запальних явищ в суглобах було вирішено призначити целекоксиб – по 100 мг на добу тривалим курсом – 15 днів кожного місяця, 3 курси, а потім оцінити результати.

На фоні застосування целекоксибу після 3 місячного курсу терапі були зафіксовані такі результати. Болі в суглобах зменшились суттєво – за візуальною шкалою болю (5) з 5-6 см до 3-4 см. Напади суглобового болю за час лікування зафіксовані не були.

В аналізі крові (12. 12. 2008) Нв 124 г/л, ер. 4,4х10^{12} /л, КП 0,9, тромбоцити 212 х 10^9/л, лейкоцити 4,5 х 10^9/л, п/я – 1 %, с/я – 57 %, еозинофіли – 2 %, лімфоцити – 36 %, моноцити – 4 % , ШОЕ – 18 мм/год.

Згортання крові за Lee-White перевищує 15 хвилин.

Ревматологічні дослідження: тимолова проба 1,0 одиниці, С-реактивний білок -, фібриноген 3,5 г/л, ревматоїдний фактор – , рівень імуноглобуліну G – 11 г/л.

За час лікування можна відмітити стійке клініко-лабораторне покращення, на що вказують зменшення больових суглобових проявів і запальних маркерів, та зменшення ШОЕ в загальному аналізі крові. Хворий продовжує періодичний прийом целекоксибу з профілактичною метою.

Також варто відмітити, що при тривалому застосуванні целекоксибу у хворого не відмічалось жодного побічного ефекту, що є взагалі характерним для цієї групи препаратів і підтверджено в інших дослідженнях у пацієнтів з гемофілією А [3]. Застосування дано групи препаратів відкриває нові перспективи в лікуванні хворих з ВРС, особливо враховуючи потенційно небезпечні побічні ді глюкокортикоїдів: ульцерогенний ефект, демінералізація кісток, зниження імунітету.

Особливістю даного спостереження є також розвиток остеопорозу на фоні застосування дексаметазону, що стало лімітуючим фактором подальшого застосування глюкокортикоїду у пацієнта.

Привертає увагу алергологічний анамнез пацієнта: алергічні реакції на антигемофільну плазму та кріопреципітат. Зокрема, можна припустити, що саме така реактивність є предиктором розвитку ВРС на фоні гемофілії А. Також сприяючим фактором, можливо, є інфікування вірусом гепатиту С, що, безсумнівно, змінило імунну реактивність організму і часто є причиною розвитком автоімунних ускладнень [6].

Враховуючи частоту ВРС на фоні гемофілії А ми можемо рекомендувати до стандартного обстеження пацієнтів поглиблене ревматологічне обстеження, яке дозволить вчасно оптимізувати лікування пацієнтів.

В лікуванні ВРС на фоні гемофілії А обґрунтованим та безпечним є застосування препаратів – селективних інгібіторів ЦОГ-2.

Перспективою подальших досліджень є поглиблене вивчення ВРС на фоні гемофілії А із розробкою раціональних схем діагностики та лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Mannucci P.M. Ham-Wasserman lecture: hemophilia and related bleeding disorders: a story of dismay and success // Hematology (Am. Soc. Hematol. Educ. Program). – 2002. – P. 1–9.

2. Barkagan Z.S. Rheumatoid factor and secondary rheumatoid disturbances in patients with haemophilia // Vox. Sang. – 1987.– Vol. 52, № 4. – P. 335-336.

3. Tsoukas C., Eyster M.E., Shingo S., Mukhopadhyay S., Giallella K.M., Curtis S.P., Reicin A.S., Melian A. Evaluation of the efficacy and safety of etoricoxib in the treatment of hemophilic arthropathy // Blood. – 2006. – Vol. 107, № 5. – P. 1785-1790.

4. Arnold W.D., Hilgartner M.W. Hemophilic arthropathy: current concepts of pathogenesis and management // J. Bone Joint Surg. Am. – 1977. – Vol. 59. – P. 287–305.

5. Rodriguez-Merchan E.C. Methods to treat chronic haemophilic synovitis. Haemophilia. – 2001. – Vol. 7. – P. 1–5.

6. Mariani G., Siragusa S., Kroner B. Immune tolerance induction in hemophilia A: a review // Semin. Thromb. Hemost. – 2003. – Vol. 29. – P. 69–75.

УДК 616.33/34-085.242]-053.2

Лобода В.Ф., Шульгай О.М., Кінаш М.І.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБІОТИКА “СИМБІТЕР” ДЛЯ КОРЕКЦІ ПОРУШЕНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБІОТИКА “СИМБІТЕР” ДЛЯ КОРЕКЦІ ПОРУШЕНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ – Було досліджено вплив пробіотика “Симбітер” на стан кишечно мікрофлори при порушеннях шлунково-кишкового тракту у дітей раннього віку. Включення до комплексно терапі патологічних станів, що ведуть до дисбіозу кишечника, протирецидивних курсів “Симбітеру” кожних 3 місяці або “Симбівіту” дозволить наблизити показники кишечно мікрофлори до цих показників у здорових дітей.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОБИОТИКА “СИМБИТЕР” ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА – Было исследовано влияние пробиотика “Симбитер” на состояние кишечной микрофлоры при нарушениях желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста. Включение в комплексную терапию патологических состояний, которые приводят к дисбиозу кишечника, противорецидивных курсов “Симбитера” каждые 3 месяца или “Симбивита” позволит приблизить показатели кишечной микрофлоры к этим показателям у здоровых детей.

IMPLEMENTATION OF PROBIOTIC “SIMBITER” FOR CORRECTION OF GASTROINTESTINAL TRACT PATHOLOGY IN CHILDREN OF EARLY AGE – Influence of probiotic “Simbiter” on the state of intestinal microflora at gastrointestinal tract pathology in children of early age was investigated. Including to the complex treatment of pathological states, which lead to intestinal dysbiosis, antirecurrent courses of “Simbiter” every 3 months or “Simbivit”, will allow to normalize these indexes of intestinal microflora.

Ключові слова: кишечна мікрофлора, дисбіоз, пробіотик “Симбітер”.

Ключевые слова: кишечная микрофлора, дисбиоз, пробиотик “Симбитер”.

Key words: intestinal microflora, disbiosis, probiotic “Simbiter”.

ВСТУП Стан здоров’я дітей раннього віку, подальший розвиток х організму має надзвичайно велике соціальне значення, оскільки мова йде про здоров’я майбутніх поколінь. За декілька останніх десятиріч здоров’я дитячого населення значно погіршилося, що пов’язано із цілою низкою різноманітних несприятливих факторів. Це поганий стан екології довкілля і забруднення навколишнього середовища, погіршення соціального рівня життя населення та низький рівень культури харчування, використання генетично-модифікованих продуктів і поширення таких шкідливих звичок, як алкоголізм, куріння та наркоманія. Всі ці причини мають негативний вплив на весь організм людини в цілому і на стан здоров’я теперішніх і наступних поколінь. Кожен із перерахованих факторів негативно впливає на стан здоров’я батьків, а саме матерів, що безпосередньо пов’язано із функціональними та адаптаційними можливостями організму майбутньо дитини [1].

Насамперед, ці негативні фактори впливають на функціонування шлунково-кишкового тракту (ШКТ) у малюків, викликаючи значну кількість функціональних порушень, які у свою чергу ведуть до виникнення різноманітних органічних змін та формування хронічно патології. Значна кількість захворювань шлунково-кишкового тракту у дітей раннього віку супроводжується виникненням кишкового дисбіозу. Дисбіоз кишечника проявляється мікробіологічним дисбалансом кишково флори із місцевими симптомами, а згодом – загальними порушеннями, що обтяжують перебіг різних захворювань [3]. Дисбіоз, як правило, не є основним діагнозом, це переважно вторинний процес, який не має патогномонічних специфічних клінічних проявів. Саме тому ми повинні говорити не про лікування, а про корекцію цього стану, про призначення комплексно терапії основного захворювання.

З метою корекці порушень ШКТ у дітей раннього віку застосовують низку бактерійних препаратів, серед яких особливо уваги заслуговують пробіотики – група перепаратів, що містять у своєму складі живі клітини корисних для мікрофлори кишечника мікроорганізмів [4]. Але пробіотики, які застосовувались раніше (біфідумбактерин, лактобактерин тощо) переважно є монопрепаратами, що ефективні лише при дисбіозі легкого ступеня баз яскравих клінічних порушень. При більш виражених клінічних змінах та значних дисбіотичних порушеннях, особливо викликаних асоціаціями мікроорганізмів, застосування даних препаратів веде лише до нормалізаці кількості біфідум- і лактобактерій, а решта умовно-патогенно флори залишається без змін.

Виятком є вітчизняний пробіотик "Симбітер", який випускає науково-виробнича компанія "О.Д.Пролісок". Він є мультипробіотиком, тобто містить в собі високу концентрацію живих клітин значно кількості бактеріальних штамів (14 і більше бактерій роду Bifidobacterium, Lactobacterium, Propionibacterium). Ці бактеріальні штами мають цілу низку позитивних лікувальних ефектів, які можуть бути використані у терапі різноманітних порушень. Вони є резистентними до ді шлункового соку і жовчі, травних ферментів і лізоциму, що дозволяє проходити всі відділи ШКТ, не руйнуючись і позитивно впливаючи; мають значну антагоністичну активність до більшості патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів; здатні синтезувати цілу низку вітамінів (B_1, B_2, B_6, B_{12}, фолієву кислоту, РР, К); містять набір ферментів, які беруть участь у метаболізмі основних харчових нутрієнтів (жирів, білків, вуглеводів), а також розщеплюють основні бактеріальні і харчові алергени; сприяють підвищенню місцевого імунітету. Нами в комплексній терапі порушень з боку ШКТ було використано препарат «Симбітер ацидофільний» із концентрацією в одній дозі 10^{10} живих клітин пробіотичних бактерій, який як раз і рекомендується виробниками новонародженим, дітям грудного і раннього віку [5].

Метою дослідження було вивчення ефективності пробіотика "Симбітер" у комплексній терапі порушень ШКТ у дітей раннього віку.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Під спостереженням знаходилося 30 пацієнтів, які перебували на стаціонарному обстеженні і лікуванні у гастроентерологічному відділенні Тернопільсько обласно клінічно дитячо лікарні (ТОКДЛ). Серед обстежених переважали дівчатка – 18 (60 %), хлопчиків було 12 (40 %). Вік хворих – від 1 місяця до 1 року, з них діти від 1-го до 3-х місяців складали 67 %, з 3-х до 6-ти місяців – 20 %, з 6-ти місяців до 1-го року – 13 %. Тривалість захворювання була від 1 тижня до 2-3 місяців. Залежно від отримано терапі всі діти були поділені на три групи. Основну групу склали 20 хворих, решта 10 – групу контролю. Розподіл хворих за віком представлений на рисунку 1.

Більшість пацієнтів (93,3 %) була переведена з інших відділень ТОКДЛ (хірургічного, інтенсивно терапі , діагностично-інфекційного), де вони перебували з приводу основно патології. Причиною поступлення дітей в хірургічне відділення було порушення випорожнень і наявність зригувань у значній кількості, що вимагало виключення пілоростенозу. У відділенні інтенсивно терапі хворі знаходились після отруєння нітратами і грибами. Декілька пацієнтів були переведені в гастроентерологічне відділення з інфекційно-діагностичного, де лікувались з приводу гострого вірусного захворювання, ускладненого бронхітом та пневмонією. Двоє малюків (6,7 %) поступили на обстеження для виключення вродженого синдрому мальабсорбці у зв'язку із проблемами із випорожнення від народження.

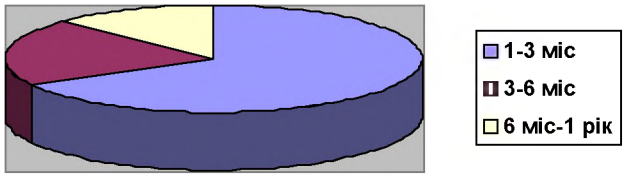

Рис. 1. Розподіл обстежених хворих за віком.

Скарги у матерів щодо стану дитини були надзвичайно різноманітними: порушення сну, подразливість, зниження апетиту чи відмова від жі, здуття живота, зригування, іноді у досить великій кількості. Зміни з боку випорожнень: х відсутність протягом декількох діб або часті випорожнення після кожного приймання жі, з неперетравленими рештками жі, зі слизом. Анамнестично була виявлена низка сприяючих факторів ризику, що вели до згасання лактаційно функці у годуючих матерів та проблем з кишковою мікрофлорою у новонароджених малюків. Групи факторів ризику виникнення проблем з кишечною мікрофлорою відображені на рисунку 2.

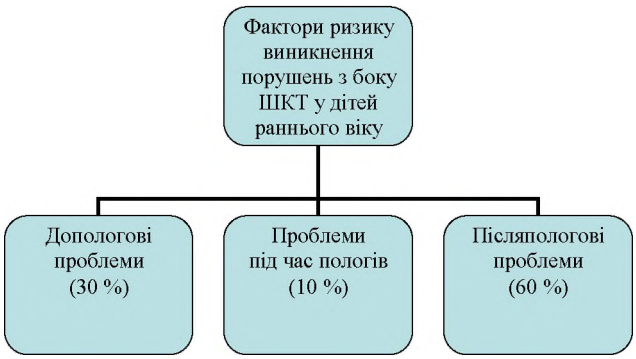

Рис. 2. Фактори ризику виникнення порушень з боку шлунково-кишкового тракту у дітей.

Допологові проблеми у матерів під час вагітності – це загроза переривання у різні терміни, ускладнений перебіг вагітності, такий як багатоводдя чи маловоддя, стан здоров'я вагітних жінок та супутня екстрагенітальна патологія, порушення матерями гігієнічного догляду, недотримання режиму і якості харчування. Під час пологів – це ускладнений перебіг пологів, в тому числі хірургічне втручання (кесарів розтин). Післяпологові проблеми в анамнезі – це вживання антибіотиків широкого спектра годуючими матерями у післяпологовому періоді, невчасне прикладання до грудей, перинатальна патологія.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ У основній групі (20 дітей раннього віку) пацієнти отримували препарат "Симбітер" у складі комплексно терапі (як базисна терапія – прокінетики, препарати для зменшення газоутворення, лактулоза, ферменти; за показаннями – антибактеріальні препарати протягом 5–7 днів). Перша контрольна група (5 дітей) взагалі не отримувала, крім базисно терапі , препаратів для нормалізаці мікрофлори. Друга контрольна група (5 дітей) на фоні базисно терапі як препарат для по-

кращання мікрофлори отримувала бактерійний препарат "Йогурт" по ½ капсули двічі на добу за 40 хвилин до ди.

У комплексній терапії пацієнтів, які отримували антибактеріальну терапію, був використаний препарат "Симбітер ацидофільний', який призначався таким чином: дітям 1-3 місяців ½ дози в два прийоми протягом доби через 2 години після прийому антибактеріального препарату; від 3 до 6 місяців – 1 доза на добу; від 6 місяців до 1 року – 1-2 дози відповідно. Пробіотик використовувався протягом усього курсу антибактеріально терапії (це в середньому 7-10 днів). Динаміка ліквідаці деяких клінічних симптомів у дітей різних груп спостереження представлена на рисунку 3.

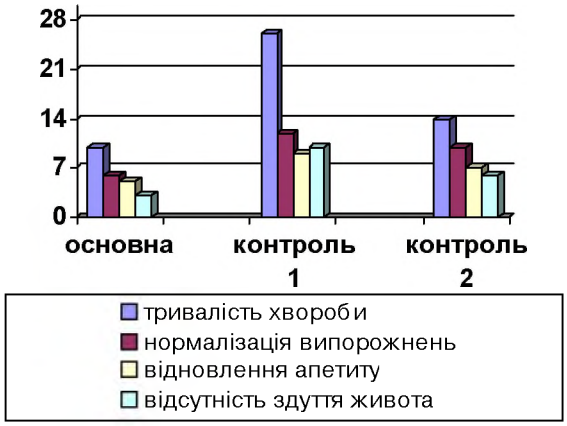

Рис. 3. Динаміка зникнення основних клінічних симптомів в різних групах спостереження.

Як видно із рисунка 3, зворотна інволюція клінічних симптомів у дітей основно групи була швидшою, ніж у дітей контрольних груп. Найгірші показники відмічалися в 1 групі контролю, де препарат для покращання мікрофлори кишечника взагалі не призначався, дещо кращі результати відмічалися в 2 групі контролю. Так, вже на 6-й день відбулася нормалізація характеру і частоти випорожнень у дітей основно групи, що отримували "Симбітер", тоді як в 1 групі контролю це відбулося на 12-й, а в 2 групі – на 10-й день перебування в стаціонарі. Схожою була динаміка інших клінічних симптомів, причому найкращі показники відмічалися саме в основній групі у пацієнтів, які в комплексній терапії отримували "Симбітер". Тривалість захворювання була найдовшою у дітей 1 групи контролю і складала 26 днів, а найкоротшою – в основній групі (10 днів).

Для корекці дисбіозів різного ступеня кратність і тривалість застосування препарату "Симбітер" залежала від ступеня порушення мікрофлори кишечника. При дисбіозі I-II ступеня у віці від 1 до 3 місяців пробіотик призначався по ½ дози в два прийоми протягом 10 днів, від 3 до 6 місяців – по 1 дозі на добу протягом 10-15 днів, від 6 місяців до 1 року – по 2 дози на добу протягом 10-15 днів. При дисбіозі III-IV ступеня у віці від 1 до 3 місяців "Симбітер" застосовували по ½ дози в два прийоми протягом 15-30 днів, від 3 до 6 місяців – по 1 дозі на добу протягом 15-30 днів, від 6 місяців до 1 року – 2 дози на добу протягом 15-30 днів, а при необхідності – довше.

У двох пацієнтів із підтвердженим вродженим синдромом мальабсорбці (гіполактазією) також було використано в комплексній терапії препарат "Симбітер" по ½ дози двічі на добу потягом 10 днів. Застосування даного препарату не супроводжувалося погіршенням стану малюків, навпаки, спостерігалося покращання загального стану й апетиту, зменшення частоти випорожнень і кількості неперетравлених решток жі у калових масах.

ВИСНОВКИ Таким чином, слід відзначити, що терапія ціло низки патологічних станів у дітей раннього віку, які супроводжуються диспепсичними порушеннями та змінами кишечно мікрофлори, повинна бути комплексною і включати препарати пробіотично ді [3]. Застосування цих препаратів є патогенетично обґрунтованим, вони не викликають стресово ді на організм дитини та сприяють швидшому видужанню. Але для підтримання нормального балансу мікрофлори в подальшому у багатьох випадках недостатньо одноразового курсу лікування, особливо при наявності затяжних чи хронічних захворювань. Включення до комплексно терапі протирецидивних курсів «Симбітеру» кожних 3 місяці або «Симбівіту» дозволить наблизити показники кишечно мікрофлори до цих показників у здорових дітей.

ЛІТЕРАТУРА

1. Антипкін Ю.Г., Шадрін О.Г., Муквіч О.М. Порушення мікробіоценозу кишечника та його корекція при гастроентерологічних захворюваннях у дітей раннього віку // Збірник праць сателітного симпозіуму «Сучасні аспекти застосування пробіотиків в педіатрі ». – Ки в, 2008. – С. 22–26.

2. Некоторые замечания относительно тактики использования пробиотиков в неонатологии и педиатрии / Е.М.Лукьянова, Д.С. Янковский, Г.С. Дымент и др. // Современная педиатрия. – 2005. – № 3(8). – С. 230–240.

3. Шунько Є.Є., Краснова Ю.Ю. Сучасні підходи до формування мікробіоценозу, профілактики та лікування інфекцій у новонароджених // Збірник праць сателітного симпозіуму «Сучасні аспекти застосування пробіотиків в педіатрі ». – Ки в, 2008. – С. 27–30.

4. Янковский Д.С., Дымент Г.С. Бифидобактерии и лактобациллы как оптимальная основа современных пробиотиков // Современная педиатрия. – 2006. – № 3 (14). – С. 184–194.

5. Янковский Д.С., Дымент Г.С. Современное состояние проблемы получения и клинического применения пробиотиков // Современная педиатрия. – 2007. – № 2 (15). – С. 136–146.

УДК 616.12-008.331.1+616.233-002]-085.37-097

Мазур О.П.

ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ ПОКАЗНИКІВ КЛІТИННО ТА ГУМОРАЛЬНО ЛАНОК ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ У ПОЄДНАННІ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ОБСТРУКТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЛЕГЕНЬ НА ФОНІ ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОФАНУ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ ПОКАЗНИКІВ КЛІТИННО ТА ГУМОРАЛЬНО ЛАНОК ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ У ПОЄДНАННІ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ОБСТРУКТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЛЕГЕНЬ НА ФОНІ ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОФАНУ – З метою вивчення клініко-функціональних особливостей артеріально гіпертензі у хворих із хронічними обструктивними захворюваннями легень, порушень клітинно та гуморально ланок імунітету залежно від стаді тяжкості хронічних обструктивних захворювань легень та ефективності застосування імунофану обстежено 48 хворих на артеріальну гіпертензію II-III стаді у поєднанні із хронічними обструктивними захворюваннями легень II-III ступенів тяжкості.

Встановлено, що у хворих із поєднаною патологією відмічається зниження рівнів CD_{4+}-хелперів, зростання CD_{8+}-супресорів та дисімуноглобулінемія, яка проявляється зниженням рівнів Ig A та Ig G при зростанні рівня Ig M, що свідчить про наявність виражено запально реакці у обстежуваних хворих та обґрунтовує доцільність програми х лікування.