

фоцитів – $(31,15 \pm 7,30)\%$. Вірогідною була різниця у кількості даних формених елементів крові, а саме: у дітей із переважанням парасимпатичного відділу ВНС була нижчою кількість еритроцитів та лейкоцитів, вищою – лімфоцитів, відносно дітей із еутонією та симпатикотонією, $p < 0,05$. Різниця у кількості паличкоядерних та сегментоядерних нейтрофілів, базофілів, еозинофілів та моноцитів не була вірогідною, $p > 0,05$.

Згідно даних іонограми у 59,3% дітей траплялась гіпокальціємія та у 66,7% – гіпонатріємія, рівень калію у всіх пацієнтів знаходився у межах референтних показників. Середній показник кальцію для дітей із еутонією становив $(2,12 \pm 0,12)$ ммоль/л, із ваготонією – $(1,99 \pm 0,06)$ ммоль/л, із симпатикотонією – $(2,23 \pm 0,08)$ ммоль/л. Вірогідно вищим був рівень кальцію у дітей із переважанням симпатичного відділу ВНС щодо решти, $p < 0,05$. Рівень натрію при еутонії – $(123,50 \pm 3,07)$ ммоль/л, при ваготонії – $(123,16 \pm 4,26)$ ммоль/л, при симпатикотонії – $(125,21 \pm 4,13)$ ммоль/л, $p > 0,05$. Калієво-кальцієвий індекс був вірогідно вищим у дітей із ваготонією $(1,91 \pm 0,10)$ відносно дітей із еутонією $(1,73 \pm 0,06)$ та симпатикотонією $(1,63 \pm 0,08)$, $p < 0,05$.

Зниження рівня кальцію, у дітей із СВД, ймовірно пов'язано із зростаючою потребою саме у період активного росту дитячого організму на фоні вегетативної дисфункції. Гіпокальціємію у підлітковому віці слід розглядати як показник напруження загального адаптаційного синдрому [3].

Нижчі показники натрію при вегетативній дисфункції можуть бути пов'язані із підвищеним потовиділенням дитини, а також реагуючим на стрес (у більшості випадків причина маніфестації проявів СВД) виробленням більшої кількості антидіуретичного гормону.

Висновки. У дітей із СВД встановлено наявність дисбалансу мікроелементів. Найчастіше траплялись випадки гіпокальціємії та гіпонатріємії у осіб із переважанням парасимпатичного відділу ВНС, що вимагає відновлення рівня іонів, шляхом збалансування харчування дітей та включення відповідних медикаментозних засобів до комплексного лікування СВД з метою ангіо та нейропротекції.

Література:

1. Вегетативний індекс Кердо: Індекс для оцінки вегетативного тону, вичисляємий із даних кровообігу / Перевод с німецького Минвалеева Р.С. // Спортивна медицина. – 2009. – № 1-2. – С. 33-44.
2. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / под ред. А.М. Вейна. – М.: Медицинское информационное агентство, 2000. – 752 с.
3. Квапніна Л.В. Субклінічна гіпокальціємія та її вплив на формування здоров'я дітей шкільного віку / Л.В. Квапніна // Здоров'я України. – 2007. – № 18/1. – С. 70-72.

4. Клінічна ефективність препарату «Імуно-тон» при лікуванні хворих із синдромом вегетативної дистонії / І.М. Кліщ, М.А. Юрчак, Н.Я. Климнюк [та ін.] // Фармацевтичний часопис. – 2007. – № 2. – С. 72-78.

5. Леженко Г.О. Вегетативні дисфункції у дітей. Патогенез, діагностика і терапевтична тактика / Г.О. Леженко, О.Є. Папкова // Дитячий лікар. – 2011. – № 4. – С. 20-32.

6. Майданник В.Г. Вегетативні дисфункції у дітей: нові погляди на термінологію, патогенез та класифікацію / В.Г. Майданник, В.Д. Чеботарьова, В.Г. Бурлай, Н.М. Кухта // ПАГ. – 2000. – № 1. – С. 10-12.

7. Майданник В.Г. Клініко-патогенетична характеристика вегетативних дисфункцій та їх лікування у дітей / За ред. проф. В.Г. Майданника. – Суми: Сумський державний університет, 2013. – 173 с.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБІОТИКА БІОГАЯ ПРИБІ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕННЯХ КИШЕЧНИКА У ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ

Юрків О. І.

кандидат медичних наук, асистент

кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти

Буковинського державного медичного університету

м. Чернівці, Україна

В сучасних умовах одним із найбільш розповсюджених патологічних станів у дітей є порушення складу та функції мікрофлори товстої кишки, які виникають під впливом різних несприятливих факторів. У дітей раннього віку дисбіотичні порушення вишикають частіше, ніж у дорослих, що визначається морфо-функціональною незрілістю шлунково-кишкового тракту в цей віковий період. Існує точка зору, що тяжкі клінічно значимі форми дисбіотичних порушень у перші роки життя можна розцінювати як передумови до розвитку запальних захворювань кишечника [1, с. 177; 2, с. 129]. У новонароджених і дітей раннього віку транзиторна імунна недостатність є біологічною закономірністю, що здебільшого стосується гуморального імунітету. О.В. Лебедева [3, с. 96] у своїх публікаціях відмічає, що на момент закінчення неонатального періоду 87% дітей не мають нормально сформованого мікроекологічного середовища кишечника, тому дисбіоз кишечника у дітей грудного віку зустрічається досить часто.

Найкращим продуктом харчування для дитини після народження є материнське грудне молоко. Завдяки селективній дії присутніх у материнському

молозиві/молоді специфічних біфідогенних субстратів, специфічних глобулінів всіх класів і неспецифічних захисних факторів, у дітей в періоді новонародженості формується унікальний спектр біфідуальної мікрофлори, яка складає 85-95% всього мікробного пейзажу [4, с. 8; 5, с. 53; 6, р. 1768]. За відсутності грудного материнського молока в останні роки серед заходів профілактики та лікування порушень кишечника все більша увага приділяється функціональному харчуванню, яке не тільки збалансоване за всіма нутрієнтами, але й має оздоровлюючі та імунорегуляторні властивості, перш за все завдяки оптимізації мікроекологічного середовища [7, с. 50]. Найбільшого значення на сьогодні набувають продукти функціонального харчування, збагачені омега-3 ДЛ ПНЖК та пробіотиками [8, с. 85]. Пробиотичні препарати широко використовуються в сучасній педіатрії при лікуванні окремих клінічних симптомів і патологічних станів, які супроводжуються порушеннями мікробіологічного середовища організму, а саме, гастроентерологічних, бронхолегеневих, урогенітальних захворювань, а також аліментарнозалежних, алергічних та аутоімунних станів [9, с. 122].

Нами проведено комплексне обстеження 25 дітей віком 5-6 місяців життя з порушеннями функціонального стану кишечника. На момент огляду у всіх дітей спостерігались клінічні симптоми порушень функціонального стану кишечника, а саме: закрепи – у 32,0%, схильність до розрідження випорожнень – у 16,0%; ознаки метеоризму зі здуттям живота, кишковими кольками та характерною позою дитини з приведеними ніжками до живота – у 28,0% випадків. Порушення апетиту мали 20,0% дітей; у 4,0% відмічался зригування. Окрім того, макроскопічно у випорожненнях дітей були слиз та пепертравлені залишки їжі. У 16,0% дітей спостерігалися неспокій та постійний плач. Діти методом сліпої рандомізації були розподілені на дві групи, з яких відповідно до поставленої мети, I групу склали 13 дітей, яким у комплексі лікування було застосовано препарат БіоГая, II групу – 12 дітей, які отримували загальноприйнятну симптоматичну терапію. Пробиотик БіоГая, використаний для лікування дисбіотичних порушень у дітей, має антагоністичну дію відносно патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів у травному каналі, регулюючий та підтримуючий вплив на процеси травлення та рівновагу мікрофлори кишечника. Крім того, препарат має імуностимулюючу дію, що забезпечується вмістом *Lactobacillus reuteri protectis* (*L. reuteri*), яка здатна до розщеплення лактози, продукуючи молочну та оцтову кислоти. Присутність у складі *L. reuteri* сприяє утворенню речовини реутерин та інших антимікробних субстанцій, що мають антагоністичну активність відносно патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів. Імуностимулюючий вплив *L. reuteri* пояснюється здатністю до активації імунної системи кишечника як першої лінії імунного захисту організму. Пробиотик БіоГая призначався дітям I групи по 5

крапель 1 раз на добу щоденно перорально з попереднім розведенням шляхом додавання теплого молока (або іншої рідини). Тривалість курсу лікування складала 21 день.

Додаткові методи обстеження дітей груп порівняння включали: визначення показників альфа-1-антитрипсину (А1-АТ), альбуміну та секреторного імуноглобуліну А (sIgA) у випорожненнях, а також спектр мікробіоценозу кишечника до- та після лікування. Аналіз отриманих даних вказує на значне зниження вмісту біфідобактерій, підвищений вміст пептострептококів, кишкової палички та стафілококів у дітей на початку лікування. У копрофільтраті дітей груп порівняння на фоні порушень функціонального стану кишечника було виявлено підвищення рівнів альбуміну, А1-АТ та sIgA, що свідчить про порушення пристінкового всмоктування та вказує на підвищення проникливості кишкової стінки, місцеву втрату білка та на місцеве запалення [10, с. 60].

Наприкінці лікування діти I групи мали більш значну позитивну динаміку порівняно з дітьми II групи. У них значно зменшились прояви неспокою та роздратованості – відповідно 10 дітей (76,9%) та 2 дитини (16,7%), $p < 0,05$. Зригування, неспокій, плач під час прийому їжі, порушення апетиту зберігалися лише у дітей II групи. Значно зменшилися за умов прийому препарату БіоГая у дітей I групи клінічні прояви дисфункції кишечника, а саме, змінився характер та частота випорожнень – 12 дитини (92,3%); при цьому, більший синдром зі здуттям кишечника зберігався лише у дітей II групи – 11 випадків (83,0%). Більш значною у дітей I групи за період спостереження була також прибавка маси тіла. Діти цієї групи були більш комунікабельними, позитивно реагували на огляд, у них покращились поведінкові реакції.

Відносно покращилися на фоні лікування також показники мікробіоценозу кишечника. У дітей I групи, порівняно з II групою, значно вищим після лікування був рівень біфідобактерій, нижчим – рівень пептококів, пептострептококів та кишкової палички. Стафілококи, протей та гриби роду *Candida* виявлені у копрофільтраті лише у дітей II групи. Таким чином, у дітей на фоні використання препарату БіоГая, одночасно зі зменшенням клінічних ознак патології, відзначено стабілізацію мікроекологічного середовища кишечника. У групі дітей, які приймали запропоноване лікування зі застосування препарату БіоГая, значно нижчим, порівняно з іншою групою, були рівні альбуміну та А1-АТ, що вказує на зменшення активності місцевого запалення та зниження проникливості кишечного епітелію. Окрім того, у копрофільтраті дітей I групи нами відмічено суттєве зниження рівню sIgA. Зважаючи на цей факт, мабуть слід зробити висновок, що застосування вказаного пробіотику надає змогу моделювати місцеву захисну реакцію слизової стінки, а також, побічно, відновити активність протеолітичних ферментів кишечника.

Література:

1. Шадрін О.Г. Опыт применения сирона «Пиковит» у детей раннего возраста с органическими заболеваниями кишечника / О.Г. Шадрин, С.В. Дюкарева, Т.Г. Остапчук, И.А. Грегуль // Современная педиатрия – 2010. – № 4(32) – С. 176-179.
2. Фадеевко Г.Д. Нарушение кишечного микробиоценоза и его коррекция при воспалительных заболеваниях кишечника на основе доказательной медицины / Г.Д. Фадеевко // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – Т. 53, № 3. – С. 127-132
3. Лебедева О.В. Формирование микробиоты толстой кишки у здоровых новорожденных в условиях Европейского севера / О.В. Лебедева, Т.А. Бажукова // Медицинский академический журнал. – 2007. – № 7(4). – С. 93-100.
4. Хан Э.Р. Особенности иммуномикробиологических факторов у новорожденных детей при перинатальной патологии / Э.Р. Хан, Т.Б. Сенцова // Российский педиатрический журнал. – 2002. – № 2. – С. 7-10.
5. Петребенко О.К. Питание и развитие иммунитета у детей на разных видах вскармливания // Педиатрия. – 2005. – № 6. – С. 50-56.
6. Grönlund M.M. Maternal breast-milk and intestinal bifidobacteria guide the compositional development of the Bifidobacterium microbiota in infants at risk of allergic disease / M.M. Grönlund, M. Gueimode, K. Laitinen, et al. // Clin Exp Allergy. – 2007. – № 37(12). – P. 1764-72. Epub 2007 Oct 16.
7. Отт В.Д. Эффективная алиментарная коррекция лечебно-профилактических рационов детей с заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта / В.Д. Отт, О.М. Муквич // Педиатрия, акушерство, гинекология. – 2004. – № 5. – С. 48-52.
8. Шадрін О.Г. Функціональні порушення та хронічні запальні захворювання кишечника у дітей раннього віку / О.Г. Шадрин, Р.В. Марушко, Т.С. Брюзіна, В.Л. Місник, О.В. Муквич // Современная педиатрия – 2010. – № 6(34) – С. 82-87
9. Місник В.Н. Современные возможности диетической коррекции функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта у детей первых месяцев жизни / В.Н. Місник, В.Д. Отт // Перинатология и педиатрия. – 2008. – № 2(34). – С. 120-123.
10. Белоусова О.Ю. Синдром раздраженного кишечника в детском возрасте: особенности формирования, клинической симптоматики, диагностики и дифференциальной диагностики // Врачебная практика. – 2003, № 6. – С. 57-63.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ У ПІСЛЯЕРАДИКАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ФІТОЗАСОБУ «АЛЬТАН» У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ГАСТРОДУОДЕНІТИ, ЩО ПОТЕРПІЛИ ВНАСЛІДОК АВАРІЇ НА ЧАЕС

Яцкевич О. Я.

кандидат медичних наук, асистент кафедри внутрішньої медицини № 1, лікар-терапевт, ендоскопіст

Абрагазович У. О.

кандидат медичних наук, доцент кафедри внутрішньої медицини № 1 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, лікар-терапевт, ревматолог

Яцкевич З. В.

лікар-терапевт, Заслужений лікар України, керівник Міського Черніобільського центру комунальної 4-ої міської клінічної лікарні м. Львова м. Львів, Україна

Серед пацієнтів, що потерпіли внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, у віддаленому періоді одними з найпоширеніших захворювань органів травлення, зокрема пептичні виразки шлунка чи дванадцятипалої кишки, хронічні гастродуоденіти [1, 3]. Причинами їх виникнення, окрім інфекції *Helicobacter pylori*, є й інші чинники Чорнобильської катастрофи [5]. У багатьох пацієнтів ерадикація гелікобактерійної інфекції не дає повної клініко-морфологічної ремісії [4], що потребує продовження лікування. Тому зацікавлені ситуаціями щодо ефективності лікарських засобів, що застосовують пацієнти-чорнобильці на цьому етапі.

Мета роботи. З'ясувати ефективність застосування у післяерадикаційному періоді фітозасобу «Альтан» у комплексному лікуванні хворих на хронічний ерозивний гастродуоденіт, що потерпіли внаслідок аварії на ЧАЕС.

Матеріали та методи. Під нашим проспективним спостереженням у Міському Черніобільському центрі м. Львова знаходилось підібраних у рандомізований спосіб 40 попередньо стратифікованих за статтю чоловіків, потерпілих внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, у віці від 45 до 56 років, із хронічним гелікобактеріозом (позитивним результатом тестування на наявність гелікобактеріозу в дванадцятипалій кишці) гастродуоденітом зі збереженою кислотоутворюючою функцією шлунка, з наявністю диспептичного синдрому. Діагнози були встановлені на основі клінічних протоколів, затверджених МОЗ України [2]. Після курсу ерадикації *Helicobacter pylori* (згідно Маастрихтського консенсусу-4, 2010 року), усі пацієнти продовжували приймати омега-3 0,02 (по 1 капсулі двічі на день). У дослідній групі (ДГ) з 20 хворих (100%) застосовували фітопрепарат «Альтан» (комплексний засіб із шиповника