Читайте нас на сайте: http://med-expert.com.ua

УДК 616-021.5-056.43+616.2-002]-092:612.34/.35]-053.2

Т.Є. Шумна, В.І. Мазур

Оптимізація лікування коморбідних порушень органів травлення у дітей з алергічними захворюваннями

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA.2015.3(63):96-99;doi10.15574/PP.2015.63.96

Мета — оптимізувати лікування коморбідних порушень органів травлення в дітей з алергічними захворюваннями.

Пацієнти та методи. Наведено дані про обстеження і лікування 175 дітей (93 хлопчики і 82 дівчинки) віком 3–18 років з алергічною патологією. Основну групу, до комплексної терапії яких був включений тіотриазолін, склали 100 дітей (56 хлопчиків і 44 дівчинки). Контрольну групу склали 75 дітей (37 хлопчиків та 38 дівчаток), до комплексної терапії яких не включали тіотриазолін. Отримані результати оброблені за допомогою традиційних статистичних методів.

Результати. У 66% дітей з алергічними захворюваннями до патологічного процесу залучався шлунково-кишковий тракт. Виявлені зміни підшлункової залози і печінки при алергічних захворюваннях зворотні і можуть трактуватися як реактивні.

Висновки. Наведені результати наших спостережень свідчать про обґрунтованість включення тіотриазоліну до комплексної терапії алергічних захворювань у дітей.

Ключові слова: діти, алергічні захворювання, дерматореспіраторний синдром, органи травлення.

Вступ

Патогенетичну основу алергічних реакцій та захворювань становлять зміни імунного статусу організму, що виникають унаслідок сенсибілізації його до різних екзо- та ендоалергенів [7, 8, 9]. Проникнення алергенів в організм може забезпечуватись інгаляційним шляхом, парентерально та через шлунково-кишковий тракт. Одним із факторів, що значною мірою спричиняють розвиток алергічних захворювань, є реактивні, дискінетичні та ферментативні порушення функції органів травлення [5]. Також від функції печінки як головного бар'єрного органу залежить детоксикація алергенів [1].

Відомо, що тісний анатомо-фізіологічний зв'язок підшлункової залози з гепатобіліарними та гастродуоденальними зонами приводить до поєднаного ураження цих органів. Безумовно, що рання діагностика патології печінки та підшлункової залози і своєчасна цілеспрямована терапія допоможуть, в одних випадках, попередити хронізацію функціональних порушень, в інших — призупинити прогресування запального процесу в підшлунковій залозі та печінці [5].

Ідеальна модель лікування алергічної патології залежно від їх клінічної форми, тяжкості та періоду захворювань передбачає використання загальноприйнятих за міжнародними стандартами лікарських препаратів (антигістамінних, глюкокортикостероїдів (інгаляційних, топічних, системних), інгібіторів лейкотрієнових препаратів, β2-адреноміметиків короткої та тривалої дії, метилксантинів та за потребою можна додавати мембраностабілізатори, адсорбенти. Тільки в періоді ремісії застосовують алергенспецифічну імунотерапію з причинно значущим алергеном. Одним із таких препаратів є тіотриазолін, який протизапальні, мембраностабілізуючі, антиоксидантні, антирадикальні, кардіо- та гепатопротекторні властивості, поліпшує мікро- та макрогемодинаміку, нормалізує функції основних внутрішньоклітинних месенджерів, які коригують метаболічні процеси. Тіотриазолін об'єднує властивості декількох синдромальних і симптоматичних препаратів. З іншого боку, тіотриазолін є ефективним при вентиляційній та тканинній гіпоксії, тобто ліквідує прояви дихальної недостатності на тканинному рівні, зменшуючи бронхіальну обструкцію. Властивість зберігати енергетичний запас клітин забезпечує ефективність тіатриазоліну при поєднанні алергічної та супутньої гепатобіліарної патології [6].

Мета роботи — оптимізувати лікування коморбідних порушень органів травлення у дітей з алергічними захворюваннями.

Матеріали та методи дослідження

Під нашим спостереженням знаходилося 175 дітей (93 хлопчики та 82 дівчинки) віком 3–18 років з алергічною та супутньою патологію органів травлення. Основну групу склали 100 дітей (56 хлопчиків і 44 дівчинки), серед яких з бронхіальною астмою (БА) було 44 (44%) дитини, з атопічним дерматитом (АД) — 41 (41%), з алергічним кон'юнктивітом (АК) — 15 (15%) хворих. До комплексного лікування цих дітей був включений тіотриазолін. Контрольну групу склали 75 дітей (37 хлопчиків та 38 дівчаток), до комплексної терапії яких не включали тіотриазолін. У контрольній групі спостерігалось 30 (42,86%) дітей з БА, 30 (42,86%) хворих з АД і 15 (20%) дітей з АК.

Клінічна картина захворювань як в основній, так і в контрольній групі зіставлялася за ступенем тяжкості та періодом процесу з рівномірним розподілом по групах спостереження. До того ж серед усіх дітей з БА у 28 (37,8%) хворих спостерігався дерматореспіраторний синдром. Середньотяжкий перебіг БА відмічався у 77% хворих, тяжкий — у 10,8%, легкий — у 9,46%. У 7 дітей з дерматореспіраторним синдромом та БА шкірний процес був розповсюдженим та у 21 — локалізованим. У хворих з АД локалізована форма захворювання була в 39,4% випадків, розповсюджена — в 60,8%. Усім дітям проводилося комплексне обстеження, враховувалися скарги, анамнестичні та клінічні дані, результати лабораторних та інструментальних методів дослідження, оцінка їх динаміки при лікуванні. Для оцінки функції органів травлення визначалися рівні ліпази, амілази в крові та діастази в сечі, копрологічні дослідження калу. У всіх хворих проводилося біохімічне дослідження крові (визначалися рівні аланін- та аспартатамінотрансферази, тимолова проба, вміст загального протеїну та його фракції, рівень білірубіну і холестерину). Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини (підшлункової залози, печінки та жовчного міхура) проводилося до та після курсу лікування. У комплексному лікуванні дітей основної групи застосовувався тіотриазолін, тривалість курсу лікування — 4 тижні. Отримані результати опрацьовувалися за допомогою традиційних статистичних методів [4].

Читайте нас на сайте: http://med-expert.com.ua

Таблиця 1

Розподіл дітей залежно від клінічної форми захворювання та віку

Вік, роки	Основна група						Контрольна група					
	БА n=44		АД n=41		АК n=15		БА n=30		АД n=30		АК n=15	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
3–5	6	13,64	14	34,15	1	6,67	3	10	11	36,67	1	6,7
6–9	12	27,27	8	19,5	2	13,33	10	33,3	4	13,33	2	13,3
10–12	13	29,55	7	17,1	4	26,67	8	26,67	4	13,33	3	20
13–15	7	15,9	8	19,51	4	26,67	5	16,67	6	20	2	13,3
16–18	6	13,64	4	9,76	4	26,67	4	13,33	5	16,67	2	13,3

Результати дослідження та їх обговорення

Розподіл дітей по групах залежно від основних клінічних форм та віку наведено в таблиці 1.

За результатами дослідження встановлено, що діти частіше хворіли на БА та АД, ніж АК ($p<0,001$). АД переважав у структурі нозологій дітей віком 3–5 років, а БА та АК частіше реєструвались у дітей від 5 років.

Аналіз анамнестичних даних у дітей з алергічними захворюваннями встановив, що у 116 (66,28%) хворих відмічався больовий абдомінальний синдром, у 49,7% випадків біль носив нападоподібний характер і частіше всього не був пов'язаний зі вживанням їжі. Також мало місце зниження апетиту та схильність до закрепів. При більш поглибленому обстеженні дітей з больовим абдомінальним синдромом і проведенні у них ультразвукового дослідження були виявлені зміни з боку підшлункової залози та жовчовивідних шляхів у всіх дітей, але ступінь їх вираженості був різним. Так, у 46,55% хворих відмічалось збільшення розмірів жовчного міхура за рахунок його довжини (до 7–10 см відповідно віку). Аномалії форми жовчного міхура спостерігались у 83,6% дітей, причому S-подібна його форма — у 8,6%, перегини в області дна, тіла або шийки — у 62,93%, S-подібна шийка — у 5,17% хворих. У 31,9% хворих реєструвалась дискінезія жовчовивідних шляхів. У 10,3% дітей віком від 10 років мало місце потовщення стінок жовчного міхура (більше 3 мм), що розцінювалось нами з урахуванням клінічних проявів як ознаки хронічного холециститу. Слід відмітити, що перераховані зміни жовчного міхура не відображались на стані паренхіми печінки, яка була без ознак видимих змін у всіх обстежених дітей.

Ехографічні ознаки змін підшлункової залози реєструвались у 21,55% дітей. Дифузне її збільшення при незмінній паренхімі спостерігалось у 86,2% випадків (в області головки — до 16–23 мм, тіла — до 14–20 мм, хвоста — до 20–28 мм залежно від віку). Тільки у 18,97% хворих розміри залози в області головки та тіла були в межах вікової норми, а її збільшення відмічалося лише в області хвоста. Дифузне збільшення підшлункової залози за рахунок набряку паренхіми мало місце у 7,8% дітей, ділянки ущільнення паренхіми — у 9,5% хворих, переважно у дітей старших вікових груп. У 51,7% хворих реєструвалось ущільнення стінок судин у паренхімі підшлункової залози, причому частіше в області хвоста і рідше в області тіла та головки.

Індивідуальний анамнестичний аналіз історій хвороби та амбулаторних карт показав, що зміни підшлункової залози у вигляді збільшення різних відділів органу при незмінній паренхімі відмічались вже з 1-го року життя та найбільше були виражені у хворих із розповсюдженою формою АД. «Застійний» жовчний міхур та його різноманітні деформації реєструвались вже з перших років життя в цих дітей, ущільнення або потовщення його стінок спостерігалось у хворих із тривалим перебігом захворювання. Більш виражені зміни підшлункової залози у вигляді її дифузного збільшення за рахунок набряку паренхіми або наявності ділянок ущільнення в ній зустрічались рідше, але переважно у хворих із дерматореспіраторним синдромом.

Слід зазначити, що показники виявлених змін підшлункової залози при ультразвуковому дослідженні прямо корелювали зі ступенем і полівалентністю сенсибілізації (рівень загального IgE коливався у межах 110–2500 МО/мл) і тривалістю захворювання до 5–7 років. Не можна виключити, що функціональні порушення органів травлення з віком переходять в органічні, тобто має місце схильність до хронізації процесу (у 10,3% обстежених дітей старших вікових груп реєструвались ознаки хронічного холециститу, у 3,4% — хронічного панкреатиту) [5].

Виявлені зміни підшлункової залози в дітей з алергічними захворюваннями часто супроводжувались не тільки загальноприйнятим больовим симптомом у точці Мейо-Робсона, зоні Шофара, лівому підребер'ї, але й у точці жовчного міхура та наявністю закрепів або диспепсичними проявами.

Дослідження діастази крові та амілази сечі, функціональних проб печінки не виявили яких-небудь патологічних відхилень в обстежених хворих. Тільки при копрологічному дослідженні спостерігалися незначні зміни у вигляді неперетравленої клітковини, крохмалю, волокон.

Виявлені зміни підшлункової залози та печінки свідчили, по-перше, про загальну реакцію організму на вплив екзоалергенів. При цьому зміни при ехографічному обстеженні були знахідкою, і з боку органів шлунково-кишкового тракту клінічних проявів не було. По-друге, під впливом алергенів підшлункова залоза виступає як шоковий орган. В останньому випадку ехографічні дані реєстрували не тільки її збільшення, але й характерні зміни паренхіми. У цих хворих завжди виявлялися зміни в копрограмі, транзиторне збільшення рівня діастази сечі.

Враховуючи патогенетичні механізми, що лежать в основі ураження підшлункової залози у дітей з алергічними захворюваннями, особливо з дерматореспіраторним синдромом, призначалась дієтотерапія з виключенням облігатних алергенів, терапія згідно з протоколами лікування алергічної патології та засоби, що усували супутні порушення функції підшлункової залози, жовчного міхура, печінки [2, 3, 5, 6]. Для усунення порушень гепатобіліарної системи та підшлункової залози застосовувався тіотриазолін, що має антиоксидантну, мембраностабілізуючу, протизапальну, імуномодулюючу, гепатопротекторну дію та нормалізує жовчовидільну і детоксикаційну функцію печінки, який призначався в дозі 10 мг/кг три рази на добу протягом 4 тижнів [6]. Так, при тяжкому перебігу алергічного захворювання та загостренні процесу з боку органів травлення тіотриазолін застосовувався парентерально — 1 мл 1% розчину дітям до 5 років та 2 мл — дітям від 5 років із подальшим продовженням перорального прийому препарату; при АД призначалася мазь тіотриазо-

Читайте нас на сайте: http://med-expert.com.ua

Таблиця 2

Розподіл позитивних ефектів при застосуванні тіотриазоліну в дітей

Ознака	Основна група			Контрольна група		
	БА n=44	АД n=41	АК n=15	БА n=30	АД n=30	АК n=15
	абс./%	абс./%	абс./%	абс./%	абс./%	абс./%
Купирування гостроти процесу на 2–3-й день	41/ 93,2”	38/ 92,7*	12/ 80▪	16/ 53,3	13/ 43,3	7/ 46,7
Відсутність скарг на 2–3-й день	39/ 88,6”	37/ 90,2*	12/ 80▪	13/ 43,3	11/ 36,7	5/ 33,3
Нормалізація самопочуття та об’єктивного стану на 5-й день	44/ 100”	39/ 95,1*	15/ 100▪	12/ 40,0	14/ 46,7	8/ 53,3
Досягнення ремісії через 7 днів	44/ 100”	41/ 100*	15/ 100▪	19/ 63,3	18/ 60,0	9/ 60,0

Примітка: (”); (*); (▪) – Рφ<0,05 порівняно з контрольною групою.

ліну для зовнішнього застосування на уражену шкіру; при АК застосовувались 1% очні краплі тіотриазоліну.

На фоні комплексного лікування в обстежених дітей значно зменшувались або повністю щезали клінічні прояви хвороби, що супроводжувалось найбільш низькими значеннями загального IgE (74–940 МО/мл), а реактивні прояви зникали протягом 2 тижнів. Основні ефекти застосування тіотриазоліну наведено в таблиці 2. Встановлено, що при застосуванні тіотриазоліну для лікування алергічних захворювань у дітей в основній групі швидко вдавалося досягти купирування гостроти захворювання на 2–3-й день, у них вже на 2–3-й день були відсутні скарги, на 5-й день нормалізувалось самопочуття та об'єктивний стан, через 7 днів була досягнута ремісія. В основній групі у 92% дітей на 5-й день нормалізувались показники ферментів печінки (проти 35,7% з групи порівняння), Рφ<0,05.

Строки виникнення клініко-лабораторної ефективності при застосуванні тіотриазоліну мали прямий кореляційний зв'язок із наявністю (r=+0,4, p<0,05) та частотою виникнення коморбідних станів дитини (r=+0,6, p<0,05) і зворотний — зі строком початку (r=-0,5, p<0,05) і тривалістю початої терапії (r=-0,6, p<0,05). Усі діти переносили лікування добре, побічних реакцій і небажаних явищ при застосуванні тіотриазоліну не було.

Наведені результати наших спостережень свідчать про обґрунтованість комплексної терапії алергічних захворювань у дітей.

Висновки

У 66% дітей з алергічними захворюваннями до патологічного процесу залучаються органи травлення.

Виявлені зміни підшлункової залози та печінки при алергічних станах зворотні та розцінюються як реактивні.

Для лікування реактивних змін печінки та підшлункової залози у дітей з алергічними захворюваннями більш ефективною є комплексна терапія з включенням тіотриазоліну як препарату з мембраностабілізуючою та антиоксидантною дією.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алешина Р.М. Клинико-иммунопатогенетические особенности аллергических заболеваний и их профилактика в промышленном регионе Донбасса: автореф. дис. .... д.мед.н. / Р.М. Алешина. — Киев, 2005. — 38 с.
2. Збірка протоколів надання медичної допомоги при алергічних захворюваннях / Всеукраїнська громадська організація «Асоціація алергологів України». — Вінниця, 2011. — 169 с.
3. Магнійвмісні препарати: фармакологічні властивості, застосування. — Запоріжжя-Київ, 2007. — 124 с.
4. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. — Москва: МедиаСфера, 2006. — 312 с.
5. Свінцицький А.С. Діагностика та лікування поширених захворювань органів травлення: практ. пос. для лікарів загальної практики / А.С. Свінцицький. — Київ, 2004. — 240 с.
6. Тиотриазолин, фармакологические аспекты и клиническое применение / И.А. Мазур, Н.А. Волошин, С. Чекман [и др.]. — Запорожье-Львов, 2005. — 156 с.
7. Differens in allergic sensitization by self-reported race and genetic ancestry / J.J. Yang, E.G. Burchard, S. Choudhry [et al.] // J. Allergy Clin. Immunol. — 2008. — Vol. 122. — P. 820—827.
8. Wahn U. Allergy epidemics, solidarity and support to countries through pediatric Allergy and Immunology / U. Wahn, P.M. Matricardi, D. Kollmann // Pediatric Allergy and Immunology. — 2011. — Vol. 22, № 4. — P. 349.
9. Yuksel H. Prevalence and comorbidity of Allergic eczema, rhinitis, and asthma in a city in Western Turkey / H. Yuksel, G. Dinc, A. Sakar // J. Investig. Allergol. Clin. Immunol. — 2008. — Vol. 18 (1). — P. 31—35.

Оптимизация лечения коморбидных нарушений органов пищеварения у детей с аллергическими заболеваниями

Т.Е. Шумная, В.И. Мазур

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

Цель — оптимизировать лечение коморбидных нарушений органов пищеварения у детей с аллергическими заболеваниями.

Пациенты и методы. Представлены данные об обследовании и лечении 175 детей (93 мальчика и 82 девочки) в возрасте 3–18 лет с аллергической патологией. Основную группу, в комплексную терапию которых был включен тиотриазолин, составили 100 детей (56 мальчиков и 44 девочки). Контрольную группу составили 75 детей (37 мальчиков и 38 девочки), в комплексную терапию которых не включали тиотриазолин. Полученные результаты обработаны с помощью традиционных статистических методов.

Результаты. У 66% детей с аллергическими заболеваниями в патологический процесс вовлекался желудочно-кишечный тракт. Выявленные изменения поджелудочной железы и печени при аллергических состояниях обратимы и могут трактоваться как реактивные.

Выводы. Представленные результаты наших наблюдений свидетельствуют об обоснованности включения тиотриазолина в комплексную терапию аллергических заболеваний у детей.

Ключевые слова: аллергические заболевания, дерматореспираторный синдром, поджелудочная железа, печень.

Читайте нас на сайте: http://med-expert.com.ua

PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA.2015.3(63):96-99;doi10.15574/PP.2015.63.96

Optimization of treatment of comorbid disorders of the digestive system in children with allergic diseases

T.E. Shumnaya, V.I. Mazur

Zaporizhzhya State Medical University, Zaporizhzhya, Ukraine

Objective: to optimize the treatment of comorbid disorders of the digestive system in children with allergic diseases.

Patients and methods. The data on the examination and treatment of 175 children (93 boys and 82 girls) in the age 3–18 years with allergic diseases are presented. The main group of children consisted of 100 children (56 boys and 44 girls).This group in addition to the complex therapy had received tiotriosolini. The control group consisted of 75 children (37 boys and 38 girls) and had received complex therapy without tiotriosolini. The obtained results were processed with the use of conventional statistical methods.

Results. In 66% of children with allergic diseases to the pathological process was involved the gastrointestinal tract. The revealed changes of the pancreas and liver during the allergic condition are reversible and can be interpreted as reactive.

Conclusions. Obtained results of our observations indicate about the necessity of the inclusion of tiotriosolini in the complex therapy of allergic diseases in children.

Key words: allergic diseases, dermatorespiratory syndrome, pancreas, liver.

Сведения об авторах:

Шумная Тамила Евгеньевна — д.мед.н., доц. каф. факультетской педиатрии Запорожского ГМУ.
Адрес: г. Запорожье, пр. Маяковского, 26; тел. (061) 224-94-07.
Мазур Виктория Ивановна — к.мед.н., доц. каф. факультетской педиатрии Запорожского ГМУ.
Адрес: г. Запорожье, пр. Маяковского, 26; тел. (061) 224-94-07.

Статья поступила в редакцию 30.04.2015 г.

НОВОСТИ

Квиташвили подписал приказ о начале кампании вакцинации от полиомиелита

Министр здравоохранения Александр Квиташвили заявил, что на сегодняшний день в Украине уже подписаны все необходимые документы, чтобы начать кампанию по вакцинации от полиомиелита и ликвидации вспышки болезни.

Он объяснил длительную паузу до начала кампании вакцинации с момента выявления больных полиомиелитом детей тем, что готовилась она очень тщательно, нужно было время на тренинги медиков и исполнение всех международных нормативов и инструкций для ее проведения.

Как передает МОЗ, об этом Квиташвили сказал сегодня на брифинге в Киеве, который состоялся при участии представителей UNICEF, Агентства США по международному развитию (USAID) по делам ликвидации полиомиелита в мире, Всемирной организации здравоохранения в Украине.

По словам министра, кампания будет проводиться в соответствии с подписанным правительственного постановления и приказа Минздрава.

«Вчера у нас была встреча с премьером, в Кабинете министров, и там было дано четкое указание, и было письмо президента на основании чего Минздрав издал свой приказ. Сегодня я уже подписал приказ о плане действий, который дает зеленый свет на проведение вакцинации. И мы, исходя из того, что вакцина уже в регионах, можем издавать инструкцию по вакцинации», — сказал Квиташвили.

Он объяснил длительную паузу до начала кампании вакцинации с момента выявления больных полиомиелитом детей тем, что готовилась она очень тщательно, нужно было время на тренинги медиков и исполнение всех международных нормативов и инструкций для ее проведения, обеспечение условий для хранения вакцины и пр.

«Но мы уже готовы все начинать. Буквально с завтрашнего дня», — сказал министр. «Мы будем выезжать в регионы, смотреть, как все будет проходить. Я лично буду наблюдать. И мы будем стараться все правильно сделать», — добавил Квиташвили.

Координатор Агентства США по международному развитию (USAID) по делам ликвидации полиомиелита в мире Эллин Огден напомнила, что в 1988 году была подписана международная резолюция по борьбе с полиомиелитом, и Украина в том числе обязалась принять необходимые шаги, чтобы предотвратить распространение этого заболевания и предпринять быстрые меры, чтобы преодолеть его.

Источник: med-expert.com.ua