

УДК 616.36/.342-085.331-053.2

©О. М. Шульгай, А. Б. Кабакова¹, А.-М. А. Шульгай*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
МОЗ України»**¹КУТОР «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня»*

ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБІОТИКІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДЕСТРУКТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ В ДІТЕЙ

ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБІОТИКІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДЕСТРУКТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ В ДІТЕЙ. У статті показано розповсюдженість деструктивних захворювань гастроудоденальної зони в дітей, їх клінічні особливості та вплив антигелікобактерної терапії на мікробіоту товстої кишки. Доведено доцільність застосування пробіотиків у комплексному лікуванні деструктивних захворювань гастроудоденальної зони в дітей.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ДЕТЕЙ. В статье показаны распространенность деструктивных заболеваний гастроудоденальной зоны у детей, их клинические особенности и влияние антихеликобактерной терапии на микробиоту толстой кишки. Доказана целесообразность применения пробиотиков в комплексном лечении деструктивных заболеваний гастроудоденальной зоны у детей.

FEASIBILITY OF USING PROBIOTICS IN COMPLEX TREATMENT OF DESTRUCTIVE GASTRODUODENAL ZONE DISEASES IN CHILDREN. The article shows the prevalence of destructive gastroduodenal zone diseases in children, clinical characteristics and impact of anti-helicobacter therapy on colon microbiota. It has been proved the expediency of probiotics in the complex treatment of destructive gastroduodenal diseases in children.

Ключові слова: діти, деструктивні ураження гастроудоденальної зони, антигелікобактерна терапія, порушення мікробіоти, пробіотик.

Ключевые слова: дети, деструктивные поражения гастроудоденальной зоны, антихеликобактерная терапия, нарушение микробиоты, пробиотик.

Key words: children, destructive lesions of gastroduodenal zone, anti-helicobacter pylori treatment, violations of microbiota, probiotics.

ВСТУП. Незважаючи на вдосконалення діагностики і лікування, патологія травного тракту є однією з найбільш розповсюджених та займає третє місце у структурі захворюваності дитячого населення України. Деструктивні хвороби гастроудоденальної зони (ГДЗ) – серйозна медико-соціальна проблема, оскільки значно знижують якість життя дитини та можуть призвести до інвалідизації у дорослому віці. Інфекційна теорія виникнення деструктивних захворювань шлунка та цибулини дванадцятипалої кишки (ДПК) на сучасному етапі є однією з основних поряд з іншими факторами, що зберігають свою актуальність. Рівень інфікованості *Helicobacter pylori* (HP) дитячої популяції залежить не тільки від економічного рівня сім'ї, але й від віку дитини [1]. Для ефективного лікування деструктивних захворювань ГДЗ, асоційованих із HP, у дітей, згідно з новими протоколами та рекомендаціями Маастриху IV, застосовують антибактеріальні препарати, іноді декілька одночасно [8]. А використання даних препаратів негативно впливає на стан кишкової мікробіоти, яка вже зазнала негативних змін під дією інфекційного агента. У свою чергу, зміни складу мікробіоти шлунково-кишкового тракту в дітей призводять до порушення імунітету за рахунок зниження нормальної флори (біфідо- і лактобактерії) та збільшення патогенних і умовно-патогенних мікроорганізмів, зниження засвоєння харчових нутрієнтів, що пригнічує опірність макроорганізму та

протидію інфекційному чиннику [3, 4, 7]. Крім того, відсутність негативного впливу пробіотиків на нормальну флору шлунково-кишкового тракту, на відміну від антибіотиків, не викликає виникнення до них стійкості в патогенних збудників, у тому числі й у HP [2].

Метою роботи було доведення ефективності застосування пробіотиків у комплексному лікуванні деструктивних захворювань ГДЗ та покращення його ефективності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ Було обстежено 26 дітей віком від 12 до 17 років, які лікувались у Тернопільській обласній дитячій клінічній лікарні з приводу деструктивних захворювань ГДЗ: у 17 (65,4 %) хворих діагностовано ерозивний гастроудоденіт (з них у 10 (38,5 %) – ерозивний дуоденіт, у 7 (26,9 %) – ерозивний гастрит), у 7 (26,9 %) – виразкову хворобу цибулини ДПК, у 2 (7,7 %) – виразкову хворобу шлунка (рис. 1).

У 5 (19,2 %) хворих активні виразки мали ускладнений перебіг (шлунково-кишкова кровотеча, перфорація). Обтяжений спадковий анамнез відмічався у 17 (65,4 %) пацієнтів. У клініці переважали больовий (73,1 %), диспепсичний (19,2 %) та астеновегетативний (61,5 %) синдроми, в 11,5 % хворих відзначався безсимптомний перебіг. Крім загальноприйнятих методів діагностики, в 100 % обстежених дітей використовували серологічний метод, а саме

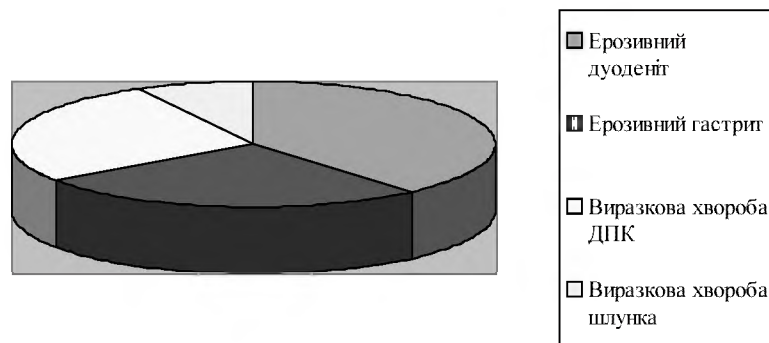


Рис. 1. Розподіл деструктивних захворювань ГДЗ за нозологіями у хворих дітей.

визначення антитіл IgG до HP та IgG до цитотоксину CagA HP у крові, з них у 84,6 % хворих отримано позитивний результат. У комплексному лікуванні всіх хворих, незалежно від наявності чи відсутності інфікування HP, застосовано 7-денну схему антигелікобактерної квадротерапії у дозах відповідно до віку: колоїдний субцитрат вісмуту по 120–240 мг 2 рази на добу, антибактеріальний препарат (амоксацилін 500 мг 2 рази на добу чи кларитроміцин 250 мг 2 рази на добу) та інгібітор протонної помпи 10–20 мг 2 рази на добу. До комплексу лікування частини хворих (18 дітей), які склали основну групу, було включено пробіотичний препарат, контрольна група (8 дітей) отримувала лише традиційну схему антигелікобактерної терапії. Пробіотик лацідофіл, який було використано для корекції кишкової мікробіоти, містить 2 млрд (2×10^9) живих клітин *Lactobacillus rhamnosus* R0011 та *Lactobacillus acidophilus* R0052. Лактобактерії *Lactobacillus rhamnosus* R0011 та *Lactobacillus acidophilus* R0052 повільно виводяться з кишечника (через 7–15 діб) після закінчення лікувального курсу препарату, тому терапевтичний ефект залишається на більш тривалій період. Перебування лактобактерій у просвіті кишечника сприяє нормалізації кишкової мікрофлори, посиленню захисту від патогенних і умовно-патогенних мікроорганізмів за рахунок нормалізації бар'єрної функції кишечника та підвищення місцевого імунітету [2, 5, 6]. Цінним є те, що дані бактерії резистентні до агресивних середовищ організму, таких, як шлунковий сік та жовчні кислоти [6]. *Lactobacillus rhamnosus* R0011 мають здатність знижувати алергізацію організму, що є цінним при індивідуальних реакціях на проведення антигелікобактер-

ного лікування. Обстежені діти основної групи приймали лацідофіл по 1 капсулі 3 рази на день. Оскільки при одночасному пероральному прийманні антибіотиків та лацідофілу знижується ефективність останнього, даний препарат хворі приймали за 2 год до або через 2 год після прийняття антибактеріального засобу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Порушення мікробіоти товстої кишки до застосування пробіотика було представлене зменшенням кишкової палички з нормальною ферментативною активністю нижче 10^5 КУО у 21 (80,8 %) дитини, наявністю клібсієли більше 10^4 КУО у 14 (53,8 %) хворих, золотистого стафілокока більше 10^3 КУО – у 9 (34,6 %), дріжджоподібних грибів роду *Candida* більше 10^3 КУО – у 17 (65,4 %), появою протей та палички синього гною – у 2 (7,7 %) і 1 (3,8 %) відповідно. Запропоноване лікування добре переносилося хворими, сприяло швидшому усуненню клініко-ендоскопічних проявів захворювань, покращенню самопочуття пацієнтів основної групи (рис. 2).

Уже на 2–3 добу приймання лацідофілу в комплексі лікування зменшився і зник больовий синдром, на 3–4 добу були відсутні такі диспепсичні явища, як нудота, блювання, печія та відрижка. При контрольному ендоскопічному обстеженні через 10 днів відмічалося зникнення деструктивних і запальних змін слизової оболонки шлунка та ДПК. При доповненні лікування пробіотичним препаратом «Лацідофіл» у пролікованих дітей основної групи вже через 5 днів відбулася нормалізація випорожнень, а через 7 днів спостерігалась поступова нормалізація показників кишкової мікрофлори, порівняно з даними до лікуван-

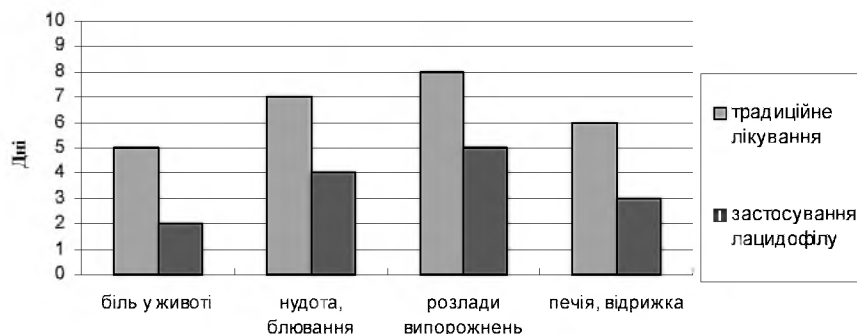


Рис. 2. Динаміка основних клінічних симптомів на фоні лікування.

ня, у вигляді збільшення вмісту біфідо-, лактобактерій та кишкової палички з нормальною ферментативною активністю, а також зниження кількості або й зникнення умовно-патогенної і патогенної флори (золотистого стафілокока, протей, палички синього гною, клебсієли) та грибів роду *Candida*, що узгоджується з даними літератури [2]. У дітей контрольної групи зникнення клініко-ендоскопічних змін, характерних для деструктивної патології ГДЗ, було значно повільнішим: больовий синдром зник на 5 добу, а диспепсичні прояви – на 7–8 добу, при контрольній ендоскопії через 10 днів виразкові дефекти загоїлись, але залишалися запальні зміни у вигляді поверхневого гастриту чи дуоденіту. В дітей контрольної групи, які не отримували пробіотик, не відбулася нормалізація кишкової мікробіоти за час перебування їх у стаціонарі.

ВИСНОВКИ. Застосування лацідофілу в комплексному лікуванні деструктивних захворювань гастроудоденальної зони у дітей сприяло більш швидкій регенерації слизової оболонки шлунка і ДПК, підвищувало рівень ерадикації. Побічних ефектів у вигляді алергічних реакцій в процесі використання пробіотичного препарату не відмічалось, жодному пацієнту не було необхідності переривати комплекс лікування у зв'язку з його поганою переносимістю.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Порушення кишкової мікробіоти у дітей із деструктивними захворюваннями гастроудоденальної зони потребує подальшого вивчення, а до комплексу лікування даної патології доцільно включати препарати, що позитивно впливають на мікробіоценоз кишечника та запобігають розвитку побічних ефектів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абатуров А. Е. Хронические *СagA* (+) *Helicobacter pylori*-ассоциированные гастриты у детей / А. Е. Абатуров, О. Н. Герасименко, Н. Ю. Завгородняя. – Харьков : С.А.М., 2014. – 400 с.
2. Бабак О. Я. Применение Лацідофіла в лечении дуоденальных пептических язв, ассоциированных с *H.pylori* / О. Я. Бабак // Новости медицины и фармации. – 2007. – № 5. – С. 29.
3. Бекетова Т. Нові підходи до лікування порушень мікробіоценозу травної системи у дітей / Т. Бекетова // Ліки України. – 2002. – № 2. – С. 55–56.
4. Микрофлора человека и роль современных пробиотиков в ее регуляции / В. В. Бережной, С. А. Крамарев, Е. Е. Шунько [и др.] // Здоровье женщины. – 2004. – № 1 (17). – С. 134–139.
5. Гришель А. И. Пробиотики и их роль в современной медицине / А. И. Гришель, Е. П. Кишкурно // Вестник фармации. – 2009. – № 1 (43). – С. 90–93.
6. Иванько О. Г. Лекарственная форма *Lactobacillus acidophilus* снижает частоту диареи, вызванной токсинами *Clostridium Difficile A+B*, у детей, получающих антибиотикотерапию / О. Г. Иванько, Е. А. Радутная // Запорожский медицинский журнал. – 2005. – № 2. – С. 65–68.
7. Защитные функции микрофлоры кишечника / С. А. Крамарев, О. В. Выговская, Д. С. Янковский, Г. С. Дымент // Здоровье ребенка. – 2008. – № 2 (11). – С. 83–90.
8. Про затвердження уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення : наказ МОЗ України від 29.01.2013 р. № 59. – 300 с.

Отримано 11.03.15