

УДК: 616-056:615.37

С.С. КАЗАК, Г.В. БЕКЕТОВА

НОВІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ПОЄДНАНОЇ ПАТОЛОГІЇ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ ТА АЛЕРГОДЕРМАТОЗІВ У ДІТЕЙ

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика

Загальновідомо, що на сьогоднішній день, травний канал людини в десятки разів частіше контактує з чужорідними речовинами, ніж дихальний тракт і в сотні разів частіше, ніж шкіра [3]. При цьому, захворювання органів травлення і, зокрема, найбільш поширені з них — хронічні гастродуоденіти (ХГД), є потужним і постійним джерелом atopeniv та біологічно активних речовин [2]. Тому не дивно, що у 30–40 % дітей із ХГД, виявляють алергодерматози (АД) [7].

Відомо, що алергія є одним з важливих патогенетичних чинників формування хронічних захворювань шлунка і 12-палої кишки (ДПК). З іншого боку — функціональний стан травної системи підтримує певний рівень алергізації організму, викликаючи клінічні прояви АД [4].

Лікування дітей з хронічними запально-деструктивними ураженнями гастродуоденальної зони та АД, обтяженими пруріго, рецидивуючими шкірними висипами, супроводжується певними труднощами, які обумовлені необхідністю диференційованого підходу та ретельного вибору лікарських засобів, що зумовлюють потребу зниження медикаментозного навантаження на організм дитини.

У зв'язку з цим пошук нових, найбільш фізіологічних підходів до терапії цього контингенту дітей, безумовно, є актуальним.

З цих позицій, одним із нових напрямків в лікуванні пацієнтів із АД на тлі ХГД, може бути використання в комплексній терапії захворювання, так званих, продуктів функціонального харчування (ФХ).

Поняття “функціональне харчування” було введено японськими вченими в 90-х роках. До ФХ включено “продукти природного походження, які при щоденному вживанні виявляють певний регулюючий вплив на організм вцілому, на функції його окремих органів та систем через нормалізацію якісного і кількісного складу анаеробного компоненту нормальної флори (НФ) людини [9].

Згідно цьому визначенню їх позитивний вплив пов'язаний з певним якісним складом. І перш за все, це наявність живих біфідумбактерій, або пробіотиків і термофільних мікроорганізмів, які сприяють відновленню індигенної флори травного каналу і перешкоджають його надмірній колонізації патогенними, умовнопатогенними (УПМ) (у тому числі і гістаміногенними) мікроорганізмами (ГМ). Окрім цього, до складу ФХ входять міnorні олігосахариди, ейкозапентаєнова і деякі органічні кислоти, що стимулюють ріст індигенної флори травного тракту і діють як пребіотики. Поліненасичені жирні кислоти забезпечують мембраностабілізуючий та жовчо-

гінний ефекти, а харчові волокна мають сорбційну дію. Крім того, продукти ФХ збагачені вітамінами групи А і Є, що діють як антиоксиданти, сприяючи усуненню надмірної активації процесів перекисного окислення ліпідів. Вміст цинку, магнію, марганцю, міді відновлює нормальне функціонування ферментних систем та зменшує порушення порожнинного і пристінкового травлення. Залізо і фолієва кислота забезпечують антианемичну дію, вітаміни групи В підтримують рівень вітамін-В-залежних нормальних симбіонтів травного каналу. Інтегральним опосередкованим ефектом продуктів ФХ є позитивність дії на імунологічну ланку системи колонізаційної резистентності (СКР) травного шляху [9].

Усіма вищеозначеними якостями володіє і суміш “NAN з біфідумбактеріями” (фірма “Nestle”, Швейцарія), яка в повній мірі може бути віднесена до продуктів ФХ. Підкреслимо, що “NAN з біфідумбактеріями”, є високо адаптованою молочною сумішшю. Згідно існуючим рекомендаціям “NAN з біфідумбактеріями” може використовуватись у дітей, як заміник жіночого молока з 6-місячного віку. Враховуючи високу адаптованість суміші, її склад, виключення вірогідності подальшої алергізуючої дії білків коров'ячого молока ми припустили можливість її застосування у дітей старших вікових періодів як варіанту лікувального харчування.

Під спостереженням знаходилося 63 дитини (хлопчиків — 34, дівчаток — 29) у віці від 5 до 15 років з ХГД та поєднаною патологією травного каналу. Діагнози верифіковані згідно з МКБ-10 на підставі комплексного клінічного, інструментального, лабораторно-імунологічного та бактеріологічного обстеження.

В залежності від наявності проявів АД хворі були розподілені на дві репрезентативні групи. В I групу включено 37 пацієнтів з маніфестацією шкірних проявів алергії на тлі загострення запального процесу в шлунку та ДПК. В II-у групу (контрольну) включено 26 дітей без клінічних ознак АД. Всім хворим проведено ретельне вивчення анамнезу та преморбідного стану. Співставлення ефективності комплексної терапії з включенням суміші “NAN з біфідумбактеріями” проведено в I-ій групі хворих (20 пацієнтів). 17 дітей знаходились на звичайній дієтотерапії та отримували базове лікування ХГД.

Базисна терапія на тлі звичайного (стіл № 5) дієтичного харчування включала лікарські засоби (прокінетики, ферменти), при необхідності ерадикаційні схеми та фізіотерапевтичні процедури згідно загальноприйнятим рекомендаціям.

Дози “NAN з біфідумбактеріями” нами розроблені згідно рекомендаціям до фізіологічних потреб дитини в основних

харчових речовинах МОЗ України (1999) з урахуванням якісного вмісту компонентів суміші. Вікові разові дози склали 45 мл для дітей 5–6 років, 60 мл в 7–10 років та 90 мл у 11–15 річних пацієнтів тричі на день протягом місяця.

Об'єктивізація результатів лікування здійснювалась клінічним та інструментально-лабораторним обстеженнями.

Клінічне обстеження дітей проводилося тричі: до лікування, через два тижні і після його закінчення з обчисленням інтегрального показника патології та коефіцієнту порівняльної ефективності терапії (Макеєв С.М., 1986).

Загальноклінічні (аналіз крові і сечі, біохімічні аналізи, копрограмма, дослідження кала на гельмінти і найпростіші), інструментальні (фіброезофагогастродуоденоскопія (ФЕГДС), ультразвукове обстеження (УЗО) органів черевної порожнини, УЗО з жовтогінним сніданком), імунологічне (I-II рівня), імуноферментне і мікробіологічне обстеження (посів мазка з носа, ротоглотки і кала на мікрофлору) проводилося двічі: до і після курсу лікування.

Дані оброблені статистично з використанням пакету програм Math CAD. В роботі прийнято рівень вірогідності $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Відомо, що як ХГД, так і АД відносяться до мультифакторіальних захворювань з обтяженою полігенною спадковістю, яка реалізується при певній взаємодії ушкоджуючого чинника та стану макроорганізму [2].

З'ясування анамнезу виявило низку факторів ризику, які виникли ще в пре- і післянатальному періоді. А саме, у жінок I групи обстежених достовірно частіше визначались ранні та пізні гестози (56,8 % та 38,5 %; $p < 0,05$) та захворювання під час вагітності, і зокрема, ГРВІ, рецидиви герпесу, молочниці статевих органів (56,7 % та 15,3 %; $p < 0,01$). Відповідно цьому у них були вказівки на вірогідно частіший прийом антибіотиків, протівірусних та антифунгальних засобів (18,9 % та 3,8 %; $p < 0,001$), які, як відомо, сприяють формуванню сенсibilізації плоду [3].

Патологічні пологи, хірургічні втручання також ймовірно визначались у жінок I групи (48,6 % та 15,2 %; $p < 0,05$). Вищезазначене стало причиною пізнього прикладання дітей до грудей, хиб в проведенні природного харчування та розвитком, у подальшому, порушень мікроекології травного тракту. Це, в деякій мірі, пояснює більш часте виникнення патології неонатального періоду, таких як ГРВІ, пневмонія, сепсис, молочниці у хворих основної групи (58,1 % та 23,0 %; $p < 0,05$).

Відомо, що обтяжений перебіг пре-, інтра- та постнатального періодів негативно впливає на формування нейроімунно-ендокринної системи дитини, а рання антигенна стимуляція створює умови для розвитку імунологічної толерантності до інфекційних агентів. Вищезазначене є основою для подальшого формування порушень в імунологічній та мікробіологічній ланках СКР з розвитком сенсibilізації, клінічних проявів алергії [3], вогнищ мікстної хронічної інфекції. Подекуди, сукупність бактеріально-вірусно-грибово-паразитарних збудників формує стан певної сенсibilізації, сприяє зниженню загальної резистентності організму дитини, спричиняє підвищене антигенне навантаження та знижує антиінфекційний захист слизових оболонок травного каналу і шкіри.

Підтвердженням цього є часті ГРВІ, бронхіти, пневмонії в ранньому віці у 51,2 % дітей основної та 26,9 % хворих контрольної груп ($p < 0,05$); кишковий дисбактеріоз (62,2 % та 42,3 % в контролі ($p < 0,05$)). Окрім цього, на ранньому штучному вигодовуванні були 64,9 % дітей I та 38,5 % — II груп ($p < 0,05$), що, як відомо, також є причиною розвитку сенсibilізації з формуванням спочатку харчової, а згодом і полівалентної алергії [4]. Саме у хворих основної групи в анамнезі достовірно частіше виявлені шкірні прояви алергічного діатезу (62,2 % та 23,1 % в контролі; $p < 0,001$).

У більш старшому віці, переважна частина дітей основної групи (56,8 % проти 34,6 % в контролі; $p < 0,05$) була віднесена до категорії слабрезистентних. Вони в 2 рази частіше хворіли на гострі кишкові захворювання (13,5 % та 7,6 %; $p < 0,05$), гельмінтози та паразитози (51,4 % та 23,1 %; $p < 0,05$) і, відповідно до цього, приймали більше 10 разів за життя антибактеріальні, протиглистні та протипаразитарні засоби (56,8 % та 34,6 %; $p < 0,05$).

Відомо, що у фізіологічних умовах в системі травлення існує низка бар'єрів, які представлені анатомічними, фізіологічними та імунологічними факторами. В умовах запальних, інфекційних, паразитарних захворювань здійснюється пошкодження цих бар'єрів з формуванням мікроекологічних порушень, сенсibilізацією та алергією [3]. Підтвердженням вищевказаного є достовірно більша частота виявлення мікроекологічних змін травного каналу у дітей основної групи (56,8 % проти 34,6 % в контролі; $p < 0,05$) та виникнення клінічних проявів харчової (50,1 %), медикаментозної (24,3 %) і полівалентної (21,6 %) алергії. Підкреслимо, що харчова алергія займає перше місце в структурі дитячої алергічної патології та в більшості випадків є "стартовою сенсibilізацією", на тлі якої підвищується чутливість до дії алергенів інших груп. Безумовно, що в ранньому віці найбільше значення має саме харчова алергія, а у більш пізні періоди дитинства зростає питома вага інфекційних та інших алергенів з формуванням полівалентної алергії [4].

Таким чином, отримані анамнестичні дані свідчать, що у обстежених хворих мав місце несприятливий перебіг ante-, інтра- та постнатального періодів, пізнє прикладання дитини до грудей, часті захворювання, прояви несприйнятливості харчових продуктів, які сприяють порушенню колонізаційної резистентності травного каналу. На цьому фоні формуються мікроекологічні зміни, сенсibilізація організму, клінічні прояви алергії, ураження багатьох органів та систем організму.

Впродовж обстеження нами визначено, що у більшості дітей з ХГД до патологічного процесу залучається весь травний канал — від ротової порожнини до дистальних відділів кишечника. Окрім ураження травного шляху ці пацієнти мають сукупні захворювання і інших органів системи травлення.

Тому, важливе значення надається секреторно-евакуаторним порушенням гастродуоденальної зони і, зокрема, вони виявлені у 48,6 % хворих основної та 15,2 % контрольної груп ($p < 0,001$) на фоні переважання гіперацидного стану шлунку у двох третин обстежених. Однак, порушення функції олужнення частіше виявлено

в основній групі. Відомо, що наявність кислотно-моторної дискоординації на фоні декомпенсації олужнення у дітей є причиною формування мікроекологічних порушень у шлунку та дванадцятипалій кишці і супроводжуються розвитком деструктивних форм ХГД [7]. Останні виявлені достовірно частіше у хворих основної групи (62,2 % та 19,2 %; $p < 0,001$).

Моторно-евакуаторні розлади жовчовиділення також спостерігались у дітей обох груп (86,5 % та 76,9 %; $p > 0,05$). Однак, їх гіпотонічно-гіпокінетичні форми, що супроводжуються стазом жовчі і формуванням синдрому вторинної мальабсорбції [2], виявлені достовірно частіше у пацієнтів основної групи (59,5 % та 26,9 %; $p < 0,05$). Розвитку мальабсорбції також сприяє і екзокринна недостатність підшлункової залози, яка діагностована тільки у дітей основної групи (10,8 %). Відомо, що синдром мальдигестії та мальабсорбції супроводжується масивним всмоктуванням антигенів з кишечника в кров та підтримує явища алергізації організму [3].

Окрім захворювань травного каналу, у 100 % дітей основної групи проти 43,8 % контрольної ($p < 0,05$) виявлена патологія ЛОР-органів, серцево-судинної (54,2 % та 15,2 %; $p < 0,05$) і ендокринної систем (21,6 % та 3,8 %; $p < 0,001$).

Отримані дані узгоджуються з точкою зору [2, 9] стосовно великого значення локусів хронічного інфікування, таких як множинний карієс зубів, рецидивуючі захворювання ротової порожнини, ЛОР-органів, гельмінтози, персистування інфекційних агентів, патологія жовчовивідних шляхів у формуванні алергії у хворих з ХГД.

Підтвердженням цього є виявлення значної кількості дітей із клініко-гематологічним синдромом еозинофілії саме в основній групі (26,8 % і 7,6 %; $p < 0,001$), який, як відомо, є одним із гематологічних маркерів алергії. Окрім цього, спостерігався також і синдром анемії І ступеню у (24,3 %) хворих основної групи, що в 3 рази більше, ніж в контролі (7,6 %). Наявність клініко-гематологічних синдромів анемії та еозинофілії є, скоріш за все, проявами порушень мікробіоценозу травного каналу на фоні хронічних захворювань не тільки органів травлення, але й інших систем.

Підтвердженням цього, є виявлення у переважної більшості пацієнтів основної групи (73,0 %) та (30,8 %), контрольної ($p < 0,05$); мікроекологічних порушень в носовій порожнині (НП), ротоглотці та кишечнику.

Так, на слизовій оболонці (СО) носу і ротоглотки виявлена надмірна контамінація як монокультурами мікроорганізмів (55,0 % і 41,2 % та 62,2 % і 26,9 % відповідно; $p < 0,05$), так і їх асоціаціями (10,0 % і 5,6 % та 10,8 % і 3,8 %; $p < 0,05$). При цьому, нормальний симбіонт ротової порожнини – *Str. Salivarius* висівався лише у (37,8 %) пацієнтів з АД і (88,5 %) хворих групи контролю ($p < 0,001$). Найчастіше спостережене підвищення висівання концентрацій монокультур, зокрема, стафілококів, стрептококів, нейсерій та кандид. При асоційованих дисбіозах цього локусу переважали стафілококи та грибкова флора. Отримані дані свідчать про зниження місцевої бар'єрної функції лімфоглоткового кільця. Саме цим пояснюють більш часте виникнення уражень ротової порожнини, розвиток хронічної

патології ЛОР-органів у цих пацієнтів та формування АД. Окрім цього, вищезазначене є ще одним фактором ризику не тільки виникнення, але і більш тяжкого перебігу ХГД [1].

В кишечнику у всіх хворих основної групи та у третини дітей в контролі виявлено зниження чи відсутність біфідумбактерій ($p < 0,05$). При цьому відмічено достовірно більш часте (65,4 % проти 32,1 % в контролі; $p < 0,05$) обсіменіння СО цього локусу так званими гістаміногенними мікроорганізмами, зокрема, стафілококами, гемолітичними і неповноцінними у функціональному відношенні кишковими паличками та їх асоціаціями.

Відомо, що збільшення рівню гістаміну виникає як результат декарбоксилювання харчового гістидину у разі зростання ступеню контамінації травного шляху гістаміногенною флорою. Саме у цьому полягає так званий процес гістаміноліберачії, який формує алергічні реакції [4]. Окрім цього, зниження виділення ушкодженою СО кишківника продукції ферменту гістамінази підвищує надмірний рівень гістаміну. В означених умовах алергенами можуть виступати і продукти метаболізму мікроорганізмів [3,10]. А призначення антибіотиків та інших антимікробних засобів, подекуди, сприяє ще більшому дисбалансу мікроекологічного стану організму дитини. Вищезазначене є фоном для інфікування *Helicobacter pylori* (Н.р.) (56,8 % та 34,6 %; $p < 0,05$), вірусом простого герпесу (ВПГ) (51,4 % та 7,6 % ($p < 0,05$), цитомегаловірусами (5,4 % та 3,8 %; $p < 0,05$) та їх асоціаціями. Відомо, що моно- чи мікстинфекція є джерелом масивного вторгнення антигенів в організм дитини з генетично детермінованою реакцією на нефізіологічні субстанції та "пусковим фактором" для імунопатологічних і алергологічних змін [8].

Таким чином, у більшості дітей основної групи виявлені генералізовані мікроекологічні порушення, інфікування бактеріальними та вірусними агентами, що супроводжується алергізацією організму і свідчать про недостатню функціональну активність мікробіологічної ланки системи колонізаційної резистентності травного каналу.

При аналізі стану імунологічної ланки системи колонізаційної резистентності виявлено, що в основній групі показники достовірно відрізнялись від таких у здорових. Відмічена лімфопенія ($1,51 \pm 0,11 \cdot 10^9/\text{л}$ і $1,99 \pm 0,04 \cdot 10^9/\text{л}$ в контролі; та $2,11 \pm 0,10 \cdot 10^9/\text{л}$ у здорових; $p < 0,05$) зниження рівню Т-лімфоцитів (Т-л) ($0,77 \pm 0,06 \cdot 10^9/\text{л}$ і $0,97 \pm 0,08 \cdot 10^9/\text{л}$ в контролі; та $1,15 \pm 0,08 \cdot 10^9/\text{л}$; $p < 0,05$) і Т-супресорів (Т-с) ($0,23 \pm 0,07 \cdot 10^9/\text{л}$ і $0,32 \pm 0,04 \cdot 10^9/\text{л}$ в контролі та $0,39 \pm 0,03 \cdot 10^9/\text{л}$; $p < 0,05$) на фоні збільшення Т-активних лімфоцитів (Т-а) ($0,58 \pm 0,10 \cdot 10^9/\text{л}$ і $0,23 \pm 0,04 \cdot 10^9/\text{л}$ в контролі та $0,25 \pm 0,08 \cdot 10^9/\text{л}$ у здорових; $p < 0,05$). Останні, разом зі зниженням Т-с являються показником алергічного процесу [5].

У дітей основної групи визначались і зміни гуморальної ланки імунитету. Виявлена дисімуноглобулінемія зі зменшенням загального рівню IgA ($1,14 \pm 0,05 \text{ г/л}$ і $1,76 \pm 0,03 \text{ г/л}$ в контролі та $1,82 \pm 0,06 \text{ г/л}$ у здорових; $p < 0,05$) та IgG ($8,7 \pm 0,1 \text{ г/л}$ і $10,8 \pm 0,3 \text{ г/л}$ в контролі та $12,3 \pm 0,6 \text{ г/л}$ у здорових; $p < 0,05$) на фоні знижених концентрацій sIgA слини ($0,51 \pm 0,05 \text{ г/л}$ і $0,89 \pm 0,03 \text{ г/л}$

в контролі та $0,91 \pm 0,03$ г/л у здорових; $p < 0,05$). Означені зміни супроводжувались достовірно більш частими ураженнями порожнини рота та ЛОР-органів на фоні переважання деструктивних форм ХГД та клінічних шкірних проявів алергії. Слід підкреслити, що особливостями патогенезу алергії, являється дефіцит IgA, порушення мікроциркуляції і процесів регенерації. Вказані зміни призводять до ослаблення "бар'єрної" ролі СО травного шляху, порушень мікробіоценозу, що сприяє надмірній контамінації травної трубки патогенною та УПФ. Мікробне обсеменіння травного каналу супроводжується як-би "подвійною атакою" на імунну систему організму в цілому і на його імунокомпетентні структури, зокрема (дія алергенами за рахунок порушення процесів травлення і всмоктування, самими бактеріальними чинниками та їх токсинами з подальшим формуванням полівалентної алергії) [3].

Отже, у дітей з клінічними проявами АД виявлено значні порушення мікробіологічної та імунологічної ланок системи колонізаційної резистентності, що супроводжується зниженням показників загального та місцевого імунітету з генералізованими мікроекологічними змінами.

В ході лікування відмічено значне зниження контамінації травного каналу УПФ і поновлення рівню НФ у дітей, що отримували "NAN з біфідумбактеріями". Позитивна дія застосованого продукту, вірогідно, пов'язана з наявністю в суміші пре- та пробіотиків і вітамінів групи В, які сприяють відновленню індигенної флори та гальмують обсеменіння умовно-патогенними мікроорганізмами.

Окрім покращення функціонування мікробіологічної ланки системи колонізаційної резистентності виявлені позитивні зміни і в її імунологічній ланці. В динаміці спостережено нормалізацію рівню Т-а ($0,31 \pm 0,10 \cdot 10^9/\text{л}$ і $0,54 \pm 0,04 \cdot 10^9/\text{л}$ в контролі; $p < 0,05$; та $0,25 \pm 0,08 \cdot 10^9/\text{л}$ у здорових; $p > 0,05$), Т-с ($0,34 \pm 0,07 \cdot 10^9/\text{л}$ і $0,25 \pm 0,04 \cdot 10^9/\text{л}$ в контролі; $p < 0,05$ та $0,39 \pm 0,03 \cdot 10^9/\text{л}$; $p > 0,05$) на фоні усунення явищ анемії та еозінофілії. Це супроводжувалось значним зменшенням клінічних проявів алергії у дітей, які отримували суміш. В групі лікувального контролю ці зміни були значно меншими на фоні збереження клінічних проявів алергодерматозів.

З нашої точки зору, отримані дані свідчать не тільки про опосередковану імуноотропну активність компонентів "NAN з біфідумбактеріями", але й підтверджують гіпосенсибілізуючий вплив цього продукту ФХ.

Показники клінічної ефективності проведеного лікування дітей з ХГД та АД наведені в табл. 1.

Таблиця 1

Показники клінічної ефективності лікування дітей з ХГД та АД (n = 37)

Групи до лікування	На 15 день лікування			На 30 день лікування		K1-15 день	K2-30 день	K загально
—	ІПП 1	ІПП 2	S1	ІПП 3	S2	—		
Контр.	93,26	33,06	60,20	5,17	27,89			
Основ.	123,13	43,94	79,19	1,22	42,72	1,32	1,53	1,43

Бальна оцінка основних клінічних симптомів у обстежених хворих свідчить, що перебіг захворювання був практично однаковим через два тижні від початку лікування. Однак, після закінчення терапії клінічні прояви захворювання більш, ніж в 4 рази рідше зустрічались у пацієнтів, які отримували ФХ (1,22 проти 5,17; $p < 0,05$).

Коефіцієнт ефективності терапії з використанням "NAN з біфідумбактеріями" склав 1,43. Це свідчить про те, що лікування в групі дітей, які отримували суміш було в 1,43 рази ефективніше, ніж в контролі.

Отже, лікування дітей з ХГД та АД є складною проблемою, вирішення якої потребує тісної співпраці лікарів багатьох спеціальностей, використання найбільш фізіологічних підходів до впливу на основні ланки патогенезу цих захворювань, максимальне зменшення медикаментозного навантаження на організм дитини. Вищезначене, в значній мірі, досягається включенням у комплексну терапію цього контингенту хворих продуктів ФХ, зокрема, "NAN з біфідумбактеріями".

Висновки

1. Перебіг ХГД у 58,3 % дітей супроводжується клінічними проявами алергодерматозів.

2. Особливостями анамнезу дітей з АД є несприятливий перебіг анте-, інтра- та постнатального періодів, пізні прикладання до грудей, переведення дитини на штучне вигодовування з подальшим виникненням значних порушень в мікробіології та імунологічній ланках системи колонізаційної резистентності, формуванням множинних бактеріально-вірусно-грибково-паразитарних вогнищ хронічної інфекції і більш тяжким перебігом ХГД.

3. Застосування у комплексній терапії ХГД у дітей АД продукту ФХ "NAN з біфідумбактеріями" є патогенетично обгрунтованим і супроводжується зменшенням мікроекологічних, імунологічних, гематологічних змін та клінічних проявів алергодерматозів, що підтверджує його опосередкований імуноотропний та гіпосенсибілізуючий ефект.

4. Комплексне лікування дітей з ХГД та клінічними проявами алергодерматозів з включенням "NAN з біфідумбактеріями" ефективніше, ніж базисна терапія в 1,43 рази.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гаращенко Т.И. Обоснование применения бактериальных иммуномодуляторов для профилактики и лечения заболеваний верхних дыхательных путей // Укр. медичний часопис. – 1999. – № 1. – С. 27–30.
2. Запруднов А.М., Григорьев К.И. Гастроэнтерологическая патология в клинике детских болезней. // Росс. вестник перинатологии и педиатрии. – 1993. – № 4. – С. 25–29.
3. Ласица О.І. Основні положення щодо діагностики і лікування atopічного дерматиту // Матеріали до консенсусу "Діагностика та лікування atopічного дерматиту". – 2000. – 10 с.
4. Ласица О.И., Сидельников В.М. Диатезы у детей. – Киев: Здоровья, 1991. – С. 30–54.
5. Лебединский Л.А., Романенко В.Н. Алергический компонент в патогенезе рецидивирующего генитального герпеса // Журнал дерматологии та венерологии. – 1998. – № 2(6). – С. 22–31.
6. Синицын М.В., Медведева С.Ю. Геликобактериоз и atopический дерматит у детей. // Росс. журнал кожных и венерических болезней. – 1998. – № 1. – С. 22–26.
7. Суховатых Т.Н., Дюбкова Т.П., Пуляева Э.Г. Клинико-эндоскопическая характеристика гастродуоденальной патологии у детей с

- аллергическими заболеваниями кожи // Педиатрия. – 1994. – № 1. – С. 23–27.
8. Торопова Н.П., Сафронова Н.А., Гордеева Л.М. Паразитарная фауна кишечника у детей, страдающих atopическим дерматитом. Аспекты диагностики и патогенеза (сообщение 1) // Росс. журнал кожных и венерических болезней. – 1998. – № 1. – С. 27–33.
9. Шендеров Б.А. Роль анаэробных неспорообразующих бактерий в поддержании здоровья человека // Вестник Росс. АМН. – 1996. – № 2. – С. 8–11.
10. Чернушенко Е.Ф. Актуальные вопросы иммунокорригирующей терапии при аллергических заболеваниях // Астма и аллергия. – 2002. – № 1. – С. 37–41.

НОВІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ПОЄДНАНОЇ ПАТОЛОГІЇ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ ТА АЛЕРГОДЕРМАТОЗІВ У ДІТЕЙ

С.С. КАЗАК, Г.В. БЕКЕТОВА

Резюме

У статті представлені результати анамнестичного та клініко-параклінічного обстеження 63 дітей у віці від 5 до 15 років із хронічними захворюваннями органів травлення.

Оцінена ефективність включення в їх комплексну терапію продукту функціонального харчування «NON with Bifidum-bacteriums».

NEW APPROACHES TO THE TREATMENT OF CHILDREN SUFFERING FROM CHRONIC DISEASES OF DIGESTIVE ORGANS AND ALLERGIC DERMATOSES

S.S. KOZAK, G.V. BEKETOVA

Summary

In the article represented the results of anamnestic and clinico-paraclic examination of 63 children from 5 to 15 years of age suffering from chronic diseases of digestive organs.

There has been an estimation of the effectiveness of including the product of functional feeding «NON with Bifidumbacteriums» into the complex therapy.

УДК: 616.248-053.2:614.24

Л.В. БЕШ, В.Р. УСЬКА

ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОЇ ОСВІТНЬОЇ ПРОГРАМИ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ І ПЕРЕБІГ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького
Львівський міський дитячий алергологічний центр

Протягом останніх років у різних країнах створюються спеціальні навчальні програми для хворих на бронхіальну астму (БА). Більшість дослідників вважає, що оптимізація освітніх програм для пацієнтів та їх оточення — шанс до зниження госпіталізацій і смертності [1, 3, 5].

Нині не існує ідеальної остаточно опрацьованої освітньої програми. Кожна продовжує переоцінюватися, допрацьовуватися та апробуватися знову [4]. Робота з дітьми — особливо складна, адже дитина росте, змінюються її свідомість, світогляд і рівень знань, звідси впливає і проблема багаторакурсного і різнопланового навчання. З іншого боку, як відомо, хвора дитина ніколи не є самотньою. Поруч з нею завжди її сім'я й оточення, які прагнуть, можуть і повинні допомогти дитині адаптуватися до ситуації, пов'язаної з хворобою. Нами зроблена спроба розробити програму, яка націлена на те, щоб не лише медичний персонал, але й вихователі і особливо батьки брали активну участь у навчанні дитини.

Метою нашої роботи було підвищення ефективності лікування і якості життя дітей шляхом розробки комплексної цілісної освітньої програми для дітей, хворих на бронхіальну астму та їх оточення.

Матеріали і методи дослідження

Для досягнення поставлених у роботі цілей нами обстежено 180 дітей хворих БА різного ступеня важкості віком від 3-х до 16-ти років з тривалістю захворювання від 1 до 13 років. З них 61,3 % становили дівчатка, 38,7 % — хлопчики. 90 дітей прийняли участь в освітній програмі і склали основну групу, в контрольну групу також увійшло 90 дітей. Дітей підібрали таким чином, щоб обидві групи були ідентичними за віком, статтю, давністю і важкістю захворювання.

Комплексна освітня програма реалізувалася у таких напрямках:

1. Освітня робота з дітьми із застосуванням ігрового методу навчання. Заняття проводились щоденно під час шкільних канікул.

2. Освітня робота з дорослими — забезпечення активної позиції оточення шляхом навчання родичів, медичного персоналу, персоналу дитячого садка, вихователів в алергологічному стаціонарі.

3. Астма-школа. Заняття з дорослими проводились 1 раз на тиждень протягом 2,5 місяців.

4. Астма-клуб. Батьки, які закінчили астма-школу, мали можливість продовжити навчання в астма-клубі. Зустрічі в клубі проходили регулярно — один раз на 3-4 міс.