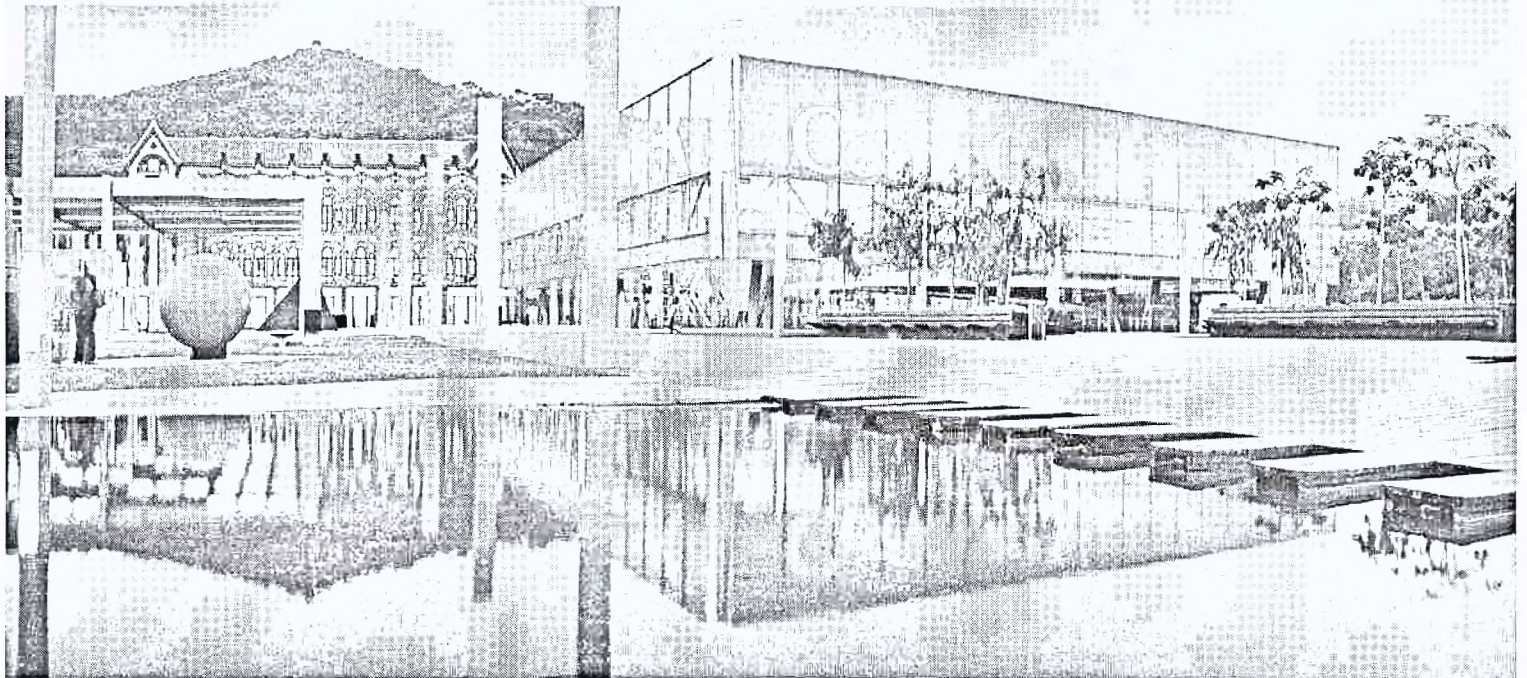


**SCI-CONF.COM.UA**

# **EURASIAN SCIENTIFIC CONGRESS**



**ABSTRACTS OF I INTERNATIONAL  
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE  
JANUARY 27-28, 2020**

**BARCELONA  
2020**

## ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ПРИЧИН РЕГУРГІТАЦІЇ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ

**Можейко Тетяна Вадимівна**

асистент кафедри пропедевтики дитячих хвороб  
ДЗ «Дніпропетровська медична академія»  
м. Дніпро, Україна

**Вступ.** Одним з найпоширеніших проявів функціональних гастроінтестинальних розладів (ФГІР) серед дітей першого року життя, який найчастіше викликає занепокоєння серед батьків, є синдром регургітації (від 20 до 50% серед інших ФГІР). У зв'язку з різноманітністю супутніх проявів даного синдрому, таких як лактазна недостатність, порушення фізичного розвитку дитини, atopічні ураження шкіри, а також можливості призвести до розвитку таких ускладнень як езофагіт, залізодефіцитна анемія, аспіраційна пневмонія, отити, синусити, гастродуоденіти і, навіть, стати причиною раптової смерті дитини, необхідно ретельне етіологічне уточнення і вибір тактики ведення таких пацієнтів.

**Мета.** Визначити особливі характеристики дітей раннього віку з синдромом регургітації на основі аналізу анамнестичних, клінічних та функціональних даних.

**Матеріали та методи.** Було досліджено 54 дитини віком від 1 місяця до 2 років з проявами синдрому регургітації. Усі пацієнти були розподілені на дві клінічні групи: перша - з наявністю скарг тільки на синдром регургітації, друга – з поєднаними проявами синдрому зригування та інших ФГІР.

В усіх пацієнтів були зібрані скарги, анамнестичні, об'єктивні дані, та проведено лабораторне обстеження: копроцитограма і бактеріальній посів калу для оцінки мікробіоти кишківника. 32 дітям додатково досліджували генетичний С/Т поліморфізм алелі 13910 LCT-гену лактази шляхом букального зіскрібку та проводили водневий дихальний тест (ВДТ) з навантаженням харчовою лактозою, для чого використовувався портативний апарат для

визначення водню у видихуваному повітрі Gastro+Gastrolyzer (Gastro+Gastrolyzer Breath hydrogen (H<sub>2</sub>) monitor) виробництва Bedfont Scientific Limited (Великобританія).

Статистичну обробку результатів дослідження проводили з використанням пакету програм Statistica v.6.1 (StatSoft, США) (серійний номер AGAR 909 E415822FA).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Синдром регургітації фіксувався в усіх обстежених дітей, у поєднанні з іншими ФГР - у 44 дітей, в тому числі кишкові кольки були виявлені у 31,8 % випадків, функціональні запори – у 40,9 %, функціональна діарея – у 27,3 %. Досліджуючи анамнестичні дані виявилось, що середній час виникнення ФГР становив: зригування з'являлися одразу після народження – 0 (0-1,0) тижнів, кольки починалися в середньому з 2 (1,5-3,5) тижнів, функціональна діарея – з 6 тижня (4,0-12,0), функціональний закреп непокоїв у середньому з 1,8 (1,0-3,0) тижнів. Занепокоєння та порушення сну тісно асоціювалось з поєднанням синдрому зригування з іншими ФГР, а також з виразністю їх проявів, а саме: дитячих кольок, метеоризму, функціональної діареї.

Аналіз даних акушерського анамнезу показав, що токсикоз I триместру вагітності відзначався у 33,3 % випадків, анемія – у 37,0 %. ГРВІ під час вагітності перенесли половина жінок (50,0%), переважно у другому та третьому триместрах вагітності – 44,4 %, носійство хронічних інфекцій відзначено у 18,5 % матерів, хронічна внутрішньоутробна гіпоксія плода у 9,3 % випадків. За даними кореляційного аналізу встановлений вірогідний зв'язок між характером синдрому зригування і перенесеним токсикозом матір'ю дитини ( $r_s = -0,39$ ,  $p < 0,05$ ), а також способом розродження ( $r_s = -0,34$ ,  $p < 0,05$ ). Перебіг раннього неонатального періоду характеризувався наявністю фізіологічної жовтяниці у 50,0 % новонароджених, уражень ЦНС гіпоксично-ішемічного генезу – в 75,9 % випадків, застосуванням кисневої терапії – у 5,6 %.

Аналіз характеру вигодовування обстежених дітей показав, що на момент даного дослідження на грудному вигодуванні знаходилося 33 (61,1 %) дітей, на

штучному – 14 (25,9 %), на частково грудному – 7 (13,0 %). Відзначено вірогідну асоціацію між характером вигодовування, термінами введення першого прикорму і ФГІР.

Порушення у техніці годування відзначалися у 26 (48,1 %) дітей з групи обстеження, серед яких найчастіше фіксувалась аерофагія – у 16 (29,6 %), перегодовування, у тому числі в поєднанні з аерофагією і галактореєю – у 5 (9,3 %), а також неправильне прикладання до грудей дитини під час годування – 12 (22,2 %).

У більшості обстежених дітей виявлено порушення мікробіоти кишківника у вигляді асоціації різної умовно-патогенної флори, в тому числі *S. aureus* (53,1 %), *K. pneumoniae* (46,9 %), *E. coli* (31,3 %), *K. oxytoca* (18,8 %) на фоні зниженого вмісту лактобактерій (31,3 %) і біфідобактерій (15,6 %).

По результатах проведення ВДТ серед обстежених дітей тільки у 18,8 % були отримані позитивні результати, що трактувалось як лактазна недостатність. Відсутність статистично значимих кореляцій між результатами ВДТ і генетичного дослідження підтверджує низьку інформативність С/Т поліморфізму алелі 13910 LCT-гену лактази щодо наявності транзиторної непереносимості лактози у дітей раннього віку.

**Висновки.** Причини регургітації у дітей раннього віку є різноманітними: від проявів вікових анатомо-фізіологічних особливостей до патологічних станів, це потребує від практикуючого лікаря комплексного діагностичного пошуку. Перші кроки в діагностиці повинні бути неінвазивними та направлені на аналіз якості та техніки вигодовування дитини (аерофагія, неправильне положення та прикладання до грудей дитини під час годування). Водневий дихальний тест є малоінвазивним, високоспецифічним методом виявлення лактазної недостатності та повинен активно впроваджуватись серед дітей раннього віку, особливо при наявності регургітації.