

Е.А. Будрейко

СНИЖЕНИЕ АППЕТИТА И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ЭНДОКРИНОЛОГА

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины», г. Харьков, Украина

Цель: изучить эффективность применения препарата «Триметабол» с целью улучшения аппетита у детей и подростков с эндокринопатиями.

Пациенты и методы. Обследовано 36 детей в возрасте 10–15 лет без признаков хронической патологии ЖКТ и гастроэнтерологических осложнений со снижением аппетита на фоне различной эндокринной патологии. Всем пациентам проводилось комплексное обследование и патогенетическое лечение, в т.ч. заместительная гормонотерапия. 21 ребенок (первая группа) дополнительно получал Триметабол в дозе 5 мл три раза в день в течение месяца.

Результаты. На фоне терапии у больных обеих групп зафиксирована положительная динамика проявлений основного заболевания, в том числе гормональных и биохимических показателей. У всех больных первой группы улучшился аппетит, у 28,6% наблюдалась его полная нормализация. Во второй группе улучшение аппетита произошло только у 40,0% больных.

Выводы. Применение Триметабола у больных с эндокринопатиями и сопутствующим снижением аппетита приводит к его улучшению или нормализации, что сопровождается положительной динамикой показателей физического развития. Это свидетельствует о целесообразности включения препарата в комплексную терапию основного эндокринного заболевания.

Ключевые слова: эндокринные заболевания, дети, снижение аппетита, Триметабол.

Введение

Гармоничное развитие ребенка в значительной степени определяется нормальными темпами физического развития, которое неразрывно связано с балансом расходования и поступления пищевых веществ. Известно, что у детей и подростков, т.е. в растущем организме, имеются принципиальные особенности метаболических процессов, которые состоят в следующем [5,9]:

1. Синтез роста, преобладание анаболических процессов над катаболическими, положительный баланс азота при условии рационального вскармливания и питания детей. При этом доминирующая на ранних этапах генная регуляция роста и обменных процессов дополняется в развитии возрастающей ролью нейроэндокринной регуляции.

2. Изменения структуры и функции белков, в том числе белков-ферментов, переключение синтеза функциональных белков с «детского» на «взрослый» тип. Это обеспечивается генами переключения, или Switch-генами.

3. Увеличение с возрастом энергообеспечения организма путем депонирования гликогена и жира в тканях. Наряду с увеличением мышечной массы это сопровождается уменьшением относительного объема внеклеточной жидкости, образующей внутреннюю водную среду организма. При этом обеспечивается абсолютное постоянство ее ионного состава и рН, что К. Бернар определил как главное условие свободной жизни, независимой от внешней среды (гомеостаз).

В сущности, все основные особенности патологии обмена веществ и энергии у детей связаны с нарушениями генной и нейроэндокринной регуляции роста, развития и метаболизма.

Жизненно важным условием для растущего организма является вскармливание и питание, причем концепция акад. А.А. Покровского о сбалансированном питании приобретает в детском возрасте особый оттенок — питание детей должно быть сбалансировано в соответствии с их возрастными потребностями в основных пищевых ингредиентах и адаптировано к их функциональным возможностям усвоения, всасывания, толерантности. Боль-

шое значение при этом имеет естественная потребность в употреблении пищевых веществ — аппетит [4].

Аппетит — это желание приема пищи. В отличие от голода, который возникает при истощении запаса пищевых веществ в организме ниже определенного установленного уровня, аппетит может сохраняться даже после удовлетворения голода. На аппетит сильно влияют эмоции, наличие или отсутствие привлекающих или, наоборот, отвлекающих стимулов различного рода предпочтения. Аппетит — очень широкий и универсальный критерий состояния здоровья ребенка. Чаще жалуются на понижение, чем на повышение аппетита, хотя оба эти состояния требуют одинакового внимания. Одними из самых частых жалоб родителей являются отсутствие аппетита у детей, плохой аппетит или капризы в еде.

Голод — это ощущение необходимости приема пищи, которое может сопровождаться сложным комплексом проявлений, включая муки голода, досрочное слюнотечение и активацию поведенческих реакций поиска пищи. В целом голод представляет собой болезненное состояние, неприятное сочетание ощущений, которые по мере усугубления приобретают психопатологический характер.

Сытость означает отсутствие желания есть, появляющееся после приема пищи.

Анорексия (anorexia) — нежелание или отказ от приема пищи, снижение аппетита (hyporexia). Анорексию определяют как состояние, при котором физиологические сдвиги, обычно вызывающие чувство голода, сохраняются, но все возникающие сигналы не реализуются в пищевое поведение. Ее не следует смешивать с **ситофобией** — боязнью приема пищи из-за возникающих при этом болей или сопутствующего еде чувства дискомфорта. Ситофобия является классическим симптомом при язве желудка, регионарном энтерите или ишемии кишечника. Жалобы родителей на плохой аппетит у ребенка всегда требуют критического отношения. Если ребенок хорошо развивается, нормально упитан, активен физически и психически, хорошо переносит нагрузки, здоров, то снижение аппетита у него связано не с какими-либо органическими

нарушениями, а, скорее всего, с психогенными воздействиями, чаще с конфликтами между матерью и ребенком.

Анорексия развивается при многих заболеваниях и по сути сама по себе не имеет большой диагностической ценности. Однако длительные нарушения аппетита имеют существенное значение для диагностики при сопоставлении этого симптома с другими данными.

Анорексия у новорожденных часто наблюдается при перинатальных поражениях центральной нервной системы, при аминоацидуриях, интоксикации при общих заболеваниях (пневмонии, сепсисе, пиелонефрите, отите и др.), у ослабленных и недоношенных детей, при врожденных дефектах полости рта. У детей первого года жизни снижение аппетита (отказ от груди) возникает в начале острых заболеваний (пневмонии, кишечные инфекции и др.), при кишечном дисбактериозе, железодефицитной анемии, гипервитаминозе D, нервно-артритическом диатезе, отите и др.

У детей дошкольного и школьного возраста снижение аппетита развивается при однообразном питании и гиповитаминозах, острых и хронических инфекциях, тяжелых анемиях, эндокринных дисфункциях, интоксикациях, нервно-артритическом диатезе, недостатке движений и др.

Значительна частота невротической формы анорексии, формирующейся при насильственном кормлении. Попытка насильственно накормить ребенка, чтобы восстановить массу тела после перенесенного заболевания, закрепляет отрицательный условный рефлекс. Аппетит у ребенка может снижаться вследствие волнения перед посещением детского сада или школы, приема перед едой сладостей или чрезмерного количества молока в качестве питья, а также кормления ребенка, увлеченного игрой. Изменение аппетита может быть избирательным при непереносимости фруктозы (дети отказываются от фруктов, сладостей, содержащих большое количество фруктозы) [7,8].

Регуляция аппетита. В соответствии с современными концепциями, в гипоталамусе локализованы два взаимосвязанных центра, регулирующие аппетит: центр насыщения — в вентро-медиальном гипоталамусе и пищевой центр — в латеральном гипоталамусе. В нейронах, образующих центр насыщения, имеются глюкорецепторы. Постпищевая гипергликемия, воспринимаемая этими рецепторами, вызывает активацию этого центра; активация центра насыщения подавляет активность пищевого центра. Поэтому, когда концентрация глюкозы в крови после еды увеличивается до определенного уровня, возникают сигналы, направленные на прекращение приема пищи. Помимо глюкозы пептид холецистокинин также вызывает эффект насыщения и участвует в регуляции пищевого поведения. Гипертонус желудочных мышц ведет к возрастанию аппетита, гипотония — к его снижению. Следует отметить, что голод в большей степени является физиологической реакцией и зависит от пищевых резервов организма, в то время как аппетит обусловлен в основном условно-рефлекторными факторами, т. е. влиянием коры головного мозга, которое может быть как активирующим, так и тормозящим. Поэтому на разных этапах развития детского организма и при различных эмоциональных состояниях даже у здорового ребенка так часто встречаются колебания аппетита. Его снижение легко возникает при переутомлении, стрессах, при изменении привычного режима, введении новых продуктов [6,7].

Можно выделить следующие **причины отсутствия или снижения аппетита:**

1. Интоксикация организма в результате воспалительных процессов или отравлений. В этом случае в период разгара болезни или отравления организму стано-

вится не до переваривания пищи, все силы брошены на вывод токсинов и продуктов распада.

2. Болевые ощущения, дискомфорт — при обострении заболеваний желудочно-кишечного тракта.

3. Эндокринные нарушения — при снижении функций щитовидной и паращитовидных желез, гипопаратиреоза, гипоталамуса (подкорковые структуры головного мозга).

4. Нарушения в обмене веществ в организме (прежде всего при онкологических состояниях).

5. Нервно-психические нарушения (неврозы, депрессии).

Среди эндокринных заболеваний, приводящих к снижению аппетита, чаще всего называют гипокортицизм — первичный (болезнь Аддисона) и вторичный (гипопитуитаризм), гипотиреоз, гиперпаратиреоз, несахарный диабет. Снижение аппетита у детей может отмечаться и при сахарном диабете 1 типа в условиях хронической гипергликемии, однако чаще у таких больных имеет место повышенный аппетит вследствие нарушения утилизации глюкозы тканями.

При гипотиреозе и несахарном диабете снижение аппетита прежде всего обусловлено функциональными нарушениями пищеварительной системы, в рамках патогенеза основного заболевания. При *гипотиреозе* отмечается снижение аппетита на фоне общей гипотонии и гипомоторики различных отделов ЖКТ. При *несахарном диабете*, даже в тех случаях, когда полиурия полностью компенсирована обильным питьем, выделение слюны и пищеварительных соков снижается, что приводит к ухудшению аппетита, развитию гастрита, колита, склонности к запорам.

Одним из наиболее трудно поддающихся терапии состояний в практике эндокринолога и психиатра является *нервная анорексия*, которую следует относить прежде всего к нарушениям пищевого поведения. Однако у таких больных проблема регуляции аппетита является одной из наиболее важных в тактике лечения. У пациентов, в подавляющем большинстве девочек подросткового возраста, отмечается крайнее похудание; замедление всех процессов обмена веществ; снижение температуры тела; замедление роста и торможение полового развития (у девочек — прекращение уже наступивших менструаций); запоры; выпадение волос, ломкость ногтей; дистрофические изменения со стороны сердечно-сосудистой системы [8].

Снижение аппетита у детей и подростков может быть проявлением *вегето-сосудистой дистонии, или ВСД* (синонимы — вегетативная дисфункция, нейроциркуляторная дистония, психовегетативный синдром и т.д.), которая чаще всего развивается в период активного роста и полового развития ребенка, но может иметь место и у детей раннего и дошкольного возраста. В настоящее время ВСД рассматривается и как первичное нарушение, связанное с наследственно-конституциональными особенностями вегетативной регуляции, и как вторичный синдром, проявляющийся при неврозах, органических заболеваниях нервной системы, внутренних органов, эндокринных желез. В детском возрасте частота встречаемости ВСД от 10 до 50%.

Таким образом, снижение аппетита как полиэтиологическое состояние, в педиатрической практике является сложной проблемой в отношении диагностики и выбора тактики лечения.

Возможности коррекции сниженного аппетита. Круг медикаментозных препаратов, применяемых в комплексном лечении анорексии у детей, достаточно узок. Согласно современной классификационной системе лекарственных средств, так называемой АТС-классификации (Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification), такие препа-

раты относятся к лекарственным средствам, влияющим на пищеварительную систему и метаболизм (раздел А 15 — средства, повышающие аппетит).

Лекарственные средства, повышающие аппетит, делят на: 1) препараты, стимулирующие центральные структуры, регулирующие аппетит, 2) вещества, улучшающие аппетит в связи с активацией обменных процессов и вторично увеличивающие отделение желудочного сока.

Из препаратов *первой группы* следует отметить горечи и ципрогептадин.

Горечи (настойки полыни, подорожника, настойка аира) возбуждают рецепторы языка и слизистой оболочки полости рта, вызывая рефлекторную активацию пищевых центров и их реакцию (увеличение секреции желудочного сока) на прием пищи. В результате повышается аппетит и улучшается переваривание пищи. Следует отметить, что применение горечей имеет ограниченную эффективность и недостаточный комплаенс, особенно у детей младших возрастных групп, так как органолептические характеристики и, прежде всего, неприятный вкус делает их длительное применение невозможным при лечении расстройств аппетита. По той же причине не всегда возможно длительное назначение препаратов соляной кислоты с пепсином, натурального желудочного сока. Назначают эти препараты детям старше 2-х лет за 15 мин до еды.

Ципрогептадина ацефиллинат обладает антисеротониновой, антигистаминовой и антихолинергической активностью. Он непосредственно активирует структуры гипоталамуса, регулирующие аппетит, устраняя угнетающее влияние на них серотонина (его антигистаминовый эффект используется педиатрами при лечении ряда аллергических заболеваний).

Ко *второй группе стимуляторов аппетита* относятся многочисленные лекарственные вещества, увеличивающие синтез белков, утилизацию различных метаболитов: анаболические стероиды, витамины, препараты железа, инсулин (малые дозы), карнитин.

Практические врачи с позитивным эффектом прибегают к назначению *панкреатических ферментов* (панзинорм, фестал, креон и др.). Однако длительное назначение ферментов поджелудочной железы следует считать обоснованным только при наличии клинико-лабораторных признаков синдрома мальдигестии/мальабсорбции, диспептических расстройств.

С учетом вышесказанного, в педиатрической практике особое значение приобретают комплексные препараты, позволяющие воздействовать на различные причины сниженного аппетита у детей, особенно в случаях, когда исключена патология желудочно-кишечного тракта, а основное заболевание компенсировано с помощью патогенетической терапии. Поэтому использование препарата «Триметабол» (J.URIACH & Cia.S.A, Испания) в комплексном лечении эндокринопатий представляется очень перспективным.

Основной компонент препарата «Триметабол» — ципрогептадина ацефилинат (метопин) — является веществом, которое стимулирует аппетит, влияя на гипоталамус. Но часто дети со сниженным аппетитом также имеют гипотонию или нарушение пищеварительной системы, поэтому стимулирование только центра голода может вызывать несоответствие между приемом еды и способностью организма переварить и усвоить её. Для предотвращения этого препарат включает карнитин, который стимулирует выделение желудочного сока и секрета поджелудочной железы и обеспечивает опти-

мальные условия для усвоения витаминов, микроэлементов и питательных веществ.

Для полного усвоения всосавшейся пищи необходимо обеспечить оптимальную работу ферментных систем. Поэтому препарат включает комплекс витаминов (В₁, В₆, В₁₂), которые, выполняя роль коферментов в метаболизме липидов, белков и углеводов, помогают их усвоению на клеточном уровне.

L-лизин дополняет формулу препарата, являясь основой биосинтеза белков и проявляя негормональное анаболическое действие.

Благодаря сбалансированному составу, препарат улучшает аппетит и способствует увеличению массы тела [1].

В многочисленных исследованиях было показано действие Триметабола на органы пищеварительной системы (стимулирование выработки желудочного и панкреатического секрета), клеточный метаболизм и синтез белка. Препарат улучшает аппетит и способствует увеличению массы тела, но при этом нетоксичен, у него отсутствуют кумулятивные свойства [2,3].

Целью настоящего исследования было изучение эффективности препарата «Триметабол» в отношении улучшения аппетита у детей и подростков с эндокринопатиями.

Материал и методы исследования

В процессе выполнения работы обследовано 36 детей и подростков в возрасте 10–15 лет со снижением аппетита на фоне различной эндокринной патологии: 5 детей с несхарным диабетом, 12 — с гипотиреозом, в т.ч. 7 — с врожденным гипотиреозом 14 — с задержкой физического и полового развития, 2 — с нервной анорексией, 3 — с гипопитуитаризмом. Больные были разделены на две группы: *1 группа* — дети, которые получали Триметабол в дозе 5 мл три раза в день в течение месяца (n=21, в т.ч. 3 больных с несхарным диабетом, 8 — с гипотиреозом, 2 — с гипопитуитаризмом, 1 — с нервной анорексией, 7 — с задержкой физического и полового развития); *2 группа* — дети, которые не получали Триметабол (n=15, в том числе 2 — с несхарным диабетом, 4 — с гипотиреозом, 1 — с гипопитуитаризмом, 1 — с нервной анорексией, 7 — с задержкой физического и полового развития). В исследование были включены только пациенты без признаков хронической патологии ЖКТ и гастроэнтерологических осложнений основного заболевания. Все больные получали патогенетическое лечение, в т.ч. заместительную гормонотерапию (при гипотиреозе — препараты L-тироксина, при несхарном диабете — аналоги вазопрессина, при гипопитуитаризме — препараты гонадотропинов, глюкокортикоиды и/или соматотропина).

Всем пациентам проводилось комплексное обследование: сбор анамнеза, объективный осмотр и опрос ребенка, общеклиническое обследование, включающее клинические и биохимические анализы крови, определение гормональных показателей, проведение ЭКГ, УЗИ.

Результаты исследования и их обсуждение

На фоне проводимой заместительной терапии у больных обеих групп наблюдалась положительная динамика проявлений основного заболевания, в том числе гормональных и биохимических показателей. При этом улучшение аппетита среди больных 2 группы отмечалось лишь в 40,0% случаев, несмотря на компенсацию основного заболевания, в отличие от 1 группы, в которой у всех больных имело место улучшение аппетита различной степени, в том числе его полная нормализация у 28,6% детей.

Динамика массы тела у больных с эндокринопатиями на фоне лечения Триметаболом (SD) M±m

Группа больных	группа Триметабола		Группа сравнения	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Несахарный диабет	-1,6±0,2	-0,9±0,1*	-1,5±0,2	-1,2±0,3
Гипотиреоз	+1,7±0,1	+1,5±0,1	+1,5±0,1	+1,4±0,1
Гипопитуитаризм	-1,1±0,2	-0,6±0,1*	-1,2±0,2	-0,9±0,1
Задержка физического и полового развития	-1,9±0,3	-0,4±0,1*	-1,6±0,4	-1,4±0,2
Нервная анорексия	-2,8	-2,3	-2,6	-2,4

Примечание: * — $p < 0,05$ — достоверность отличий показателей после курса лечения Триметаболом.

Позитивные изменения аппетита у больных, получавших Триметабол, сопровождались нормализацией массы тела, наиболее выраженные у детей с физическим и половым инфантилизмом (табл.). У больных с гипопитуитаризмом и несахарным диабетом отмечалась умеренная прибавка массы тела, а труднее всего удавалось достичь ее увеличения у больных с нервной анорексией, хотя на фоне лечения Триметаболом имело место более заметное уменьшение дефицита массы тела.

У больных с гипотиреозом нормализация аппетита на фоне лечения Триметаболом не приводила к увеличе-

нию массы тела, которая изначально приближалась к избыточной.

Выводы

Применение Триметабола у больных с эндокринопатиями и сопутствующим снижением аппетита приводит к его улучшению или нормализации, что сопровождается положительной динамикой показателей физического развития. Это свидетельствует о целесообразности включения препарата «Триметабол» в комплексную терапию основного эндокринного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антипкин Ю. Г. Применение Триметабола в педиатрической практике / Ю. Г. Антипкин, Л. И. Омельченко, Л. В. Квашина // *Лики України*. — 2008. — № 1. — С. 53—56.
2. Використання препарату триметабол з метою корекції метаболічних порушень у дітей з вродженою та набутою патологією сполучної тканини / Л. І. Омельченко, В. Б. Ніколаєнко, О. А. Ошляньська [та ін.] // *Зб. наук. пр. співроб. НМАПО ім. П.Л. Шупика*. — К., 2007. — С. 460—465.
3. Лукьянова Е. М. Клиническое исследование эффективности и переносимости препарата Триметабол у детей младшего школьного возраста в период адаптации к систематическому обучению / Е. М. Лукьянова Л. В. Квашина В. П. Родионов // *Зб. наук. пр. співроб. НМАПО ім. П.Л. Шупика*. — К., 2008. — С. 124—130.
4. Мазурин А. В. Пропедевтика детских болезней / А. В. Мазурин, И. М. Воронцов. — СПб: ООО «Издательство Фолиант», 2001. — 928 с.
5. Обмен веществ у детей / Ю. Е. Вельтищев, М. В. Ермолаев, А. А. Ананенко, Ю. А. Князев. — М.: Медицина, 1983. — 390 с.
6. Родионов В. Нарушения аппетита у детей и возможности его коррекции / В. Родионов // *3 турботою про дитину*. — 2011. — № 1. — С. 18—19.
7. Сапа Ю. С. Снижение аппетита и анорексия у детей дошкольного возраста [Электронный ресурс] / Ю. С. Сапа. — Режим доступа: <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=23077>. — Название с экрана.
8. Шабалов Н. П. Детские болезни / Н. П. Шабалов. — СПб. — 1999. — 1088 с.
9. Юрьева Э. А. Важнейшие итоги и перспективы исследований в области клинической биохимии детского возраста [Электронный ресурс] / Э. А. Юрьева, А. А. Ананенко, Н. В. Алексеева // *Рос. вестн. перинатол. и педиатрии*. — Режим доступа: <http://nature.web.ru/db/msg.html?mid=1166665&uri=index2.html>. — Название с экрана.
10. Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification [Electronic resource]. — Access mode: <http://compendium.com.ua/atc>. — Title from screen.

ЗНИЖЕННЯ АПЕТИТУ ТА МОЖЛИВОСТІ ЙОГО КОРЕКЦІЇ У ПРАКТИЦІ ДИТЯЧОГО ЕНДОКРИНОЛОГА

Е.А. Будрейко

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей і підлітків НАМН України», м. Харків, Україна

Мета: вивчити ефективність застосування препарату «Триметабол» з метою покращення апетиту у дітей і підлітків з ендокринопатіями.

Пацієнти і методи. Обстежено 36 дітей віком 10–15 років без ознак хронічної патології ШКТ і гастроентерологічних ускладнень зі зниженням апетиту на тлі різної ендокринної патології. Усім пацієнтам проводилось комплексне обстеження і патогенетичне лікування, у т.ч. замісна гормонотерапія. 21 дитина (перша група) додатково отримувала Триметабол у дозі 5 мл три рази на день протягом місяця.

Результати. На тлі терапії у хворих обох груп зафіксована позитивна динаміка проявів основного захворювання, у тому числі гормональних і біохімічних показників. У всіх хворих першої групи покращився апетит, у 28,6% спостерігалася його повна нормалізація. У другій групі покращення апетиту відбулося лише у 40,0% хворих.

Висновки. Застосування Триметаболу у хворих з ендокринопатіями і супутнім зниженням апетиту призводить до його покращення або нормалізації, що супроводжується позитивною динамікою показників фізичного розвитку. Це свідчить про доцільність включення препарату у комплексну терапію основного ендокринного захворювання.

Ключові слова: ендокринні захворювання, діти, зниження апетиту, Триметабол.

Триметабол

Гармонійний розвиток організму

Збалансований склад забезпечує трьохрівневу дію:

- ☀ Ципрогептадину ацефілінат (метопін) — стимулює апетит.
- ☀ DL-карнітин, вітаміни B1, B6, B12 поліпшують шлункову секрецію, покращують засвоєння їжі.
- ☀ L-лізин - основа біосинтезу білків, має негормональну анаболічну дію.

✓ Застосування Триметаболу у хворих з ендокринопатіями і супутнім зниженням апетиту призводить до позитивної динаміки показників фізичного розвитку.

✓ Це свідчить про доцільність включення Триметаболу в комплексну терапію основного ендокринного захворювання.

О.А. Будрейко, "Зниження апетита та можливість його корекції у практиці дитячого ендокринолога", ДУ "Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України", Харків

Дозування:

Діти від: $\left\{ \begin{array}{l} 2x \text{ до } 3x \text{ років} - 2,5 \text{ мл } 3 \text{ рази на день} \\ 3x \text{ до } 6 \text{ років} - 5 \text{ мл } 3 \text{ рази на день} \\ 6 \text{ років та дорослі} - 5-10 \text{ мл } 3 \text{ рази на день} \end{array} \right.$

Рекомендується приймати за 30-60 хвилин до основного прийому їжі



Grupo Uriach

«Бі-фарма», т./ф.: (044) 501-69-79, e-mail: info@b-pharma.com.ua

Виробник: X.Уріак і Сіа,С.А, Іспанія.

Перед застосуванням необхідно ознайомитися з інструкцією, проконсультуватися з лікарем.(15.11.13)

САМОЛІКУВАННЯ МОЖЕ БУТИ ШКІДЛИВИМ ДЛЯ ВАШОГО ЗДОРОВ'Я

LOSS OF APPETITE AND POSSIBILITIES OF IT CORRECTION IN PRACTICE OF PEDIATRIC ENDOCRINOLOGIST

E.A. Budreyko

SI «Institute of children's and adolescent health care of the NAMS of Ukraine», Kharkov, Ukraine

Objective: To study the effectiveness of the «Trimetabol» preparation with the aim of appetite improvement in children and adolescents with endocrinopathies.

Patients and methods. A total of 36 children in the age 10–15 years with no signs of chronic gastrointestinal pathology and gastrointestinal complications with reduced appetite in the setting of various endocrine diseases were under observation. All patients underwent a comprehensive study and pathogenetic treatment, including hormone replacement therapy. The first group (21 children) had received additionally Trimetabol in the dosage 5 ml three times a day for a month.

Results. In the setting of the therapy in both groups was recorded positive dynamics of manifestations of the underlying disease, including hormonal and biochemical parameters. Appetite improvement was marked in all patients of the first group, at 28.6 % was recorded it full normalization. In the second group appetite improvement occurred only in 40.0 % of patients.

Conclusions. Application of Trimetabol in patients with endocrinopathies and a concomitant loss of appetite leads to its improvement or normalization, that is accompanied by positive dynamics of physical development. This is certifies about the desirability of including of preparation in the complex therapy of primary endocrine disease.

Key words: endocrine diseases, children, loss of appetite, Trimetabol.

Сведения об авторах:

Будрейко Елена Анатольевна — д.мед.н., зав. отделения эндокринологии ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины». Адрес: г. Харьков, пр. 50-летия ВЛКСМ, 52А; тел. (0572) 62-21-95.

Статья поступила в редакцию 17.12.2013 г.

НОВОСТИ

Молочнокислые бактерии могут защитить от кариеса

Некоторые молочнокислые бактерии очищают наши зубы от вредных микробов: связываясь с вредителями, они не дают им прикрепляться к поверхности зубов, защищая эмаль от их вредоносного воздействия.

У нас во рту живут миллионы бактерий. Питаясь, они выделяют кислоту, которая разъедает зубную эмаль. Поэтому так важно регулярно чистить зубы. Всё это вы, вероятно, знаете из рекламы зубных паст, зубных щёток и стоматологических клиник. Но вот о чём такая реклама часто умалчивает: кроме вредных бактерий, есть и полезные. Например, *Lactobacillus paracasei*, которую можно найти в кефире. Известно, что она подавляет развитие *Streptococcus mutans* — одного из главных «разъедателей» эмали. Однако эксперименты с противостоянием этих двух бактерий до сих пор ставились лишь на животных.

Кристин Ланг (Christine Lang) из биотехнологической фирмы OrganoBalance в Берлине (Германия) вместе с коллегами решила проверить, будет ли *Lactobacillus paracasei* защищать человеческий рот от вредных микробов. Сначала исследователи выяснили, как много вредных *S. mutans* содержится в слюне у шестидесяти добровольцев, а потом дали им мятные конфеты с *L. paracasei*, которых перед этим убили нагреванием. Каждый испытуемый съедал по несколько конфет в течение дня, а потом ещё одну — перед повторным анализом слюны.

Как пишут исследователи в *Probiotics and Antimicrobial Proteins*, у тех, кто ел конфеты с бактериями,

пусть даже и убитыми, количество вредных *S. mutans* падало. (Стоит подчеркнуть, что опыт был организован таким образом, чтобы учёные до получения конечных результатов сами не знали, кому из добровольцев — евших конфету с бактериями или без — принадлежат пробы слюны.)

По словам авторов работы, поверхность молочнокислых *L. paracasei* содержит особые сахара, связывающие *S. mutans* и не дающие им прикрепиться к поверхности зубов. Образующиеся конгломераты бактерий могут либо отправиться далее по пищеварительным путям, либо покинуть ротовую полость как-то иначе: в любом случае связанные *S. mutans* уже не причинят вреда.

Это, разумеется, открывает новые перспективы в профилактике кариеса и, возможно, других заболеваний ротовой полости. Такими бактериями можно начинять не только конфеты, но и, например, зубную пасту. Но сначала исследователям предстоит подтвердить свои результаты в более длительном и обширном эксперименте, который должен продлиться хотя бы пару лет и в котором поучаствуют куда больше подопытных. И если его результаты окажутся положительными, вот тогда можно будет с полной уверенностью заявлять, что молочнокислые бактерии действительно защищают наши зубы от кариеса.

Подготовлено по материалам ScienceNOW.

Источник: <http://medexpert.org.ua>