А.М. Татаркіна, О.М. Ольховська, Т.С.Копійченко, Т.Г.Вовк, Л.А. Білоконова, Н.В.Онопко, С.О. Ткаченко, М.С. Зіміна.

 **КЛІНІКО- ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ БАКТЕРІАЛЬНИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ ІНФІКОВАНИХ H. PYLORI**

 Національний медичний університет,

Обласна дитяча інфекційна лікарня, м. Харків.

Численні епідеміологічні дослідження свідчать про високу поширеність хелікобактерного інфікування, як серед дорослих, так і дітей.

З метою встановлення клінічних особливостей та гуморальної ланки імунітету в динаміці патологічного процесу обстежено 146 дітей раннього віку, хворих на бактеріальні КІ в залежності від асоціації з хелікобактерним інфікуванням. Сальмонельоз був діагностований у 49,3%, ешерихіоз та шигельоз – у 29,1% і 21,6% відповідно. Верифікація діагнозу проводилась загальноприйнятими методами дослідження. Одночасно визначали вміст основних класів імуноглобулінів (Ig)А, M і G сироватки крові та секреторного IgA – у копрофільтратах, за відомими методиками. Виділено 2 гр. спостережень: в першу - об’єднали 34 хворих з наявністю фонового інфікування, в другу - 112 хворих, які не мали фонового інфікування. Відмінностей у групах порівняння за статтю та віком не відзначалося. Взимку було зареєстровано 18,6 % випадків захворювання, у весняний, літній періоди та восени – 34,1%, 27,9% і 19,4% відповідно. При цьому у хворих першої гр. було відмічено деяке підвищення кількості випадків захворюваності з жовтня по березень – 61,5%, тоді, як такий показник – 62, 9%- виявлено у хворих другої гр. в період квітень-вересень.

Обтяжливість преморбідного фону була виявлена у 92% хворих. Серед обтяжливих факторів звертали увагу на патологію гастродуоденальної зони у батьків (особливо матері), членів сім’ї, близьких родичів та осіб, що доглядають за дітьми, патологію вагітності, масу тіла при народженні, раннє штучне вигодовування, анемію, прояви алергії, перенесені раніше захворювання, та ін. При порівнянні сімейного та преморбідного стану дітей неінфікованих та інфікованих H. рylori нами встановлено, що несприятливі фактори фонового анамнезу частіше ( Р< 0.05) присутні у хворих з наявністю хелікобактерного інфікування.

 Гастроентероколіт (ГЕК) діагностований у 34% хворих, гастроентерит (ГЕ), ентероколит (ЕК) та ентерит (Е) – у 32%, 20,3% і 13,7% відповідно. Частіше реєструвалися середньо тяжкі форми КІ – 60,6 %, тяжкі та легкі – 32,3 % та 7,1 % відповідно. В першій гр. переважали ГЕК та ГЕ варіанти КІ ( Р< 0.05), у другій реєструвалися практично всі топічні форми з однаковою частотою. Тяжкі форми КІ у групі інфікованих Н. Pylori зустрічалася частіше ( Р< 0.05) у порівнянні з неінфікованими. Агравація симптомів хвороби вже на начальних її етапах у дітей з фоновим інфікуванням сприяла більш швидкому і значущому порушенню водно-електролітного балансу та розвитку симптомів ексикозу у більшості хворих першої групи. У них же перебіг хвороби (тривалість симптомів, ускладнення) був більш несприятливим ( Р< 0.05).

В гострий період хвороби в усіх хворих виявлено підвищення концентрації імуноглобулінів основних класів в сироватці крові та секреторного IgA у копрофільтратах, але більш значне – у другій групі спостережень. В періоді ранньої реконвалесценції у хворих 1-ї групи вище означені розлади гуморального імунітету спостерігалися значно довше (Р<0,05 ) у порівнянні з хворими 2-ї групи спостережень.

Таким чином, КІ у дітей, інфікованих H. рylorі, мають свої клініко-анамнестичні особливості, до яких слід віднести більшу частоту реєстрації клінічних форм з запаленням шлунку, тяжкість та несприятливість перебігу, притаманність сезонності та значну роль обтяжливих факторів. Наявність зазначених особливостей перебігу КІ у інфікованих H. рylorі хворих корегує з неадекватністю антитілогенезу, що, можливо, пов’язане з антигенною перевантаженістю і виснаженням ланки гуморального імунітету.