

УДК 616.2-022-085.874.2]-053.2

ВОЛЯНСЬКА Л.А.¹, БУРБЕЛА Е.І.¹, МУДРИК У.М.¹, ЄВТУШЕНКО С.В.²

¹ ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського»

² КУТОР «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня»

ІННОВАЦІЙНИЙ ПІДХІД ДО ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З ГОСТРИМИ РЕСПІРАТОРНИМИ ІНФЕКЦІЯМИ

Резюме. Під нашим спостереженням перебували 27 дітей віком від 10 міс. до 10 років, хворих на гострі респіраторні інфекції, з яких 14 пацієнтам введено до харчового раціону функціональний харчовий продукт із рослинної сировини «Пилок квітковий з розчинною клітковиною» та продукти для спеціального харчування «Олія вівса, ліпофільний комплекс», «Олія чорного кмину, ліпофільний комплекс». Проведений аналіз клінічної симптоматики показав відсутність відмінностей у перебігу захворювання, тривалості симптомів гострих респіраторних інфекцій та терапії при обох способах лікування за дуже подібної клінічної картини на старті хвороби. Обсяг лікувального комплексу в другій групі (13 хворих) був вірогідно більшим за кількістю застосованих препаратів, а вартість — суттєво вищою, ніж у групі порівняння. Тому запропонована схема лікування з корекцією харчування функціональними харчовими продуктами з рослинної сировини може бути рекомендована для практичного застосування.

Ключові слова: гострі респіраторні інфекції, діти, лікування.

Вступ

Незважаючи на значні досягнення у розробці заходів профілактики гострих респіраторних інфекцій (ГРІ) у дітей, вони залишаються важливою медичною та соціальною проблемою на сучасному етапі розвитку педіатрії. Згідно з даними різних авторів, вони становлять від 55 до 70 % усіх хвороб дітей раннього віку [1–4]. Діти раннього, дошкільного та молодшого шкільного віку страждають від повторних інфекцій верхніх дихальних шляхів частіше за інші вікові групи, що зумовлено анатомо-фізіологічними особливостями становлення імунної й дихальної систем, психоемоційним напруженням під час соціалізації [5], а також є наслідком посиленої експозиції до інфекційних чинників при супутньому впливі факторів довкілля у перші роки життя [6, 7]. ГРІ на 76–82 % визначають патологію раннього дитячого віку, а в структурі інфекційної захворюваності вони посідають перше місце й становлять 80–90 % усіх випадків інфекційної патології [8].

Мета дослідження: вивчити динаміку клінічних проявів на тлі корекції харчування за допомогою комплексу спеціальних харчових продуктів у дітей із ГРІ.

Матеріали та методи дослідження

Під нашим спостереженням перебували 27 дітей віком від 10 міс. до 10 років, які лікувались стаціонарно в інфекційно-діагностичному та амбулаторно в поліклінічному відділенні КУТОР «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня» (ТОДКЛ) протягом січня 2015 р. з приводу ГРІ. До дослідження включені пацієнти, батьки

яких дали згоду на обстеження та лікування дітей, корекцію харчування та аналіз медичної документації. Усі обстежені діти були розділені на дві групи: першу когорту становили 14 пацієнтів, батьки яких погодились на введення до харчового раціону комплексу сертифікованих та рекомендованих до вживання Українським інститутом екології людини спеціальних харчових продуктів: функціонального харчового продукту з рослинної сировини «Пилок квітковий з розчинною клітковиною» та харчових продуктів для спеціального споживання «Олія вівса, ліпофільний комплекс», «Олія чорного кмину, ліпофільний комплекс», до другої ввійшли 13 хворих без корекції харчування. Усі діти були ретельно клінічно обстежені, що включало детальний аналіз скарг, анамнезу життя, наявності супутніх захворювань, вживання лікарських препаратів, даних об'єктивного обстеження, вивчалась також медична документація.

Групи обстежених дітей були порівнянні за віком, статтю та місцем проживання (рис. 1–3).

Мала місце деяка розбіжність у групах порівняння за часом першого звернення за лікарською допомогою: так, пацієнти першої групи звертались здебільшого

Адреса для листування з авторами:

Волянська Л.А.

E-mail: la.voljanska@gmail.com

© Волянська Л.А., Бурбела Е.І., Мудрик У.М.,

Євтушенко С.В., 2016

© «Актуальна інфектологія», 2016

© Заславський О.Ю., 2016

значно пізніше, ніж діти другої когорти (рис. 4), попри майже ідентичну за основними проявами клінічну картину у хворих обох груп порівняння (рис. 5–7).

Комплекс лікування основного захворювання складався з місцевої протівірусної (лаферобіон, 5 %

ЕААК), симптоматичної (жарознижуючі, муколітики, бронхолітики) терапії та антибіотикотерапії (у більшості хворих). У пацієнтів першої групи лікувальний комплекс включав 1–2 препарати в поєднанні з корекцією харчування: 5% розчин амінокапроно-

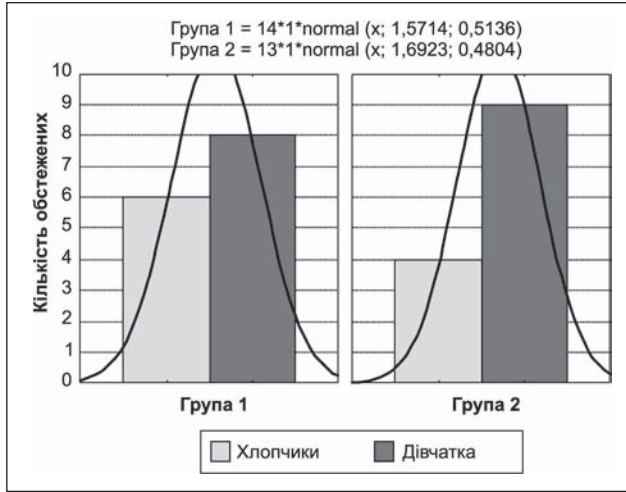


Рисунок 1. Розподіл за статтю обстежених дітей у групах порівняння

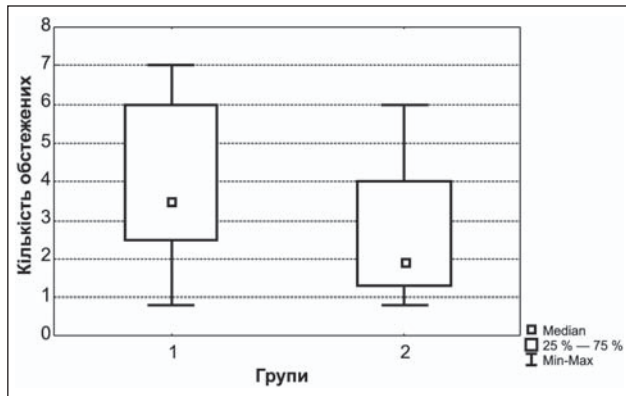


Рисунок 2. Розподіл обстеженого контингенту за віком

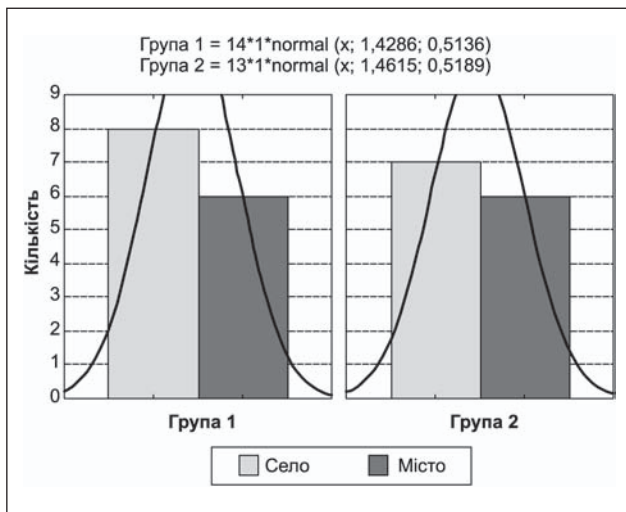


Рисунок 3. Місце проживання обстежених дітей

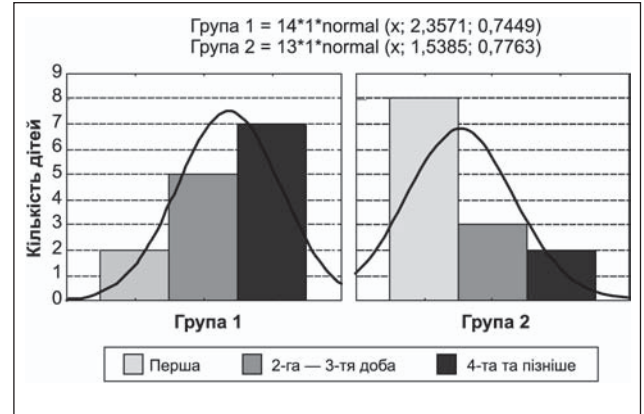


Рисунок 4. Доба першого звернення пацієнтів за лікарською допомогою

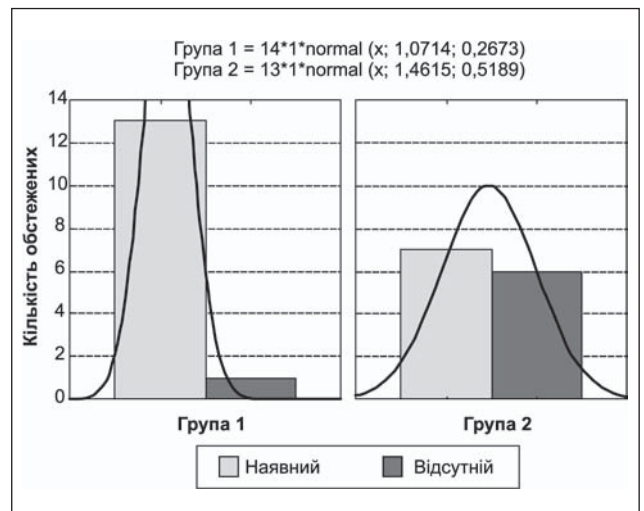


Рисунок 5. Наявність кашлю в групах порівняння

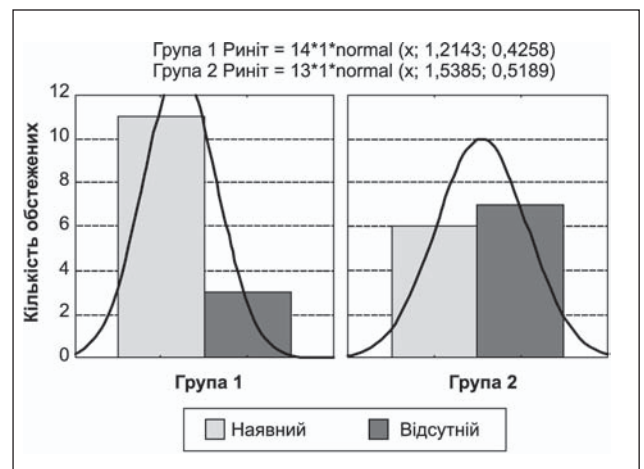


Рисунок 6. Наявність риніту серед клінічних проявів захворювання в обстежених дітей

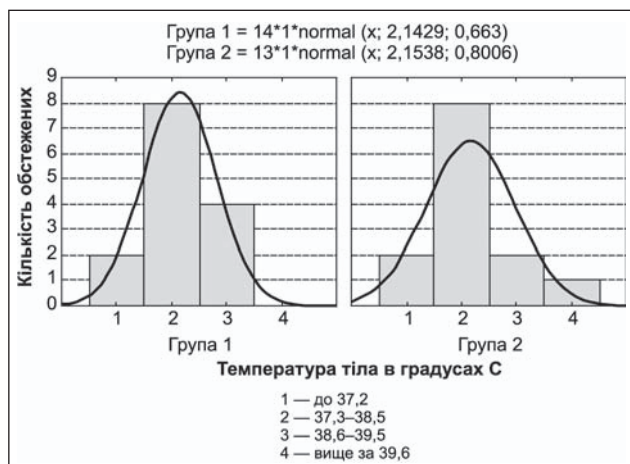


Рисунок 7. Діапазон температурної реакції як одного з проявів захворювання в групах порівняння

вої кислоти інтраназально (n = 14 — 100,0 %), у двох випадках (n = 2 — 14,29 %) — антибіотик: макролід і цефалоспорин 2-го покоління, у 4 пацієнтів (n = 4 — 28,57 %) — жарознижуючі середники, муколітики (n = 3 — 21,43 %) і деконгестанти (n = 3 — 21,43 %). Хворі групи порівняння отримали протівірусну терапію (лаферобіон (n = 5 — 38,46 %) та 5% розчин амінокапронової кислоти інтраназально (n = 2 — 15,38 %), антибактеріальну: макроліди (n = 1 — 7,69 %), цефалоспорины 2-го покоління (n = 5 — 38,46 %, цефалоспорины 3-го покоління (n = 6 — 46,15 %), аміноглікозиди (n = 1 — 7,69 %), симптоматичну терапію: муколітики (n = 3 — 23,07 %), смекта (n = 3 — 23,07 %), жарознижуючі середники (n = 5 — 38,46 %), парентеральну дезінтоксикаційну терапію (n = 5 — 38,46 %).

Обговорення результатів дослідження

Адекватна та своєчасна терапія гострих респіраторних інфекцій сприяє більш швидкому одужанню й направлена на запобігання ускладненням. Лікування цих захворювань має бути індивідуалізованим з урахуванням багатьох факторів у кожному конкретному випадку, повинно включати симптоматичну терапію та в разі грипу — ще й етіотропну [9]. Згідно з уніфікованим протоколом первинної медичної допомоги дорослим та дітям з ГРІ симптоматична терапія регламентується лише як терапія гіпертермії [9], що відображає відсутність вірогідної доказової бази лікування інших проявів ГРІ, зокрема диспептичного синдрому, з яким у клінічній педіатричній практиці доводиться стикатись достатньо часто. Чим менша дитина, тим частіше диспептичний синдром супроводжує перебіг ГРІ, що зумовлює потребу в корекції лікувальної програми індивідуально для кожного пацієнта.

Інфекційний процес при ГРІ — комплекс реакцій, направлених на забезпечення гомеостазу організму й рівноваги з оточуючим середовищем, які виникають в макроорганізмі в результаті проникнення, розмноження й життєдіяльності в ньому патогенних для нього мікроорганізмів [10]. Згідно з фактами, встановленими на сьогодні, людину (10^{13} -клітинний макроорганізм) населяє 10^{14} – 10^{15} мікроор-

ганізмів [11–13]. Усі ці мікроорганізми живуть в оточенні один одного й не можуть існувати без цього середовища, життєво залежного від людського організму, який, у свою чергу, також не може жити поза цим об'єднанням. «Причем это не просто параллельное сосуществование, а жизненная необходимость в обеспечении себя питанием и получении жизненно необходимых средств, условиями для размножения, возможностями защиты и т.д.» [14]. Розподіл «друзів наших менших» в організмі Homo sapiens нерівномірний, але неперервний (немає частин тіла, вільних від мікробів). Найбільшою за обсягом та найбільш досліджуваною біотою є шлунково-кишковий тракт, що містить до 60 % всіх мікробів людини [12]. Усі кишкові мікроби спільно з епітеліоцитами становлять цілісний тканинний комплекс: мікроби, продукти їх життєдіяльності, муцин, злучені ентероцити, глікокалікс, клітини стромы слизової оболонки. Це так звана ентеральна біоплівка з величезною площею та вражаючою багатофункціональністю [15]. З якістю функціонування цієї шлунково-кишкової корпорації прямо пов'язана злагоджена взаємодія всіх інших систем та органів людини. Ця частина організму є найбільш вразливою при будь-якій патології, тому що це найпотужніший шлях зв'язку з навколишнім світом, усі лікувальні середники проходять ентеральний шлях — або через надходження, або/і через виведення. У лікуванні дітей з ГРІ широко і нерідко необгрунтовано використовується велика кількість медикаментів [8], що ми продемонстрували і в нашому дослідженні.

Зрозуміло, що саме ентеральна біота зазнає найбільшого навантаження при порушенні гомеостазу, будучи ініціатором цього процесу чи основною патологічною його ланкою. Саме тому кишкова мікробіота є найбільш досліджуваною при всіх патологічних процесах, хоча тут є одне застереження. Доступність мікробного дослідження цієї біоти є обмеженою, оскільки рутинний бактеріологічний посів фекалій не є її вірогідним відображенням. Примарність такого трактування випливає з того факту, що 60–80 % мікробіоценозу кишечника недоступні для культуральних методів [16]. Ці міркування приводять до усвідомлення неспроможності існуючих можливостей повноцінно вивчити кишкову біоту та зумовлюють обережність оцінки рутинних мікробіологічних досліджень фекалій, що широко використовуються в практичній медицині та наукових працях для оцінки функціональної здатності травної системи, якості терапії, підвищення ефективності лікування та запобігання його побічним ефектам. З огляду на це ми проводили оцінку виключно ефективності корекції харчування, порівнюючи клінічні прояви в досліджуваних групах. Зважаючи на те, що склад мікрофлори генетично пов'язаний усередині біоплівки, специфічний на штамовому рівні для кожного індивідуума і навіть детермінований спадково [15, 17], призначене лікування має створювати умови для забезпечення швидкого відтворення структури біоплівки. Але оскільки біота настільки індивідуальна, що за її складом можна ідентифікувати індивіда з більшою точністю, ніж за відбитками пальців, то не видається можливим на сучасному етапі індивідуалізувати бактеріальну корекцію. Ряд робіт по-

казали, що бактеріальні препарати використовуються біоплівкою лише як будівельний матеріал [18–20]. Тому доречно припустити, що при корекції харчування, введенні біологічних добавок буде більш природно та фізіологічно виконуватись ця роль структурного будівельного матеріалу і внесення спеціальних харчових продуктів в раціон хворої дитини дозволить покращити ефективність протокольної терапії.

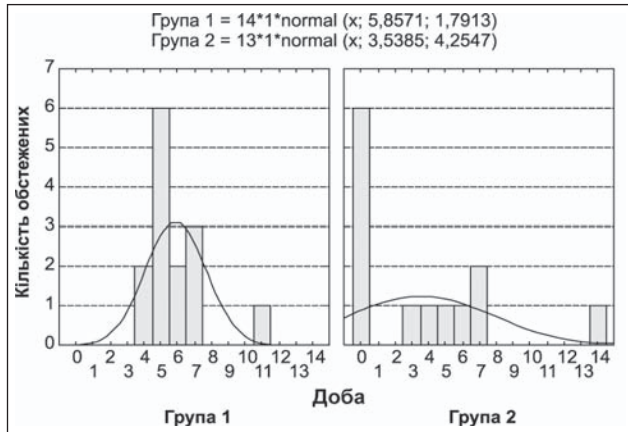


Рисунок 8. Тривалість кашлю від початку захворювання в групах порівняння

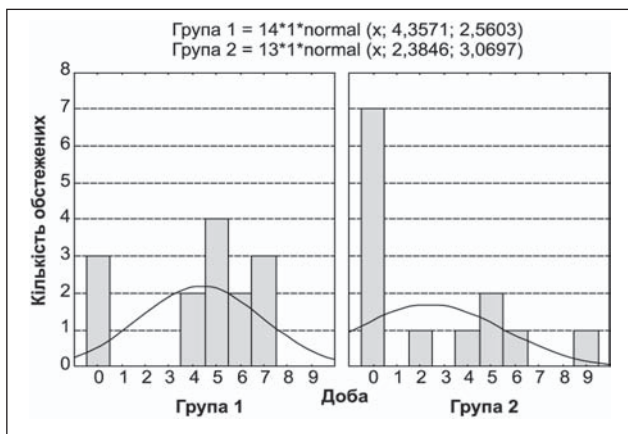


Рисунок 9. Тривалість риніту від початку захворювання в групах порівняння

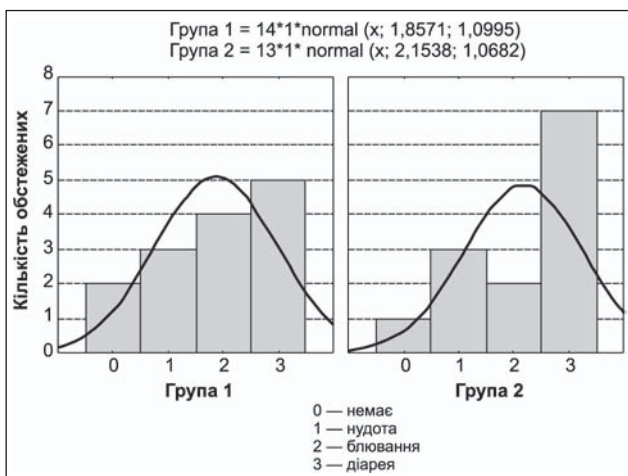


Рисунок 10. Характеристика проявів диспепсії в групах порівняння

Нами в раціон хворих на ГРІ дітей введено комплекс спеціальних харчових продуктів: функціональний харчовий продукт із рослинної сировини «Пилок квітковий з розчинною клітковиною» та харчові продукти для спеціального споживання «Олія вівса, ліпофільний комплекс», «Олія чорного кмину, ліпофільний комплекс». Проведений аналіз клінічної симптоматики (рис. 8–12) показав практично повну відсутність різниці в перебігу захворювання, тривалості клінічних симптомів при обох способах лікування за дуже подібної клінічної картини на старті хвороби. Не виявлено також вірогідної різниці в тривалості хвороби. Обсяг лікувального комплексу в другій групі був вірогідно більшим за кількістю застосованих препаратів, а вартість лікування її пацієнтів — істотно вищою за групу порівняння.

Висновок

З огляду на те, що лікування ГРІ у дітей повинне мати фізіологічний характер, спиратись на природні можливості людського організму до саморегуляції та самовідновлення, запропоновані схеми лікування з корекцією харчування функціональними харчовими продуктами з рослинної сировини можуть бути рекомендовані для практичного застосування.

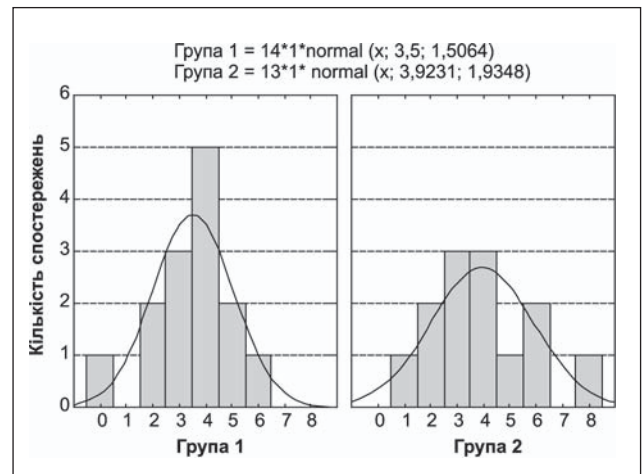


Рисунок 11. Тривалість гарячкового періоду в групах порівняння

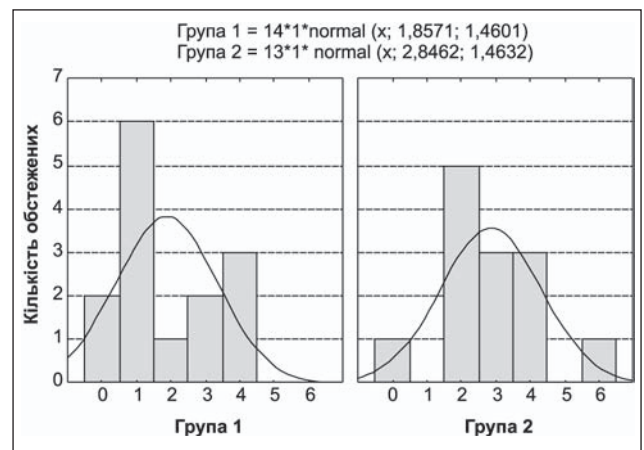


Рисунок 12. Тривалість проявів диспепсії в обстежених дітей у групах порівняння

Список літератури

1. Печінка А.М. Гострі респіраторні захворювання: питан-ня клінічної діагностики та лікування / А.М. Печінка, М.І. Дзе-ман // Укр. мед. часопис. — 2010. — № 5 (79). — С. 94-103.
2. Шамішева О.В. Лечение и профилактика рецидивирующих респираторных инфекций у детей / О.В. Шамішева, В.Ф. Учай-кин // Детские инфекции. — 2008. — № 3. — С. 50-52.
3. Ключников С.О. Острые респираторные заболевания у детей: Пособие для врачей / С.О. Ключников, О.В. Зайцева, И.М. Османов. — М., 2009. — 35 с.
4. Самсыгина Г.А. Инфекции респираторного тракта у детей раннего возраста / Под ред. Г.А. Самсыгиной. — М.: Миклош, 2006. — 279 с.
5. Dellepiane R.M. Atopyin preschool Italian children with recur- rent respiratory infections / R.M. Dellepiane, P. Pavesi, M.F. Patria, E. Laicini, G. DiLandro, & M.C. Pietrogrande // La Pediatrica Medica e Chirurgica. — 2009. — № 4. — P. 161-164.
6. Arden K.E. Frequent detection of human rhinoviruses, paratuberculosis, coronaviruses and bocavirus during acute respiratory tract infections / K.E. Arden, P. McErlean, M.D. Nissen, T.P. Sloots, I. M. Mackay // Journal of Medical Virology. — September, 2006. — Vol. 78 (9). — P. 1232-1240.
7. Couriel J. Assessment of the child with recurrent chest infections / J. Couriel // British Medical Bulletin. — March, 2002. — Vol. 61 (1). — P. 115-132.
8. Юлиш Е.И. Подходы к терапии острых респиратор- ных заболеваний у часто и длительно болеющих детей / Е.И. Юлиш, Б.И. Кривущев, С.Я. Ярошенко // Здоровье ребен- ка. — 2011. — № 2 (29). — С. 95-99.
9. Наказ МОЗ від 16.07.2014 № 499 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при грипі та гострих респіраторних інфекціях» // Актуальна інфектологія. — 2014. — № 3 (4). — С. 111-191.
10. Возианова Ж.И. Инфекционные и паразитарные болезни / Ж.И. Возианова. — К.: Здоров'я, 2001–2002. — Т. 1–3. — 2504 с.
11. Парфенов Ф.И. Энтенология на рубеже 20 и 21 ве- ков / Ф.И. Парфенов // Рос. ж. гастроэнтер., гепатол., коло- проктол. — 2004. — № 3. — С. 41-44.
12. Янковский Д.С. Микробная экология человека: сов- ременные возможности ее поддержания и восстановления / Д.С. Янковский. — К.: Эксперт ЛТД, 2005. — 362 с.
13. Steven R. Gill et al. Metagenomic Analysis of the Human Distal Gut Microbiome / R. Steven // Science. — 2006. — Vol. 312. — P. 1355-1359.
14. Богадельников И.В. Этюды о человеке и микроорганиз- мах: Монография / И.В. Богадельников. — Симферополь: ИТ «АРИАЛ», 2014. — 160 с.
15. Осипов Г. Невидимый орган — микрофлора челове- ка [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.rusmedserv.com/microbdiag/invisibleorgan.htm#b6>.
16. Asquith M. An innately dangerous balancing act: intestinal ho- meostasis, inflammation, and colitis-associated cancer / M. Asquith, F. Powrie // J. Exp. Med. — 2010. — 207 (8). — С. 1573-1577.
17. Шендеров Б.А. Медицинская микробная экология: не- которые итоги и перспективы исследований / Б.А. Шенде- ров // Вестн. Рос. АМН. — 2005. — № 12. — С. 13-17.
18. Гриневиц В.Б. Принципы коррекции дисбиозов кишеч- ника [Электронный ресурс] / В.Б. Гриневиц // MED1.RU. — Режим доступа к журналу: <http://medi.ru/doc/1951118.htm>
19. Осипов Г.А. Количественный in situ микробиологический анализ по липидным маркерам в биологических жидкостях с использованием метода газовой хроматографии — масс-спек- трометрии / Г.А. Осипов, Н.Ф. Федосова, К.В. Лядов // Здраво- охранение и медицинские технологии. — 2007. — № 5. — С. 20-23.
20. Янковский Д.С. Микрофлора и здоровье человека / Д.С. Ян- ковский. — К.: ТОВ «Червона Рута-Тур», 2008. — 552 с.

Отримано 21.01.16 ■

Волянська Л.А.¹, Бурбела Е.І.¹, Мудрик У.М.¹, Евтушенко С.В.²

¹ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского»

²КУТОС «Тернопольская областная детская клиническая больница»

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Резюме. Под нашим наблюдением находилось 27 детей в возрасте от 10 мес. до 10 лет, больных острыми респираторными инфекциями, из которых 14 пациентам введен в пищевой рацион функциональный питательный продукт растительного сырья «Пыльца цветочная, клетчатка растворимая» и продукты для специального питания «Масло семян овса, липофильный комплекс», «Масло черного тимьяна, липофильный комплекс». Проведенный анализ клинической симптоматики показал отсутствие различий в течении заболевания, длительности симптомов острых респираторных инфекций и периода

терапии при обоих способах лечения при условии очень схожей клинической картины на старте болезни. Объем лечебно-го комплекса во второй группе (13 больных) был существенно большим по количеству применения препаратов, а стоимость — существенно выше, чем в группе сравнения. Поэтому предложенная схема лечения с коррекцией питания функциональными питательными продуктами из растительного сырья может быть рекомендована для практического использования.

Ключевые слова: острые респираторные инфекции, дети, лечение.

Volianska L.A.¹, Burbela E.I.¹, Mudryk U.M.¹, Yevtushenko S.V.²

¹State Higher Educational Institution «Ternopil State Medical University named after I.Ya. Horbachevskyi», Ternopil

²Municipal Institution of Ternopil Regional Council «Ternopil Regional Children's Clinical Hospital», Ternopil, Ukraine

AN INNOVATIVE APPROACH TO THE INDIVIDUALIZATION OF TREATMENT OF CHILDREN WITH ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS

Summary. Under our supervision, there were 27 children aged 10 months to 10 years suffering from acute respiratory infections, in 14 of them we have introduced to the diet the functional food from plant material «Pollen with soluble fiber» and food for special use «Oat oil, lipophilic complex», «Black cumin oil, lipophilic complex». The analysis of the clinical symptoms showed no difference in the disease course, duration of symptoms of acute respiratory infections and therapy in both methods of treatment, with very similar clinical

picture at the onset of the disease. Medical complex in the second group (13 patients) was significantly larger by the number of applied drugs, and the cost — significantly higher than in the comparison group. Therefore, the proposed treatment regimen with diet modification using functional foods from plant material can be recommended for practical use.

Key words: acute respiratory infections, children, treatment.