенных пищевых продуктов. Нарушения пищеварительной системы аллергического генеза у большинства больных появляются в первые месяцы жизни ребенка в виде систематических срыгиваний, рвоты, дисфункции кишечника - запоров или диареи. Заболевание принимает затяжной характер и может развиваться эксудативная энтеропатия, когда происходят значительные потеря белка, вплоть до безбелковых отеков.

Продолжительный аллергический энтерит нередко сопровождается дегидратацией организма, нарушением электролитного баланса, потерей массы тела.

Выводы и перспективы дальнейших исследований

Принимая во внимание выше изложенное, следует отметить многофакторный характер возникновения полиэтиологических затяжных энтероколитов у детей раннего возраста.

Верификация диагноза с помощью современных методов у детей с затяжным энтероколитом позволит проводить своевременное этиопатогенетическое лечение для предупреждения формирования хронического энтероколита.

В обзоре литературы представлены сведения об отдельных звеньях патогенеза, клиники, пищевой аллергии, синдроме мальабсорбции, нарушений клинического биоциноза у детей. В то же время отсутствуют данные о комплексных клинико-лабораторных исследованиях в этом направлении, сочетанности данных патологических состояний, которые могут формировать затяжной характер энтероколитов и трансформирование в хроническую патологию с органическими морфологическими изменениями в кишечнике. Представляет интерес изучение лактазной недостаточности и дисбиотических нарушений микрофлоры кишечника с параллельной оценкой клинических параметров и иммунологических показателей аллергических состояний. Это позволит уточнить патогенетическое значение изучаемых показателей и улучшить диагностику и лечение затяжных энтероколитов у детей раннего возраста.

Литература

- Аллергические болезни у детей: Руководство для врачей /Под. ред. М.Л.Студеникина, И.И.Болаболкина.- М.: Медицина, 1998.- 288 с.
- Андрущук А.А., Смиян И.С., Слободян Л.М. Синдром мальабсорбции // Желудочно-кишечные заболевания у детей раннего возраста.- К.: Здоров'я, 1984.- С.35-56.
- Балаболкин И.И. Атопия и аллергические заболевания у детей //Педиатрия.- 2003.- №6.- С.99-102.

- Баранов А.А., Щербак П.Л. Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии // *Вопр. соврем. педиатрии.* - 2002. - Т.1, №1. - С.12-16.
- Белоусова Е.А., Златкина А.Р. Синдром мальабсорбции (патофизиология, клиника, лечение) / *Пособие для практических врачей.* - Москва, 1998. - С.28.
- Белоусова Т.А. Аллергодерматозы - болезни современной цивилизации // *Российский мед. журнал.* - 2003. - Т.11, №27. - С.1538-1541.
- Бережной В.В., Унич Н.К. Синдром мальабсорбции у детей раннего возраста: клиническая диагностика, современные возможности пищевой коррекции и терапии // *Журнал практического врача.* - 2000. - №2. - С.4-8.
- Бияшева И.Р., Алдиярова М.А., Лоранская Т.И. Система местного иммунитета у больных с синдромом нарушенного всасывания // *Вопр. мед. химии.* - 1994. - №2. - С.39-41.
- Возможности использования энтерального питания в педиатрической практике / *К.С.Ладодо, Т.Н.Степанова, ??.Рославцева и др.* // *Педиатрия.* - 1998. - №5. - С.76-82.
- Диетотерапия при лактазной недостаточности у детей / *К.С. Ладодо, Т.Э. Боровик, Е.А.Рославцева и др.* // *Педиатрия.* - 1998. - №3. - С.30-34.
- Дубченко О.В. Особенности целиакии в детском возрасте: Дис... канд. мед. наук. - Москва, 1997. - 158 с.
- Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Клиника, диагностика и лечение синдрома мальабсорбции // *Клин. медицина.* - 2000. - Т.78, №8. - С.27-31.
- Иммунологическая характеристика пищевой непереносимости у детей первых лет жизни / *Н.Е.Сазанова, Л.Н.Варначева, А.В.Новикова и др.* // *Педиатрия.* - 1992. - №3. - С.14-18.
- Камаева О.И., Резников Ю.П., Пименова Н.С. Антиглиадиновые антитела в отсутствии целиакии // *Клин. медицина.* - 1998. - №2. - С.33-35.
- Каприанов Н.И., Каширская Н.Ю. Актуальные проблемы муковисцидоза // *Педиатрия.* - 1998. - №1. - С.61-63.
- Ковальчук А.А. Диагностика экзокринной недостаточности поджелудочной железы у детей раннего возраста с затяжными диареями та оцінка ефективності корекції препаратом Креон // *Перинатологія та педіатрія.* - 2001. - №32. - С.41-44.
- Коган Ю.Д., Шепель М.А. Мальабсорбция углеводов при кишечных инфекциях у детей первого года жизни // *Росс. вестник перинатол. и педиатрии.* - 2001. - Т.46, №2. - С.38-39.
- Кунгуров Н.В., Терамешова Н.М., Кохан М.М. Атопический дерматит: типы течения, принципы терапии. - Екатеринбург, 2000. - 267с.
- Ларина Т.В., Ожегов А.М., Пенкина Н.Ч. Клинико-метаболические особенности атопического дерматита у детей раннего возраста // *Педиатрия.* - 2003. - №6. - С.37-42.
- Лук'янова О.М., Шадрін О.Г., Шкіряк-Нижник З.А. Клініко-епідеміологічна характеристика синдрому подразненого кишечника у дітей молодшого шкільного віку: популяційні дослідження // *Перинатологія та педіатрія.* - 2003. - №4. - С.24-27.
- Лусс Л.В. Проблемы пищевой аллергии в гастроэнтерологии // *Лечащий врач.* - 2004. - №4. - С.68-70.
- Майданник В.Г., Смян И.С. Некоторые проблемные вопросы естественного вскармливания детей первого года жизни с позиций доказательной медицины // *Педиатрия.* - 2003. - №1. - С.56-63.
- Мачарадзе Д.Ш. Роль пищевой аллергии при атопическом дерматите у детей // *Педиатрия.* - 2004. - №4. - С.64-71.
- Микроэкологические нарушения у детей и современные возможности повышения эффективности их коррекции / *В.В. Бережной, С.А. Крамарев, В.Ю.Мартынюк и др.* // *Здоровье женщины.* - 2002. - №4. - С.79-92.
- Мухина Ю.Г. Особенности целиакии у детей // *Лечащий врач.* - 1999. - №6. - С.7-10.
- Мухина Ю.Т. Диагностика и коррекция дисбактериозов у детей // *Росс. мед. журнал.* - 1997. - №7. - С.487-494.
- Мухина Ю.Т., Чубарова А.И. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта, проявляющиеся синдромом рвоты и срыгивания у детей грудного возраста // *Вопр. соврем. педиатрии.* - 2003. - Т.2, №1. - С.62-66.
- Нарушения микрофлоры кишечника и иммунитета у детей с аллергическими дерматитами и их коррекция / *Е.А.Лыкова, А.О.Мурашова, В.М.Бондаренко и др.* // *Росс. педиатр. журнал.* - 2000. - №2. - С.20-24.
- Особенности перебігу функціональної диспепсії та хронічного гастриту у дітей з харчовою алергією / *Л.С.Овчаренко, І.В.Самохін, А.О.Вертегел та ін.* // *Сучасні проблеми клінічної педіатрії: Матер. III Конгресу педіатрів України.* - Київ, 2006. - С.124.
- Ревнова О.М., Лайл Х.Б. Клинические аспекты целиакии у детей // *Педиатрия.* - 2000. - №5. - С.107-110.
- Ревякина В.А. Общие принципы диагностики и лечения пищевой аллергии у детей // *Росс. мед. журнал.* - 2000. - Т.8, №18. - С.739-745.
- Секачева М.И. Синдром мальабсорбции углеводов в клинической практике // *Клин. перспективы гастроэнтерол., гепатол.* - 2002. - №1. - С.29-35.
- Слободян Л.М. Синдром мальабсорбции, диагностика і реабілітація: Посібник. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. - 114с.
- Смян И.С., Слободян Л.М. Синдром мальабсорбции углеводов у детей. - Тернополь, 1994. - 220с.
- Смян І.С. Педіатричні аспекти синдрому мальабсорбції // *Педіатрія, акуш. та гінекол.* - 2003. - №5. - С.4-9.
- Состояние кишечного микробиоценоза у детей с атопическим дерматитом в зависимости от особенностей клинической картины и фазы заболевания / *С.Г. Макарова, Л.К. Катосова, Т.Э. Боровик и др.* // *Педиатрия.* - 1997. - №2. - С.19-24.
- Состояние кишечного микробиоценоза у детей с кишечными энзимопатиями / *А.Т. Камилова, Н.Н. Ахмедова, Д.Б. Пулатова и др.* // *Журнал микробиол., эпидемиол. и иммунологии.* - 2001. - №3. - С.97-99.
- Степаненко В.М. Лечение хронического энтероколита у детей на курорте // *Педиатрия.* - 1999. - №4. - С.104-106.
- Таточенко В.К. Длительные диареи у детей грудного и раннего возраста // *Педиатрия.* - 1992. - №3. - С.50-56.
- Хавкин А.И. Микроэкология кишечника и аллергия // *Лечащий врач.* - 2003. - №3. - С.10-13.
- Хронические неспецифические заболевания кишечника у детей / *Под ред. А.А. Баранова, А.В. Аболенской.* - М.: Медицина, 1986. - 192 с.
- Шабалов М.П. Детские болезни. - С.: Пб.: Питер, 2000. - С.149-161.
- Шадрін О.Г. Фактори ризику та прогнозування розвитку подразненого кишечника у дітей // *Педіатрія,*

- акуш. та гінекол.- 2004.- №1.- С.13-16.
- Шадрін О.Г., Місник В.П. Харчування дітей першого року життя, сучасні тенденції та невирішені проблеми / Сучасні проблеми клінічної педіатрії: Матер. III Конгресу педіатрів України (17-19 жовтня, 2006 р.).- Київ, 2006.- С.194-196.
- Шейбак М.П. Недостаточность кишечной лактазы у детей (непереносимость лактозы) // Росс. вестник перинатол. и педиатрии.- 1995.- №4.- С.45-48.
- Шептулин А.А. Синдром мальабсорбции: клиника, диагностика и лечение // Consilium Medicum.- 2001.- Т.3, №6.- С.267-269.
- A genetic test which can be used to diagnose adult-type hypolactasia in children / H. Rasinpera, E. Savilahti, N.S. Enattah et al. // Gut.- 2006.- Vol.55(1).- P.131-132.
- Abnormal breath tests to lactose, fructose and sorbitol in irritable bowel syndrome may be explained by small intestinal bacterial overgrowth / G.Nucera, M.Gabrielli, A.Lupascu et al. // Aliment. Pharmacol. Ther.- 2005.- Vol. 21(11).- P.1391-1395.
- Clinical tolerance to lactose in children with cow's milk allergy / A.Flocchi, P.Restani, G.Leo et al. // Pediatrics.- 2003.- Vol.112(2).- P.359-362.
- Digestion and absorption rates of lactose, glucose, galactose, and fructose in three infants with congenital glucose-galactose malabsorption: perfusion / K.Beyreiss, W.Hoepfner, G.Scheersmidt et al. // J.Pediatr.Gastroenterol. Nutr.- 1985.- Vol.4(6).- P.887-892.
- Distinct patterns of cow's milk allergy in infancy defined by prolonged, two-stage double-blind, placebo-controlled food challenges / P.Bachler, Z.Chad, C.Gurbindo et al. // Clin. Exp. Allergy.- 1996.- Vol.26(3).- P.254-261.
- Farup P.G., Monsbakken K.W., Vandvik P.O. Lactose malabsorption in a population with irritable bowel syndrome: prevalence and symptoms. A case-control study // Scand. J. Gastroenterol.- 2004.- Vol.39(10).- P.1033.
- Fenster D.L. Lactose intolerance // N. Engl. J. Med.- 1995.- Vol. 333(20).- P.1359.
- Gastrointestinal symptoms in atopic eczema / C.Caffarelli, G.Cavagni, F.M.Derin et al. // Arch. Dis. Child.- 1998.- Vol. 78 (3).- P.230-234.
- Lactose malabsorption in ulcerative colitis. A case-control study / D.Ginard, J.Riera, L. Bonet et al. // Gastroenterol Hepatol.- 2003.- Vol.26(8).- P.469-474.
- Ledochowski M., Sperner-Unterweger B., Fuchs D. Lactose malabsorption is associated with early signs of mental depression in females: a preliminary report // Dig. Dis. Sci.- 1998.- Vol.43(11).- P.2513-2517.
- Majamaa H., Aittoniemi J., Miettinen A. Increased concentration of fecal alpha 1-antitrypsin is associated with cow's milk allergy in infant with atopic eczema // Clin. Exp. Allergy.- 2001.- Vol.31(4).- P.590-592.
- Mortorell Aragones A. Etiologic implication of foods in atopic dermatitis: evidence against // Allerg. Immunopathol.- Madrid, 2002.- Vol.30(3).- P.120-126.
- Prevalence of selective lactose malabsorption in Khants / M.Lember, A.Tamm, A.Piirsoo et al. // Klin. Med.- Moskva, 1996.- Vol.74(1).- P.25-27.
- Rings E.H., Grand R.J., Buller H.A. Lactose intolerance and lactase deficiency in children // Curr. Opin. Pediatr.- 1994.- Vol. 6(5).- P.562-567.
- Rudzeviciene O., Narkeviciute I., Eidukevicius R. Lactose malabsorption in young Lithuanian children with atopic dermatitis // Acta Paediatr.- 2004.- Vol.93, №4.- P.482-486.
- Vega Franco L. Secondary lactase deficiency in children and its epidemiologic implications // Rev Invest Clin.- 1996.- Vol.48.- P.33-43.
- Vesa T.H., Marteau P., Korpela R. Lactose // J. Am. Coll. Nutr.- 2000.- Vol.19, №2.- P. 165S-175S.
- Webster R.B., DiPalma J.A., Gremse D.A. Lactose maldigestion and recurrent abdominal pain in children // Dig. Dis. Sci.- 1995.- Vol.40, №7.- P.1506-1510.
- Williams C.A. Metabolism of lactose and galactose in man // Prog. Biochem. Pharmacol.- 1986.- Vol.21.- P.219-247.

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ЗАТЯЖНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЕНТЕРОКОЛІТИВ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Каблукова Е.К., Синчук Н.И., Ваель Мохаммед Сулеман Абу Намус

Резюме. У статті представлені сучасні поняття етіології, патогенеза і клініки затяжних неінфекційних ентероколітів. Наведені різні підходи до вивчення даного питання і обґрунтована необхідність дослідження даної патології у дітей раннього віку для попередження розвитку органічних морфологічних змін в кишечнику.

Ключові слова: синдром мальабсорбції, муковісцидоз, целиакія, лактазна недостатність, інтестинальна алергія.

MODERN APPROACH TO INVESTIGATION THE PROBLEM OF PROLONGED NONINFECTIOUS ENTEROCOLITIS IN EARLY AGED CHILDREN

Kablucova E.K., Sinchuk N.I., Vael Mohammed Suleman Abu Namus

Summary. Modern concepts of etiology, pathogenesis and clinics of prolonged noninfectious enterocolitis are present. Different approaches are proved lead to study the given question and necessity of research of a given pathology in children of early age for the prevention of development of organic morphological changes in intestine.

Key words: malabsorption syndrome, mucoviscidosis, celiac disease, lactose deficiency, intestinal allergy.