



слизової оболонки, що призводить до поступлення алергенів у кров; вживання макро- і мікроелементів, зокрема заліза (обкрадання макроорганізму).

Вченими встановлено кореляційний зв'язок між ступенем засівання слизової оболонки НР та шкалою SCORAD: за наявності НР рецидивуючий перебіг atopічного дерматиту носить безперервний характер, ремісії майже не спостерігається (Liutu M., 2009); доведено, що запальний процес у шлунково-кишковому тракті, асоційований із НР, може слугувати причиною виникнення хронічної кропив'янки, яка за різними даними у 47 % випадків поєднується з НР-інфекцією, у 50 % - наявністю антитіл до високоафінного рецептору IgE, у 12-20 % - з антиуреїдними антитілами. Так, у 40 з 107 дітей із хронічною кропив'янкою діагностували антитіла класу IgG до НР, тоді як активний гастрит діагностовано було лише у 30 НР-позитивних пацієнтів (Corrado, 2012); встановлено асоціацію між хронічною кропив'янкою, аутоімунним тиреоїдитом та інфікуванням CagA(+) штамами НР (Wustlich, 2012); у 62% дітей із харчовою алергією та 58 % осіб із atopічним дерматитом діагностовано антигелікобактерні антитіла. Виникає питання щодо механізму виникнення позашлункових проявів у дітей за наявності НР: це є результат порушення цілісності епітеліального шару слизової оболонки шлунково-кишкового тракту з подальшим проникненням алергенів та розвитком алергічних захворювань (atopічний дерматит, харчова алергія, хронічна рецидивуюча кропив'янка) чи розвиток імунної відповіді, опозиційної формуванню алергічного фенотипу?

Отже, багаточисельні літературні дані щодо взаємозв'язку гелікобактеріозу з виникненням позашлункової патології носять суперечливий та неоднозначний характер: немає достовірних доказових даних, однак редукція симптомів на тлі антигелікобактерної терапії спонукає до подальшого проведення досліджень з метою пошуку раціональних підходів у вирішенні проблеми.

Сокольник С.О.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРОПРАНОЛОНУ (АНАПРИЛІНУ) В ЛІКУВАННІ МАЛЮКОВИХ ГЕМАНГІОМ

*Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
Вищого державного навчального закладу України
«Буквинський державний медичний університет»*

Гемангіоми - доброякісні пухлини судин, що трапляються в десятки зі ста малюків, з'являються переважно в термін від перших 2 тижнів до 2 місяців після народження, хоча в частини дітей – вже при народженні. Впродовж першого року життя гемангіоми активно ростуть. Несвоєчасне лікування призводить до проростання в навколишні органи з безповоротним порушенням їх функцій (зір, дихання, травлення, функції статевих органів). Виділяють поодинокі та множинні гемангіоми, вони здатні до утворення виразок, інфікуватися, кровоточити, уражати внутрішні органи. Після року життя дитини гемангіоми припиняють ріст і вже не становлять небезпеки для життя і здоров'я дитини. Деякі гемангіоми не вимагають лікування і до 5-8 років можуть повністю або частково розсмоктатися. Проте розраховувати на це - означає ризикувати здоров'ям дитини. Якщо гемангіома розташована в критичній ділянці (біля вуха, ока, рота, носа, молочної залози, статевих органів), лікувати її слід якомога раніше.

Метою нашого дослідження була оцінка ефективності та безпеки застосування препарату групи неселективних β-блокаторів пропранололу (анаприліну) в лікуванні малюкових гемангіом.

У період з 2015 по 2017 рр. нами проліковано 68 пацієнтів з малюковими гемангіомами віком від 3 тижнів до 1,5 років. З них хлопчиків – 20 (29,4%), дівчаток – 48 (70,6%). Усім пацієнтам перед початком лікування проводилось комплексне обстеження: ЕКГ, ЕхоКс, консультація кардіолога, визначення рівня глюкози крові, УЗ-дослідження, фотофіксація пухлинного утворення. Застосування пропранололу проводили в два етапи: підготовчий та базисний. Підготовчий полягав у поступовому введенні препарату (1/4 від необхідної добової дози в 3 прийоми) з наростанням дози (9 днів) та виведенням її до базової 2 мг/кг/добу (базисний етап). Препарат пацієнти приймали до досягнення 1-1,5-річного віку.

Упродовж усього курсу терапії анаприліном нормальні показники ЕКГ відмічалися у 56 (82,4%) пацієнтів, легкий ступінь брадикардії у 12 (17,6%) пацієнтів. Змін з боку дихання в процесі лікування не виявлено. Порушення сну, практично в усіх пацієнтів, не спостерігалось. Усім батькам, перед початком прийому препарату, наголошувалося про необхідність суворого контролю годування дитини в зв'язку з можливістю розвитку гіпоглікемії, тому протягом усього курсу лікування зниження рівня глюкози в дітей не відмічалось. За весь час лікування показів для відміни терапії пропранололом (анаприліном) у жодного пацієнта з малюковими гемангіомами не було. В результаті проведеного курсу терапії препаратом пропранолол (анаприлін), хороші результати було досягнуто через 1 місяць у 9 (13,2%) хворих, через 4 місяці у 59 (86,8%) дітей та через 9 місяців у 66 (97%) пацієнтів. Отже, медикаментозне лікування малюкових гемангіом з використанням препарату пропранолол (анаприлін) показало себе як ефективний, безпечний та перспективний консервативний спосіб лікування.