

## **ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ**

В.Ю. Тюкачёва, О.Н. Проскуракова

Медицинский институт Петрозаводский государственный университет, ООО "Первая детская клиника" г. Петрозаводск

Значимость проблемы острых кишечных инфекций (ОКИ) на сегодняшний день связана как с их распространенностью, так и с высокой частотой неблагоприятных последствий в исходе заболевания. В современной литературе имеется достаточно сведений о частом возникновении у пациентов при и после перенесенной ОКИ нарушений микробиоциноза, дисбаланса иммунной системы, выявлении признаков реактивных изменений ткани поджелудочной железы, функциональных нарушений билиарного тракта, лактазной недостаточности, длительных расстройств функциональной активности пищеварительной системы. Возможно перенесенные ОКИ являются одним из факторов формирования патологии ЖКТ, в том числе синдрома раздраженного кишечника, сочетанное поражение различных отделов ЖКТ.

У детей грудного возраста происходит изменение биоциноза кишечника после перенесенной ОКИ.

У детей старшего возраста на фоне острых кишечных инфекций и сразу после выздоровления - по данным УЗИ выявляются изменения паренхимы поджелудочной железы - отек паренхимы поджелудочной железы, увеличение размеров поджелудочной железы, снижение эхогенности, наличие гиперэхогенных включений. При этом активность панкреатических ферментов (амилаза) остается в пределах нормы.

У пациентов, у которых ранее была выявлена аномалия желчного пузыря в виде наличия перегородок тела желчного пузыря, гипотонии желчного пузыря продолжительность симптоматики острой кишечной инфекции удлиняется. Аномалия формы желчного пузыря могут увеличить продолжительность диспептического и болевого синдрома - и могут стать причиной развития постинфекционных нарушений моторики билиарного тракта после перенесенной ОКИ.

У пациентов на фоне острой кишечной инфекции могут быть выявлены диффузные изменения паренхимы печени в виде неоднородности структуры за счет уплотнения стеной мелких желчных протоков и сосудов, что расценивается в настоящее время как сосудистая реакция печени на внедрение вируса в организм.

Проанализировано 35 случаев обращения детей на фоне или после перенесенной острой вирусной кишечной инфекции. Среди осмотренных 13 мальчиков и 22 девочки, возраст от 1 года до 3 лет - 6 человек, 3-7 лет 16 детей, 7-14 лет - 9 человек, 14-18 лет - 4 человека. 3 человека обратились на 3-й день заболевания, через неделю от перенесенного заболевания 14 человек, через 2-3 недели 12 человек, через месяц и более от перенесенной инфекции 6 человек. У всех детей отмечались боли в животе, у 4-11,4 % детей боли в животе были настолько интенсивные, что возникла необходимость по срочным показанием обратиться в СП, дети были осмотрены хирургом, исключена острая хирургическая патология. У 28 детей - 80% была повторная рвота, расстройства стула отмечалось у 26 детей - 74,2 %, Т субфебрильная - у 17 человек - 48,5% .

Всем детям выполнено УЗИ органов брюшной полости - Диффузные изменения паренхимы печени выявлены у 12 пациентов, диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы выявлены у 3 пациентов, аномалии формы желчного пузыря выявлены у 5 пациентов, спленомегалия у 2 детей. Патологии органов брюшной полости не выявлено у 13 пациентов.

У детей, которые обратились через неделю и более от перенесенной инфекции сохранялись периодические боли в животе, у части больных вздутие живота, чувство тяжести после приема пищи, неустойчивый стул.

Проводилась коррекция симптомов лекарственными препаратами - детям назначались курсы антацидных препаратов, прокинетиков, ферментных препаратов, пребиотиков с положительным эффектом.

Выводы: Исходом острой вирусной кишечной инфекции не всегда является полное выздоровление. После перенесенной острой вирусной кишечной инфекции возможно развитие функциональных расстройств билиарного тракта, поджелудочной железы, кишечника, что требует дополнительного обследования и лечения.