

Р.В. Марушко
**ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОДУКТОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ
ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев

Данные как мировой, так и отечественной статистики в последние десятилетия отмечают значительный рост функциональных нарушений кишечника (ФНК) у детей. Их распространенность составляет от 25 до 70 % у детей раннего возраста, среди которых функциональный запор и функциональная диарея являются наиболее распространенными заболеваниями. Эти нарушения при длительном течении и неадекватном лечении могут быть причиной развития более серьезных заболеваний ЖКТ и других внутренних органов. Поэтому своевременной диагностике и лечению этих заболеваний должно уделяться большое внимание.

Среди причин повышения ФНК, наиболее значимой, по мнению известных ученых, является изменение качественного состава питания населения. Дефицит многих микронутриентов в современных рационах питания уже внутриутробно способствует развитию различных патологических отклонений, а после рождения - формированию патологии.

Поэтому перспективным в лечении ФНК является применение продуктов функционального питания, то есть, тех нутриентов, дефицит которых отмечается в современных рационах питания. Для заболеваний ЖКТ важными являются Омега-3 длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты (ДЦ ПНЖК), про- и пребиотики. Омега-3 ДЦ ПНЖК оказывают благоприятное влияние на функцию слизистого эпителия кишечника, являясь структурными компонентами клеточных мембран, они улучшают метаболизм эпителиоцитов, повышают их способность к восстановлению и нормализуют локальную иммунную систему. Пребиотики создают благоприятные условия для жизнедеятельности индигенной микрофлоры и являются необходимым энергетическим материалом для эпителиоцитов. Пробиотики способствуют нормализации дисбиотических нарушений в кишечнике, которые довольно часто развиваются или предшествуют дискинетическим нарушениям в кишечнике.

Наши исследования применения продуктов функционального питания у 80 детей раннего возраста показали их благоприятное влияние на течение ФНК, что проявлялось в более быстром исчезновении клинических проявлений заболеваний по сравнению с детьми, которые получали конвекционную терапию. Нормализация состояния микробиоценоза кишечника отмечалась в через 3-4 недели терапии, в то время как в группе сравнения у 44,0 % детей сохранялся дисбаланс микрофлоры.

Следует отметить, что положительный эффект на течение ФНК отмечался при применении докозагексеновой и ейкозапентаеновой кислот (омега-3 ДЦ ПНЖК) в суточной дозе не менее 100 мг и 70 мг соответственно, мультипробиотика, который содержит *Bifidobacterium* и *Lactobacillus* у концентрации не меньше 10^9 КОЕ/dose в течение 1 мес. Пребиотики в виде инулина использовались в суточной дозе 3,4 – 4,0 г. Ретроспективные наблюдения показали, что продолжение после лечения использования омега-3 ДЦ ПНЖК, про- и пребиотиков значительно снижало частоту повторных эпизодов ФНК, а также развитие воспалительных заболеваний кишечника.

Таким образом, использование продуктов функционального питания в лечении функционального запора и функциональной диареи способствует ускорению обратного развития клинических симптомов и повышению показателей выздоровления, позволяет предупреждать развитие рецидивов и значительно снижают риск формирования воспалительных заболеваний кишечника.

**КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДИСПЛАЗИИ
СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

Романчук Л.В., Ревенко Н.Е., Холбан А.Н., Нистор Л., Гурдуза О.

*Департамент Педиатрии, Государственный медицинский и фармацевтический университет
имени «Николая Тестемичану», Кишинев, Молдова (Директор – Профессор Нинель Ревенко)*

Цель исследования: изучение клинических и параклинических особенностей у детей с синдромом дисплазии соединительной ткани.

Материалы и методы: в группу исследования были включены 41 детей, 17 мальчиков и 24 девочек, в возрасте от 6 до 18 лет с синдромом дисплазии соединительной ткани. Были проанализированы клинические признаки и результаты инструментального исследования (ЭКГ, эхокардиография с цветным доплером и Холтер ЭКГ мониторинг 24 часа).

Результаты: среди клинических симптомов преобладали боли в сердце (87,80%), колющего характера (82,92%), сердцебиение (82,92%), нерегулярность ритма сердца (39,02%) и приступы пароксизмальной тахикардии (41,46%). Доминирующими признаками дисплазии соединительной ткани были гипермобильность суставов (60,94%), астеническое телосложение (53,65%), высокорослость (46,34%), слабое развитие мышечной системы (31,70%), нарушение осанки (24,39%) и сколиоз (24,39%). Результаты нашего исследования выявили в 60,97% случаях наличие мажорных критериев дисплазии соединительной ткани и минорных критериев в 41,46% случаях. Данные ЭКГ показали присутствие синусовой тахикардии (17,07%), синдрома ранней реполяризации в миокарде левого желудочка (21,95%), наджелудочковых экстрасистол (19,51%) и желудочковых экстрасистол (7,3%). Анализ эхокардиографии выявил: пролапс митрального клапана I степени (68,29%), дополнительные хорды в полости левого желудочка в 58,53% случаях и утолщение створок митрального клапана в (4,87%) случаях. Холтер ЭКГ мониторингирование 24 часа выявила наличие синусовой тахикардии у 46,34% детей, наджелудочковых экстрасистол (34,14%), Ч 1000/24 часа в 14,63%, изолированного характера (21,95%), бигеминия (7,3%) и тригеминия (9,75%). Желудочковые экстрасистолы были определены в 34,14% случаях из которых I степени по В. Lown (17,07%), II степени (14,63%), наджелудочковых тахикардий (4,87%).

Выводы: Частыми клиническими симптомами у наших пациентов были боли в сердце и сердцебиение. Результаты нашего исследования определили наличие положительных мажорных критериев (60,97%) для диагностики синдрома дисплазии соединительной ткани и минорных критериев у 41,46% детей. Данные ЭКГ выявили у детей с синдромом дисплазии соединительной ткани гетеротопные нарушения ритма сердца: наджелудочковые экстрасистолы и желудочковые экстрасистолы. Анализ результатов Холтер ЭКГ мониторингирования 24 часа определил наличие наджелудочковых экстрасистол изолированного характера и желудочковых экстрасистол I и II степени по В. Lown.

Сорокман Т. В., Сокольник С. В., Сокольник С. А., Гингуляк Н. Г., Остапчук В. Г.
ФАЗНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ В КРОВИ ДЕТЕЙ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Кафедра педиатрии и медицинской генетики
Буковинский государственный медицинский университет, Г. Черновцы, Украина*

На сегодня проведено значительное количество исследований по изучению роли цитокинов в формировании и характере протекания язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), однако подавляющее большинство работ посвящено изучению данной проблемы у взрослых.

Доказано, что среди цитокинов, играющих важную роль в координации иммунологических реакций при ЯБДПК, значительное место отводится интерлейкинам - белкам, продуцируемых активированными клетками иммунной системы, отвечающих за межклеточные коммуникации. Наиболее типичный эффект - индукция пролиферации.

Интерлейкины (их около 20) имеют порядковые номера, не относятся к одной подгруппы цитокинов, связанных общностью функций.

Название «интерлейкин» предоставляется медиатору в соответствии с критериями, разработанными номенклатурным комитетом Международного союза иммунологических обществ: молекулярное клонирование и экспрессия гена фактора изучается, наличие уникальной нуклеотидной и соответствующей ее аминокислотной последовательности, получение нейтрализующих моноклональных антител; продукция клетками иммунной системы, наличие важной биологической функции в регуляции иммунного ответа. Доказано, что в регуляции течения ЯБДПК активную роль играют определенные интерлейкины: интерлейкин-1 β (ИЛ-1 β), интерлейкины-4, 6, 8 (ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-8). В литературе имеются данные о содержании отдельных интерлейкинов при ЯБДПК у взрослых и совсем немного сведений, посвященных проблеме про- и противовоспалительных интерлейкинов у детей с ЯБДПК.

Цель исследования - изучить содержание интерлейкинов с различными функциональными свойствами в сыворотке периферической крови детей с ЯБДПК в фазе обострения в возрасте 14-18 лет. Определение уровня интерлейкина-1бета (IL-1 β), интерлейкина-8 (IL-8), интерлейкина-4 (IL-4) и рецепторного антагониста интерлейкина-1 (IL-1Ra) в крови детей проводили с применением стандартных иммуноферментных наборов реагентов производства ЗАО «ВЕКТОР БЕСТ» (г. Новосибирск, Россия). Проведен анализ содержания интерлейкинов в сыворотке крови детей в зависимости от фазы течения заболевания в стадии обострения. Выявлено, что на ранних сроках обострения в периферической крови преобладало повышение концентрации ИЛ-1 β и ИЛ-8 (в среднем 154,3 \pm 16,8 пг/мл и 169,4 \pm 22,7 пг/мл соответственно). Это позволяет оценивать данные интерлейкины как маркеры острой фазы заболевания. Концентрация ИЛ-4 и IL-1Ra со-