



УДК 616.34-008.87-008.6-02:616-056.3]-053.2

БЕШ Л.В.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Львівський міський дитячий алергологічний центр

ПРОБЛЕМА ДИСБАКТЕРІОЗУ КИШЕЧНИКА В ПРАКТИЦІ ДИТЯЧОГО АЛЕРГОЛОГА: ДИСКУСІЙНІ ПИТАННЯ Й МОЖЛИВОСТІ ЇХ ВИРІШЕННЯ

Резюме. У статті подані сучасні погляди на проблему дисбактеріозу кишечника. Висвітлені дискусійні питання і власний досвід автора щодо проведення корекції порушень мікроекології кишечника в педіатричній практиці, представлений пробіотичний препарат Ацидолак Юніор.

Ключові слова: діти, дисбактеріоз кишечника, пробіотики, Ацидолак Юніор.

Сьогодні на сторінках спеціальної літератури точиться жвава дискусія навколо проблеми дисбактеріозу. Обговорюється вже сама доцільність і можливість існування цього терміна, практично відсутні єдині погляди на роль мікрофлори у формуванні здоров'я й у розвитку різноманітної патології, зокрема алергічної, існує неоднозначне ставлення до методів діагностики, лікування і профілактики дисбіотичних розладів [1–3]. У цьому контексті на особливу увагу заслуговують пошуки відповіді на запитання, чи існує зв'язок між алергією й дисбактеріозом кишечника. Сьогодні на підставі багатьох наукових і практичних досліджень можна стверджувати, що такий зв'язок, безперечно, існує і є неоднозначним. Дисбіоз кишечника може бути первинним і передувати виникненню алергії або мати вторинний характер і бути результатом гастроінтестинальних проявів алергії [4, 8].

Відомо, що нормальна мікрофлора травного каналу створює мікробну плівку на поверхні кишечника і тим самим перешкоджає надходженню алергенів і токсинів до внутрішнього середовища організму. Більше того, нині доведено, що мікробний фактор визначає також кількість вільного гістаміну в біологічних середовищах і тканинах організму [7]. Отже, стан кишкової мікрофлори є одним із факторів, що визначають патогенез алергічних проявів.

З огляду на вищесказане практичний лікар, який займається лікуванням алергічної патології, мусить знати відповіді на питання:

— Який склад нормальної кишкової флори, як співіснує макроорганізм і автофлора? Яка функція нормальної автомікрофлори?

— Чи правомірний діагноз «дисбактеріоз»?
— Чи досконалі наявні нині методи діагностики дисбактеріозу?
— Як корегувати дисбактеріоз?
Саме ці запитання стануть предметом обговорення в даній публікації.

Отже, перший блок питань: який склад нормальної кишкової флори, як співіснують макроорганізм й автофлора? Яка функція нормальної автомікрофлори?

Історія життя людства — це певною мірою історія взаємовідношення макроорганізму людини й мікроорганізмів. До речі, мікроорганізми існували ще до людей, ми є гостями на цій землі, але прийшли і пробуємо приборкати мікроорганізми. Хто в цьому протистоянні переможе? Далеко не завжди ми. Найкраще в даному випадку — це спроба симбіотичного співіснування. І прикладом цього співіснування є еволюційно вистраждане взаємовідношення макроорганізму (людського організму) й автомікрофлори. На сьогодні макроорганізм й автомікрофлора є єдиною екосистемою, що функціонує на підставі взаємовигідних симбіотичних відносин.

Автомікрофлора — специфічний додатковий життєво важливий орган, що є невід'ємною частиною фізіологічного функціонування людини. Загальна чисельність мікроорганізмів, що заселяють різні біотопи людського організму, становить 10^{15} – 10^{16} , таким чином, число мікробних клітин приблизно вдвічі перевищує число власних клітин макроорганізму [1]. Основне сховище, де зберігаються мікробні популяції в макроорганізмі, — мікробіоценоз травного каналу, який містить 60 % загаль-

ної мікрофлори людини із загальним числом видів, що перевищує 500, із біомасою 2,5–3 кг. Оскільки більша частина кишкової мікробіоти не може бути культивована з допомогою існуючих методів, окремі автори вважають, що кількість мікробних видів у кишечнику фактично може становити близько 1000 [1, 2]. Саме тому існування й підтримка нормальної мікрофлори в кишечнику є надзвичайно важливою функцією автомікрофлори, що забезпечує гомеостаз організму дитини в цілому. Ця складна поліфункціональна мікроекологічна система, безперечно, повинна розглядатися як специфічний життєво необхідний мікробний орган, що може здійснювати широкий спектр функцій (захисних, травних, біосинтетичних, обмінних, детоксикаційних, імуномодуляційних).

Відомо, що оптимальне співвідношення мікроорганізмів в кишечнику трактується як еубіоз. У нормі в складі кишкової мікрофлори дітей переважає анаеробна асоціація (95–99%), серед якої домінує біфідофлора. Біфідобактерії і лактобацили становлять головну (облігатну, індигенну, резидентну) мікрофлору. Факультативну (додаткову, супутню) мікрофлору біоценозу товстого кишечника представляють факультативно-аеробні бактерії видів *Escherichia coli* (ешерихії), *Streptococcus faecium* (ентерококи). У нормі концентрація цих бактерій не перевищує 5%, однак у разі збільшення їх популяційного складу існує можливість розвитку інфекційних процесів. На жаль, межа, що розділяє симбіонтну й патогенну дію ешерихій та ентерококів, дуже тонка, її дуже легко перейти. Чи слід ризикувати в такому разі? Це питання протягом останніх років жваво обговорюється на сторінках багатьох фахових видань, на конференціях і симпозіумах в Україні та за її межами [2, 3, 5, 8].

Ще одну групу мікрофлори кишкового біоценозу становлять транзиторні (залишкові) мікроорганізми (стафілококи, клостридії, цитробактер, ентеробактер, протей, клебсієла, псевдомонас, кандиди тощо). Умовно-патогенні штами транзиторної мікрофлори можуть стати проблемою, але, як правило, тільки на тлі дисбіотичних зрушень [1, 5].

Слід відзначити, що представники нормальної автомікрофлори кишечника, зберігаючи симбіотичні відносини між собою, виявляють виражений антагонізм щодо інших макроорганізмів, продукуючи оцтову й молочну кислоти. Саме тому за умови еубіозу представники автомікрофлори здатні пригнічувати ріст найрізноманітніших патогенних і непатогенних мікроорганізмів, що є нетиповими для нормальної мікрофлори [2, 3].

Водночас питання щодо нормального складу автомікрофлори, по суті, досить відносне. Більше того, окремі дослідники стверджують, що за станом мікроекології кишечника, як і за відбитками пальців, можна ідентифікувати особу [6]. Тоді про яку норму ми говоримо? Звичайно, про досить відносну.

З іншого боку, правомірним є питання, чи досконалі методи оцінки мікроекології кишечника за-

стосовуються сьогодні в практичній роботі лікарів. На жаль, ні. Оцінка стану мікробіоценозу кишечника проводиться за обмеженою кількістю формальних показників, які не дають повного уявлення про функціональний стан ендогенної мікрофлори в цілому. Мікробіологічний аналіз калу з ампули прямої кишки дає нам можливість оцінити лише флору фекалій і не відтворює спектр пристінкової і криптової флори кишечника, що, власне кажучи, є джерелом мікроорганізмів і визначає індивідуальний склад мікроекології кишечника. Водночас, згідно з існуючими нині даними, ми маємо справу з дією асоціації сотень різних мікроорганізмів на організм дитини, тобто з процесом, складним для оцінки [3, 5].

Протягом останніх років помітно збільшується вплив на склад і активність мікрофлори людини несприятливих факторів. Поряд із несприятливою екологією, незбалансованим харчуванням, іншими стресорними чинниками (емоції тощо) важливим є і вплив ятрогенних факторів. Еволюція медичної науки не завжди враховувала потребу підтримати симбіоз макроорганізму й автомікрофлори людини. Нині існує безліч препаратів, які негативно впливають на кількісні та якісні характеристики приєпітеліальних біоплівки, зокрема через інгібування найціннішого анаеробного компонента і збільшення умовно-патогенної флори [2, 3]. Це антибактеріальні препарати, гормони, імунодепресанти, окремі прокінетики, жовчогінні, обволікаючі засоби та інші.

Кількісні та якісні зміни ендомікроекології макроорганізму прийнято називати дисбіозом. І тут надриває таке питання: чи правомірний діагноз дисбіозу? Згідно з думкою більшості науковців і практиків, дисбіоз кишечника не можна віднести до нозології й верифікувати як клінічний діагноз [1, 3]. Ряд авторів пропонує в практичній діяльності застосовувати термін «синдром надмірного бактеріального росту» [6, 7]. Але чи правомірний цей діагноз? Згідно з сучасними уявленнями, синдром надмірного бактеріального росту — аномальна колонізація верхніх відділів тонкого кишечника мікроорганізмами, характерними для товстого кишечника [6]. Водночас у своїй щоденній практиці педіатри отримують лише результати мікробіологічного аналізу калу з ампули прямої кишки, який не дає інформації щодо флори верхнього відділу товстої кишки і тонкої кишки. Таким чином, ми просто не маємо підстав для застосування терміна «синдром надмірного бактеріального росту» в щоденній лікарській практиці.

Більшість вітчизняних авторів визнає, що на сьогодні найбільш прийнятним для практичного застосування є трактування дисбактеріозу, запропоноване Н.О. Коровіною, 1998, яка вважає, що дисбактеріоз — це порушення динамічної рівноваги в якісному і/або кількісному складі нормальної автофлори кишечника, яке супроводжується порушенням її функцій з виникненням клінічних проявів [1]. Таким чином, основним критерієм діагностики дисбактеріозу була й залишається клінічна симпто-

матика (понос, запор тощо), при цьому порушуються не лише вітаміносинтезуюча, імуномодуляційна, бар'єрна функції автомікрофлори, але й обмінні процеси, ушкоджується слизова оболонка стінки кишечника.

Таким чином, діагностика дисбактеріозу — проблема складна, причому найбільші труднощі полягають у неоднозначному трактуванні результатів бактеріологічних досліджень. Досвід провідних спеціалістів із проблем мікроекології людини й наші власні спостереження дозволяють сьогодні стверджувати, що, оцінюючи стан мікроекології кишечника, треба звертати увагу не тільки й не стільки на кількісні показники, скільки на якісну характеристику мікробіоценозу кишечника. Адже нерідко в разі нормального вмісту основної флори спостерігається збільшення популяції окремих умовних патогенів, що, безперечно, слід трактувати як дисбіоз [3].

Ми вважаємо за необхідне нагадати, що під час проведення загального об'єктивного обстеження немовляти не слід забувати оглянути випорожнення, понюхати пелюшки. Мусимо пам'ятати, що біфідобактерії як класичні анаероби руйнуються, як тільки пелюшка стикається з повітрям. Кожному педіатрові знайомий кислий запах «здорових» пелюшок. Цей простий дідівський метод, що дозволяє отримати цінну інформацію щодо функціональної характеристики кишечника, є несправедливо забутим сьогодні.

Практичні педіатри щодня стикаються з проблемами, пов'язаними з дисбактеріозом кишечника. Зокрема, порушенням біоценозу кишечника супроводжується перебіг харчової алергії, що проявляється в першу чергу вірогідним зниженням рівня біфідобактерій. Більше того, існують переконливі дані про те, що зниження кількості біфідобактерій у калі корелює з тяжкістю шкірних проявів atopічного дерматиту [4, 6, 8]. У ряді досліджень і в наших власних спостереженнях відзначено, що в дітей із проявами atopічного дерматиту реєструються вірогідні зниження рівня лактобацил, пропіоновокислих бактерій і підвищення рівня транзиторних мікроорганізмів (стафілококи, цитробактер, ентеробактер, протей, клебсієла, кандиди та ін). Нерідко виявляється зниження вмісту нормальної кишкової палички, при цьому з'являються її здатні до гемолізу токсикогенні штами [8].

Викладена вище ситуація диктує потребу обговорення можливості застосування пре- і пробіотиків у лікуванні алергічної патології в дітей. Більше того, поглиблено вивчається сьогодні й питання, чи запобігає виникненню алергічної патології вживання пробіотиків під час вагітності. На підставі серйозних наукових досліджень доведено, що основною ланкою профілактики харчової алергії є вироблення харчового сприйняття (толерантності) білків їжі й запобігання передчасній зустрічі дитини з потужними алергенами. Особливо багато уваги приділяють науковці вивченню механізмів формування харчо-

вої толерантності, ніхто вже сьогодні не сумнівається, що в її основі лежать імунні реакції, і видається, що роль пробіотиків у цьому процесі є досить суттєвою [1]. Напевно, кожному педіатру зрозуміло, наскільки складно сформувати харчову толерантність у новонароджених дітей, адже дитина народжується не тільки з функціонально незрілою системою адаптивного імунітету і здатністю до вироблення Th2-опосередкованої імунної відповіді, але і з практично стерильним кишечником, якому властива підвищена проникність [1, 2]. Така ситуація, безперечно, полегшує розвиток сенсibilізації.

Сьогодні переконливо доведена захисна роль нормальної кишкової мікрофлори, її вплив на імунний статус і формування харчової толерантності в дітей [1]. Більше того, описані відмінності у складі мікрофлори кишечника в дітей, схильних до формування алергічної патології, що дозволяє думати про існування певних причинно-наслідкових зв'язків [6, 8]. Однак на сьогодні опубліковані лише поодинокі серйозні клінічні дослідження щодо профілактики алергічних захворювань шляхом застосування пробіотичних середників [8]. Отримані результати неоднозначні й потребують подальших пошуків.

Відомо, що імунна відповідь значною мірою залежить від того, якою флорою заселиться кишечник, адже саме він є найбільшим імунним органом (містить 80 % клітин, що здатні продукувати антитіла). Сьогодні доведено, що однією з найважливіших умов збереження здоров'я дитини є адекватний розвиток фізіологічної мікрофлори слизових оболонок організму в ранньому постнатальному періоді і її подальший вплив на становлення імунної системи слизових оболонок. Більше того, кишкова мікрофлора практично безпосередньо контактує з представниками багатой імунної системи слизової оболонки кишечника. Така постійна взаємодія (постійна «розмова») між ними триває протягом усього життя і значною мірою визначає дозрівання імунної системи і стан здоров'я організму дитини в цілому. Саме тому слід дуже обережно ставитися до застосування пробіотиків у педіатричній практиці, щоб не порушити цю «інтимну розмову». Неухильне зростання асортименту бактеріальних препаратів і їх широка реклама утруднюють орієнтацію лікарів у цих препаратах. Мало не щодня ми стоїмо перед проблемою, який препарат обрати для корекції дисбіотичних зрушень.

Призначаючи курс бактеріотерапії, ми призводимо до штучної колонізації кишечника мікрофлорою, що міститься у препараті. Безперечно, перевагу слід надавати пробіотикам, що містять штами obligatної або факультативної нормофлори кишечника. При цьому слід пам'ятати, що ефективність та безпечність пробіотиків є строго штамспецифічною. У цьому контексті на особливу увагу заслуговує препарат Ацидолак Юніор, що містить запатентований штам HOWARU™ Protect — комплекс *Lactobacillus acidophilus* NCFM і *Bifidobacterium lactis* Bi-07. Безпечність використання даних штамів була

доведена в багатьох дослідженнях. Серйозна доказова база досліджень із добрими результатами дозволила Федеральному управлінню лікарських препаратів і продуктів харчування США (FDA — Food and Drug Administration) присвоїти *Lactobacillus acidophilus* NCFM і *Bifidobacterium lactis* Bi-07 статус GRAS (generally recognized as safe), тобто характеризувати їх як безперечно безпечні при застосуванні. Наявність у складі препарату Ацидолак Юніор пребіотика (фруктоолігосахаридів) вибірково стимулює та регулює ріст пробіотичних компонентів, що дозволяє отримати швидший та триваліший результат порівняно з моновикористанням пробіотиків чи пребіотиків. Препарат випускається в формі жувальних таблеток зі смаком білого шоколаду, які містять по 1 млрд *Lactobacillus acidophilus* NCFM та *Bifidobacterium lactis* Bi-07 і можуть застосовуватися у дітей віком понад 3 роки (по 1 таблетці 2 рази на добу) протягом 2–3 тижнів.

Водночас треба звернути увагу, що пробіотики, які містять у своєму складі нетипові для облігатної нормофлори людини або умовно-патогенні мікроорганізми (спороносні аеробні бацили, дріжджі, ентерококи, еширихії тощо), повинні з великим застереженням застосовуватися в педіатрії і алергології. Ми маємо розуміти, що вводимо в такому разі в організм дитини (як правило, на фоні імунодефіциту, бо алергія — це одночасно і гіперімунна реакція, і імунодефіцит) флору, яка може потенціювати непередбачувані інфекційні ускладнення. Застосовуючи такі препарати, треба пам'ятати, що в ослабленому організмі навіть слабовірулентний мікроорганізм може викликати серйозні побічні ефекти. А головна заповідь медицини — «Не зашкодь».

Згідно з нашими дослідженнями, прояви харчової алергії в дітей нерідко супроводжуються дисбіотичними порушеннями мікробіоценозу кишечника, які характеризуються значним підвищенням концентрації дріжджеподібних грибів. Однак цей факт не можна трактувати як показання до безапеляційного застосування серйозних антимікотичних препаратів. Ми погоджуємося з думкою дослідників, які вважають, що в даному випадку лікування в першу чергу повинно бути скерованим на відновлення доміантної флори, яка має виражений антагонізм щодо інших мікроорганізмів.

Призначаючи препарати для корекції дисбіозу, не треба чекати швидкого ефекту. Абсолютно недоцільно призначати одразу після закінчення курсу лікування дослідження калу на мікробний пейзаж. Потрібна витримка, треба зачекати 3–6 міс. Цінну інформацію в такій ситуації дають прості копрологічні дослідження, ретельно проведені лікарем-лаборантом.

Розглядаючи проблему корекції дисбіозів у дітей з алергічною патологією, не можна переоцінити потребу організації оптимального харчування. Проведений нами детальний аналіз анамнестичних даних серед дітей із проявами харчової алергії показав, що тривале лікування, скероване на корекцію дисбіо-

тичних порушень, без призначення елімінаційної дієтотерапії не дозволяє досягти потрібного ефекту. Водночас своєчасне призначення дієтотерапії у немовлят з алергічним діатезом дозволяє без застосування специфічної медикаментної корекції досягти позитивної динаміки в показниках, що характеризують стан мікроекології кишечника. Викладені вище факти ще раз підтверджують думку багатьох дослідників, що в більшості дітей із проявами харчової алергії дисбіотичні порушення мають вторинний характер і є результатом гастроентерологічних проявів алергії.

Дієтотерапія визначається на підставі елімінаційного принципу з урахуванням спектра харчової сенсibilізації. Особливі складності виникають у разі підбору дієтотерапії для немовлят. Правильне вигодовування немовляти — це мистецтво, яким має володіти кожний педіатр. Відомо, що найкращим способом захистити дитину і від проблем, пов'язаних із дисбіозом, і від проблем, пов'язаних з алергією, є, безперечно, грудне вигодовування. На жаль, протягом останніх років частота грудного вигодовування катастрофічно зменшується. Згідно із статистичними даними, 20 % новонароджених виписуються з пологових будинків уже на штучному вигодовуванні, а 60–70 % дітей вигодовуються сумішами з 3-місячного віку [4]. Тому ми мусимо шукати оптимальні замінники грудного молока.

Правильно підібрана дієта — це практично єдине можливе етіотропне лікування харчової алергії. Ідеальна стратегія лікувального харчування включає такі етапи:

- у разі грудного вигодовування — елімінація алергенів із дієти матері-годувальниці;
- у разі штучного вигодовування — гіпоалергенні суміші;
- за відсутності ефекту — парентеральне харчування до 2 тижнів, після чого підбір іншої напівелементної або елементної суміші.

Враховуючи ненайкращі смакові характеристики напівелементних сумішей, нам, на жаль, не вдається заповнити ними весь добовий об'єм їжі. Тому мусимо шукати суміші, які можна скомбінувати й отримати добрий ефект. У цьому плані нас зацікавили кисломолочні суміші, зокрема високоадаптовані.

Відомо, що одним із важливих механізмів дії цих продуктів харчування є продукування молочної кислоти й підвищення кислотності шлунково-кишкового вмісту. Кисле середовище стимулює ріст нормальної автофлори, поліпшує перистальтику кишечника й унеможливує ріст патогенних бактерій, гнильної та газотвірної флори.

Необхідність створення кисломолочних сумішей зумовлена тим, що застосування в немовлят простого кефіру у зв'язку з високим вмістом білка й амінокислот збільшує білкову й кислотну навантаження на нирки, що призводить до небажаних ефектів. Окрім того, доведено, що збільшення застосування кефіру до 400 мл на добу призводить до виникнення діapedезних кровотеч у слизовій обо-

лонці тонкої кишки, підвищення екскреції гемоглобіну й еритроцитів та розвитку внаслідок цього залізодефіцитної анемії. Отже, молочнокислим продуктом вибору для дітей раннього віку з порушенням кишкового мікробіоценозу слід вважати високоадаптовані кисломолочні суміші. Вони добре комбінуються з напівелементними сумішами. Наш досвід доводить високу ефективність комбінованого харчування із застосуванням напівелементної (алфаре) і кисломолочної (кисломолочний NAN) сумішей.

Таким чином, незважаючи на відсутність єдиної точки зору на характер взаємозалежності і взаємного впливу алергічної патології й дисбактеріозу, більшість авторів дотримуються точки зору, що поєднана патологія сприяє формуванню так званого синдрому взаємного погіршення перебігу хвороби. Отже, існує свого роду замкнуте коло, що потрібно розірвати за допомогою адекватної корекції як алергічної патології, так і порушень мікроекології кишечника. Корекція дисбактеріозу вимагає уваженого й дуже обережного ставлення. Це, може, навіть мистецтво, а кожний митець має свій почерк, що виробляється на підставі знань про мікроекологію організму й дисбактеріоз та власного досвіду.

Список літератури

1. Дранник Г.Н., Курченко А.И., Дранник А.Г. Иммуная система слизистых, физиологическая микрофлора и пробиотики. — Полиграф плюс, 2009. — 144 с.
2. Микрофлора человека и роль современных пробиотиков в ее регуляции / Бережной В.В., Крамарев С.А., Шунько Е.Е. и соавт. // *Здоровье женщины*. — 2004. — № 1(17). — С. 134-139.
3. Мікроекологічні порушення у дітей і сучасні можливості підвищення ефективності їхньої корекції / Бережний В.В., Крамарьов С.О., Шунько Є.Є. і співавт. — Київ, 2003. — 32 с.
4. Макарова С.Г., Балаболкин И.И., Боровик Т.Э. Пищевая аллергия и дисбактериоз кишечника. Диетические подходы // *Вопросы детской диетологии*. — 2004. — № 1. — С. 56.
5. Настоящее и будущее пробиотиков как биокорректоров микробиологических нарушений // *Современная педиатрия*. — 2004. — № 1(2). — С. 11-118.
6. Прохоров Е.В., Челпан Л.Л., Бурбело Е.Н., Зорина И.А. Диагностика и лечение дисбактериоза кишечника у детей // *Мед. реком.* — Донецк, 1999. — 11 с.
7. Role of probiotics in food hypersensitivity / Isolari E., Rautava S., Kalliomaki M. et al. // *Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol.* — 2002 Jun. — 2. — 263-271.
8. Probiotics in the management of atopic eczema / Isolari E., Arvola T., Sutas Y. et al. // *Clin. Exp. Allergy*. — 2000. — 30. — 1604-1610.
9. Probiotics in the prevention of atopic diseases : a randomised placebo-controlled trial / Kalliomaki M., Salminen S., Arvilommi H. et al. // *The Lancet*. — 2001. — 357. — 1076-1079.

Отримано 05.11.12 □

Беш Л.В.

Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, Львовский городской детский аллергологический центр

ПРОБЛЕМА ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО АЛЛЕРГОЛОГА: ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Резюме. В статье представлены современные взгляды на проблему дисбактериоза кишечника. Освещены дискуссионные вопросы и собственный опыт автора относительно проведения коррекции нарушений микроэкологии кишечника в педиатрической практике, представлен пробиотический препарат Ацидолак Юниор.

Ключевые слова: дети, дисбактериоз кишечника, пробиотики, Ацидолак Юниор.

Besh L.V.

Lviv National Medical University named after Danylo Galitsky Lviv City Children's Allergy Center, Lviv, Ukraine

PROBLEM OF INTESTINAL DYSBACTERIOSIS IN THE PRACTICE OF PEDIATRIC ALLERGIST: DISCUSSION QUESTIONS AND POSSIBLE SOLUTIONS

Summary. The article presents current views on the problem of intestinal dysbacteriosis. It also highlights the discussion questions and the personal experience of the author concerning the correction of intestinal microecology in pediatric practice; Acidolac Junior, probiotic preparation, is presented.

Key words: children, intestinal dysbacteriosis, probiotics, Acidolac Junior.