

Хотя необходимо отметить, что и здесь различия до и после лечения оказались статистически достоверны. До лечения были выявлены следующие изменения со стороны желудка: у 35% детей была обнаружена желчь, катаральные явления слизистой желудка выявлены у 67% детей. У 25% детей наблюдались гиперемия и рыхлость луковицы двенадцатиперстной кишки. Ультразвуковое исследование гепатобилиарной системы показало, что у 82% детей исследуемой группы были обнаружены функциональные изменения желчного пузыря, у 13,5% детей – диффузные изменения печени, у 28,3% детей выявлены реактивные изменения поджелудочной железы.

Обсуждение

После проведенного лечения доля детей с катаральными явлениями слизистой желудка снизилась до 6,5%; рыхлость и гиперемия двенадцатиперстной кишки сохранились только у 8% детей. Нормализация функций желчного пузыря выразилась в снижении доли детей более чем в три раза (с 82% до 25,1%). Диффузные изменения печени сохранились у 4% детей. Нарушения поджелудочной железы снизились в 1,8 раза (с 28,3% до 16%). В результате лечения произошло достоверное снижение процента детей, имеющих нарушения копрологической картины. Это, в свою очередь, нашло отражение в улучшении общей картины дисбиоза кишечника.

Таким образом, пробиотик «Йогулакт» является эффективным препаратом для лечения дисбиоза у

детей. Совместное применение йогулакта с нуклеинатом натрия является рациональным подходом в лечении, так как имеет место одновременная коррекция как микрофлоры кишечника, так и иммунной системы. При использовании вышеперечисленных препаратов у детей наблюдались хорошая переносимость и отсутствие побочных эффектов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А. А., Володина Н. Н., Самсыгина Г. А. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний. – М., 2007. – Т. 2. – 1087 с.
2. Куваева И. Б. // Вестн. АМН СССР. – 1986. – № 11. – С. 54–60.
3. Урсова Н. И., Римарчук Г. В., Савицкая К. И. Особенности коррекции нарушений микрофлоры толстой кишки у детей // Российский педиатрический журнал. – М., 2007. – № 1. – С. 35–37.
4. Олделфер М. С., Блэшфилд Р. К. Факторный, дискриминантный и кластерный анализ. – М., 1989. – С. 139–216.
5. Цветкова Л. М., Щербаков П. Л., Салмова В. С., Вартопедова Е. Е., Цветков П. М., Дорошенко Е. О. Результаты использования бифидумбактерина форте у детей, получавших антибактериальную терапию: Материалы VII конгресса педиатров России. – М., 2008. – С. 320–321.
6. Mancini G., Carbonara A. O., Heremans J. F. // Immunochemistry. – 1965. – Vol. 2. – P. 235–254.
7. Shore A., Doseh H. M., Gelfand E. W. // Nature. – 1978. – Vol. 274. – P. 586–588.

Поступила 12.05.2009

Т. Е. ПРИВАЛОВА¹, С. А. ШАДРИН¹, С. Р. ВАСИЛЬЕВА²

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ФИТОПРЕПАРАТОВ ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ЛИМФОГЛОТОЧНОГО КОЛЬЦА У ДОШКОЛЬНИКОВ

¹Кафедра педиатрии № 2 Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. 8 (861) 268-54-18;

²ДККБ, Россия, 350007, г. Краснодар, ул. Площадь Победы, 1

Гипертрофия небных и глоточных миндалин у дошкольников – наиболее часто выявляемая патология, а потому является не узкоспециальной, а общепедиатрической проблемой. Значимость лимфоидных органов для растущего организма и возможность их возрастной инволюции заставляют пересмотреть подходы к хирургическому лечению и разрабатывать консервативные органосберегающие методы лечения. Авторы оценили эффективность применения фитопрепаратов «синупрет» и «тонзилгон Н» у детей дошкольного возраста с функциональной патологией лимфоглоточного кольца.

Ключевые слова: дети дошкольного возраста, состояние здоровья, профилактическая медицинская помощь, фитотерапия.

T. Ye. PRIVALOVA¹, S. A. SHADRIN¹, S. R. VASILYEVA²

PREVENTIVE MEDICAL CARE OF MODERN PHYTOMEDICATIONS WITH PRESCHOOLCHILDREN SUFFERING FROM PHYSIOLOGICAL PATHOLOGY OF ADENOID DISEASE AND TONSIL PALATINE

¹Department of Pediatrics № 2, Kuban State Medical University,
Russia, 350063, Sedin Street, 4. Tel. 8 (861) 268-54-18;

²Regional Children Hospital, Russia, 350007, Victory Square, 1

Hypertrophy of tonsil palatine and tonsil pharyngea is the most often pathology that we can find among preschool children. So we can say that this is not only specialized field but generally pediatric problem. The importance of lymphoid organs for growing organism and the possibility of their age involution, makes us review our attitude to their surgical treatment and devise conservative methods

treatment. The authors appreciate the effectiveness of phytomedications «sinupret» and «tonsilgon N» while using it with preschool children suffering from physiological pathology of adenoid disease and tonsil palatine.

Key words: preschool children, health status, preventive medical car, phytomedications.

Введение

В настоящее время много внимания уделяется укреплению здоровья подрастающего поколения, так как показатели здоровья детского населения сегодня отражают состояние здоровья трудоспособного населения завтра. Проблемой ухудшения состояния здоровья детей обеспокоены не только родители, но и педагоги, врачи, государство [1, 3, 7, 9].

В течение 3 лет кафедра педиатрии № 2 КГМУ изучает состояние здоровья детей дошкольного возраста в дошкольных образовательных учреждениях (ДОУ) Центрального округа г. Краснодара, проблемы в организации профилактической помощи детям дошкольного возраста и разрабатывает пути их решения.

При обследовании 400 детей, посещающих ДОУ города Краснодара, были получены следующие результаты: к I группе здоровья (практически здоровые) отнесено лишь 17% обследованных, II группе (функциональная патология) – 63%, III группе (хронические заболевания в стадии компенсации) – 20% детей.

В структуре выявляемой патологии значительную часть (42,6%) составили функциональные и хронические заболевания лимфоглоточного кольца, которая распределилась следующим образом: у 22,8% детей выявлена гипертрофия небных миндалин I–III степени, у 8,8% – аденоиды I–III степени, в 8,0% случаев – аденоидиты и у 3,0% дошкольников уже встречается хронический тонзиллит. Преимущественно эти дети и представляли II и III группы здоровья. Кроме того, обращает внимание, что 87% детей посещают детское учреждение с явлениями подострого, затяжного ринита.

Широкая распространенность указанной патологии у детей дошкольного возраста позволяет сделать вывод, что данная проблема выходит за рамки узкоспециальной и приобретает общепедиатрический характер, так как педиатр является врачом первого контакта и к нему прежде всего обращаются дети с этой патологией.

До настоящего времени отношение к проблеме патологии органов лимфоглоточного кольца остается неоднозначным. Доказано, что гипертрофия глоточной и небных миндалин, периферических лимфатических узлов у дошкольников связана с возрастными особенностями иммунитета, конституцией, аллергизацией и частыми инфекционными заболеваниями верхних дыхательных путей. При отсутствии патологии с пяти-семилетнего возраста, как правило, начинается естественная инволюция этой лимфоидной ткани аналогично тимусу [2, 8, 10].

Глоточные и небные миндалины, периферические лимфоузлы, являясь органами иммунной системы, играют важную роль в защите детского организма от инфекций, участвуют в процессе формирования толерантности к пищевым аллергенам, и, кроме того, в последние десятилетия доказана их эндокринная и регуляторная функции. Барьерная функция этих органов значимо напряжена особенно в дошкольном возрасте, когда круг общения ребенка существенно расширяется (родственники, детские коллективы и др.), и, естественно, при столь активной работе происходит гипертрофия лимфоидных органов.

Выраженная гипертрофия глоточных и небных миндалин затрудняет носовое дыхание, а иногда и глотание, представляет собой благоприятный плацдарм для персистенции вирусов и бактерий. В этой связи ткань носоглоточной миндалины, как правило, находится в состоянии хронического воспаления, что оказывает неблагоприятное влияние на весь организм [4, 5, 8, 10].

Многочисленные методы патогенетически обоснованной консервативной терапии функциональных и хронических воспалительных заболеваний органов лимфоглоточного кольца с применением иммуномодуляторов, детоксикации, антибиотиков, противовоспалительных и антиоксидантных препаратов не приводят к исчерпывающим результатам. Отношение к целесообразности хирургического лечения лимфоидной ткани остается неоднозначным [2, 4, 5, 6, 8, 10].

Таким образом, значимость лимфоглоточного кольца для роста и развития детского организма и проблемы этой патологии остаются до конца не решенными, что требует дальнейшей разработки консервативных методов лечения. Совершенствование этих методов позволит предотвратить необходимость хирургического лечения до наступления возрастной инволюции лимфоидной ткани. Оптимальными критериями при реализации оздоровительных программ должно быть следующее: доступность широкому кругу потребителей, удобство применения, отсутствие побочных действий, переносимость, комплексное действие.

Одним из перспективных направлений является применение фитопрепаратов, которые обладают рядом существенных преимуществ. Это наиболее гармонизирующий с живой природой метод лечения. Биологически активные вещества растительного происхождения более естественно включаются в обменные процессы человека, чем синтетические. Следствием этого являются их лучшая переносимость, более редкое развитие побочных эффектов и осложнений. Преимущество метода состоит в огромном выборе лекарственных растений и широком спектре содержащихся в них химических соединений. В настоящее время фитотерапия становится предметом осознанного выбора благодаря относительной безвредности, мягкости действия, доступности, эффективности [11].

Уровень развития современной фармацевтической промышленности дает возможность выпускать многокомпонентные фитопрепараты высокого качества, содержащие строго дозированное количество действующего вещества, что обеспечивает гарантированную безопасность и эффективность лечения растительными препаратами [6, 13].

Фармакологическое действие этих препаратов определяется содержанием в них различных биологически активных веществ. Так, флавоноиды многих растений оказывают бактерицидное и противовоспалительное действие, обладают антиоксидантной и цитопротекторной активностью. Эфирные масла оказывают муколитический, отхаркивающий, спазмолитический, противомикробный эффекты. Фитонциды растений обладают выраженным бактерицидным

эффектом, кумарины – антикоагулянтным и спазмолитическим эффектами.

Многокомпонентное воздействие фитопрепаратов позволяет считать их применение весьма перспективным в терапии функциональных и хронических заболеваний лимфоидных органов респираторного тракта [6, 11, 13].

Немецкая фармацевтическая компания «Бионорика АГ», основанная в 1933 г., является одной из мировых лидеров внедрения современных фитопрепаратов. Благодаря инновационной политике компанией была разработана концепция фитониринга – исследование растительных активных веществ и их дальнейшее клиническое внедрение на основе современных научных методов и новейших технологий: начиная с селекции семян, культивирования, постоянного контроля качества и всех процессов производства.

Весьма привлекательным для включения в оздоровительные программы детей дошкольного возраста с функциональной и хронической патологией лимфоидного кольца представляется применение двух препаратов компании «Бионорика АГ» – тонзилгон Н и синупрет. Оба фитопрепарата хорошо зарекомендовали себя при лечении острой и хронической патологии верхних дыхательных путей (фарингиты, тонзиллиты, риниты, синуситы).

Препарат «тонзилгон Н» обладает иммуномодулирующей, противовоспалительной, антибактериальной эффективностью. Такое комплексное действие препарата обусловлено его мультикомпонентным составом: сочетанием экстрактов травы хвоща, корня алтея, цветов ромашки, листьев ореха, травы тысячелистника, коры дуба и травы одуванчика. Полисахариды ромашки и алтея характеризуются структурой, подобной поверхностным полисахаридам капсулы бактерий, что приводит к стимулированию фагоцитарной активности макрофагов.

Синупрет хорошо зарекомендовал себя своим секретолитическим, противовоспалительным, противоотечным, антивирусным и иммуномодулирующим действиями, обусловленными содержанием экстрактов корня генцианы, цветков примулы, травы щавеля, цветков бузины и травы вербены.

Тонзилгон Н разрешен к применению у детей с грудного возраста, а синупрет – с двухлетнего возраста. Препараты доступны широкому кругу потребителей и продаются в аптечной сети без рецепта.

Рационально подобранные составляющие препаратов и их дозировки позволили фирме-разработчику рекомендовать тонзилгон Н при патологии небных миндалин и задней стенки глотки, а синупрет – при заболеваниях слизистой носа и синусов.

Оба препарата прошли многоцентровые исследования и зарегистрированы в нашей стране как лекарственные средства. Кроме того, в 2008 г. впервые включены в I Педиатрический формуляр Союза педиатров России и имеют соглашение с НЦЗД РАМН на право использования круглой печати Союза педиатров России на всех рекламных материалах по препаратам.

В доступной литературе мы не нашли данных о применении этих препаратов с лечебно-профилактической целью при функциональной патологии лимфоидного кольца, а именно при гипертрофии небных и глоточных миндалин у детей дошкольного возраста.

В течение двух лет (2007–2009 гг.) авторами проводилось наблюдательное исследование по применению фитопрепаратов «тонзилгон Н» и «синупрет» у детей

с гипертрофией лимфоидных органов респираторного тракта.

Целью исследования являлись оценка эффективности применения фитопрепаратов «синупрет» и «тонзилгон Н» у детей дошкольного возраста с функциональной патологией лимфоидного кольца; изучение состояния здоровья детей дошкольного возраста, посещающих ДОУ города Краснодара, с функциональной патологией лимфоидного кольца; изучение динамики основных клинических симптомов на фоне применения препаратов «тонзилгон Н» и «синупрет» у детей дошкольного возраста с гипертрофией небных и глоточных миндалин; оценка клинической эффективности и переносимости препаратов «тонзилгон Н» и «синупрет» при применении у дошкольников; разработка и внедрение рациональной тактики применения фитопрепаратов у детей с патологией лимфоидных органов респираторного тракта.

Методика исследования

Под наблюдением находилось 55 детей дошкольного возраста, посещающих ДОУ Центрального округа города Краснодара. На момент начала исследования возраст детей составил 3,5–4 года. Все дети полностью завершили исследование.

Критериями включения детей в исследование являлись:

наличие у детей гипертрофии небных миндалин I–III степени в сочетании с гипертрофией глоточных миндалин I–II степени, подтвержденное ЛОР-врачом; отсутствие признаков острого воспаления на момент начала исследования;

добровольное согласие родителей на участие в исследовании.

Методом случайной выборки дети были разделены на 3 группы: 1-я – 20 детей, получающих фитопрепараты в виде монотерапии, 2-я – 20 детей, получающих курсы фитопрепаратов в комплексе с физиотерапевтическим лечением (ФТЛ), 3-я – 15 детей, получающих симптоматическое лечение при возникновении острых симптомов (ринит, аденоидиты, фарингит) местными и системными деконгестантами, антисептиками. В каждой группе дети были разделены на три подгруппы (А, В, С), в зависимости от степени гипертрофии небных миндалин (таблица).

Необходимо отметить, что в 60% случаев во всех трех группах имел место неблагоприятный аллергический преморбидный фон в виде пищевой гиперчувствительности, сезонного аллергического ринита. Дети с указанной патологией получали соответствующую терапию: постоянно гипоаллергенную диету, курсами антигистаминные препараты, кромоны, топические стероиды в период обострения.

Фитопрепараты «тонзилгон Н» и «синупрет» применялись в 1-й и 2-й группах детей в виде капель для приема внутрь, в возрастных дозировках, рекомендуемых фирмой-производителем, 3 раза в сутки, за 30 минут до приема пищи.

Учитывая доказанные эффекты препаратов «тонзилгон Н» и «синупрет» и высокую вероятность сочетанной патологии органов носоглотки, мы считаем логичным совместное лечебно-профилактическое применение этих препаратов у детей дошкольного возраста.

Дети 2-й группы кроме фитопрепаратов по назначению врача-физиотерапевта получали комплексный курс ФТЛ: низкоинтенсивное лазерное излучение от

аппарата «УЛАН-BL-20» с использованием внутриполостных оптических насадок «КВОН-2» в импульсном режиме с частотой 1500 Гц, длиной волны 0,86 мкм, эндоназально, по 5 минут на поле, фонофорез гидрокортизоновой мази от аппарата «УЗТ 101.Ф» с частотой механических колебаний 880 кГц, 0,2 Вт на 1 кв. см, в непрерывном режиме, по 5–10 минут на подчелюстную область с обеих сторон, по 10 процедур ежедневно.

Курсы лечения в обеих группах повторяли 1 раз в 3 месяца на первом году наблюдения и 1 курс в 6 месяцев на втором году. У детей с аллергическим ринитом курсы фитопрепаратов проводились при отсутствии обострения основного заболевания, в период ремиссии.

При возникновении эпизода ОРЗ назначался внеплановый курс препаратов «тонзилгон Н» и «синупрет» в тех же дозировках, с кратностью 5–6 раз в сутки при острых признаках, с переходом на 3-разовое применение при стихании симптомов.

При исследовании эффективности действия препаратов «тонзилгон Н» и «синупрет» оценивались следующие показатели:

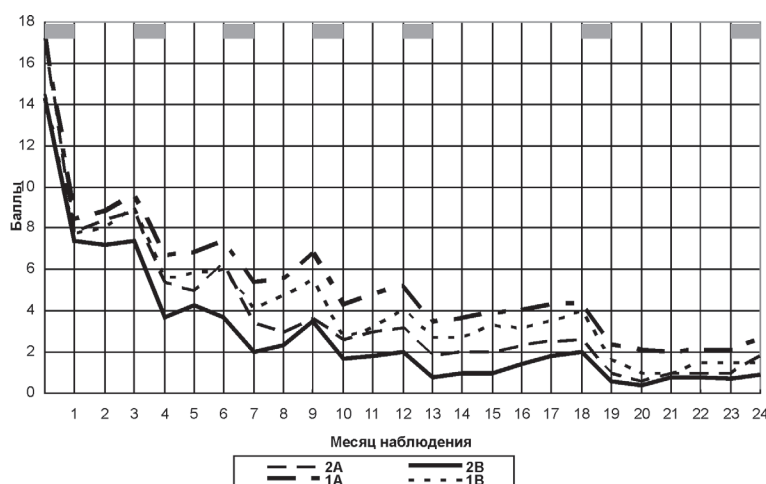
субъективные: нарушение самочувствия, заложенность носа, выделения из носа, боль и першение в горле;

объективные: затруднение носового дыхания, выделения из носа, гиперемия и отек слизистой оболочки носа, степень увеличения глоточных и небных миндалин, состояние задней стенки глотки, состояние периферических лимфатических узлов, количество ОРЗ до приема препарата, во время и после приема препарата.

Динамический осмотр врачом-педиатром проводился со следующей кратностью: в 1-й, 14-й, 30-й день от начала исследования, за тем ежемесячно 1 раз в месяц в течение всего периода наблюдения. ЛОР-врач осматривал детей перед началом исследования, далее 1 раз в 6 месяцев, в течение всего периода исследования.

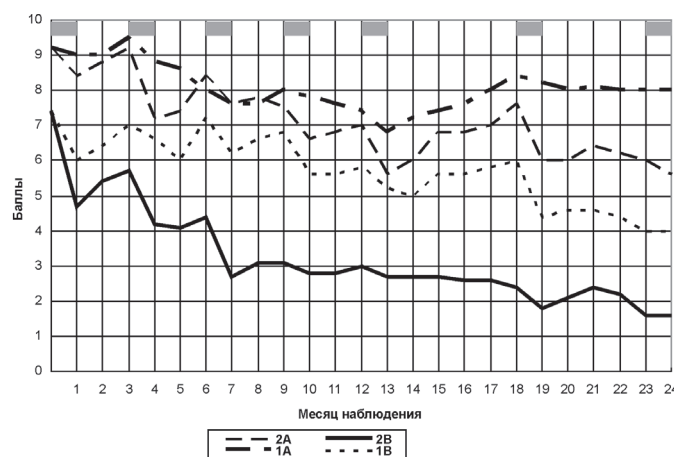
Результаты исследования

Оценка результатов проводилась по балльной системе. Субъективные и объективные признаки оценивались по 3-балльной шкале: отсутствие патологических признаков оценивалось в 0 баллов, умеренно выраженный признак – 1 балл, значительно выраженный – 2 балла. Состояние лимфоидных органов оценивалось в соответствии со степенью увеличения миндалин: I степень – 2 балла, II степень – 4 балла, III степень – 6 баллов.



Условные обозначения: ■ ки лечения

Рис. 1. Балльная оценка клинических показателей у детей 1-й и 2-й групп



Условные обозначения: ■ ки лечения

Рис. 2. Балльная оценка степени гипертрофии миндалин у детей 1-й и 2-й групп

Распределение детей по группам наблюдения

Подгруппа	1-я группа	2-я группа	3-я группа
	n (%)	n (%)	n (%)
А. Гипертрофия небных миндалин III ст. + аденоиды I–II ст.	6 (30,0)	7 (35,0)	4 (26,6)
В. Гипертрофия небных миндалин II ст. + аденоиды I–II ст.	8 (40,0)	7 (35,0)	8 (53,4)
С. Гипертрофия небных миндалин I ст. + аденоиды I–II ст.	6 (30,0)	6 (30,0)	3 (20,0)

Дети 1-й, 2-й групп с гипертрофией небных миндалин и аденоидами I степени (подгруппа С) на начало исследования не предъявляли жалоб, и их общее состояние не было нарушено. На фоне проводимой терапии отмечался положительный результат в виде уменьшения лимфоидной ткани до нормальных размеров уже после второго курса. Наиболее значимый эффект был отмечен во 2-й группе детей, получавших комплексное лечение. Несмотря на полученный результат, эти дети продолжали оставаться под наблюдением и получали лечение с профилактической целью в виде монотерапии только фитопрепаратами. К концу второго года наблюдения у детей этой группы не было отмечено признаков гипертрофии.

На рисунке 1 представлена динамика изменения общего состояния детей из групп наблюдения – 1А, 1В и 2А, 2В, так как именно у этих детей было наиболее выражено нарушение состояния и самочувствия на момент начала исследования. На оси ординат отражен средний балл оцениваемых симптомов в каждой группе детей, на оси абсцисс – месяц наблюдения. Фитопрепараты применялись на первом году наблюдения в 1-й, 3-й, 6-й, 9-й месяцы и на втором году – в 1-й, 7-й и 12-й месяцы наблюдения.

Как видно, на момент начала исследования у детей всех 4 групп общее состояние было значительно нарушено и составило: в группах 1А и 2А – 17,2±0,72 и в группах 1В и 2В – 14,3±0,91 балла.

После первого курса лечения отмечено достоверное ($p<0,05$) улучшение в состоянии детей как субъективно, так и по объективным данным, что выражалось снижением среднего балла с 17–14 до 7–8 баллов. В течение последующих двух месяцев под действием инфекционно-аллергических факторов состояние детей несколько ухудшалось, что отражено на графике повышением кривой до 8–9 баллов. Однако при последующих курсах лечения положительная динамика четко прослеживалась в этих группах детей на протяжении всего периода наблюдения и к исходному уровню не возвращалась. Отмечено, что большая эффективность курсового лечения имела место у детей со II степенью гипертрофии небных миндалин, получающих комплексную терапию (ФТЛ и фитотерапию).

На рисунке 2 отражена динамика состояния небных и глоточных миндалин. По оси ординат отмечен средний балл, суммарно полученный при объективной оценки степени гипертрофии глоточных и небных миндалин, по оси абсцисс – месяцы наблюдения. Представленные графики отражают прямую взаимосвязь степени гипертрофии лимфоидной ткани с улучшением общеклинического состояния. Балльная оценка степени гипертрофии органов лимфоидного кольца показывает, что отмечается умеренное уменьшение объема миндалин во всех группах, получавших лечение. К концу второго года зарегистрирована стабилизация процесса с тенденцией к уменьшению гипертрофированных лимфоидных органов. Наиболее значимые изменения лимфоидной ткани отмечены у детей со

II степенью гипертрофии небных миндалин, получавших комплексную терапию – фитопрепараты и ФТЛ (2В группа).

В группе детей с гипертрофией небных миндалин и аденоидами I степени, получавших только симптоматическое лечение при остром обращении (3С группа), отмечалось прогрессирование увеличения небных миндалин, и к концу второго года все они имели гипертрофию II степени. Динамика наблюдения за детьми с гипертрофией II и III степени (3А и 3В группы) выявила постепенное увеличение лимфоидной ткани, что привело к необходимости оперативного лечения (адено-тонзиллотомия) у четырех детей.

Обсуждение

На момент окончания исследования детям исполнилось 5,5–6,5 года. За весь период наблюдения у детей 1-й и 2-й групп уменьшилось количество эпизодов ОРЗ (с 7–8 до 1–3 раз в год). В контрольной группе отмечалось сохранение высокой частоты заболеваемости ОРЗ, в периоды отсутствия острых симптомов постоянно отмечались затруднение носового дыхания, скудное слизистое отделяемое.

Лучший эффект отмечен у детей во 2-й группе, которые получали комплексное профилактическое лечение: применение фитопрепаратов с ФТЛ. Ни одному ребенку из этой группы не было проведено хирургическое лечение (аденотомия, тонзиллотомия, тонзилэктомия) в связи с отсутствием показаний. В 1А группе был прооперирован 1 ребенок (адено-тонзиллотомия) на втором году наблюдения. При этом наблюдение не прекращалось, и фитопрепараты ребенок продолжал применять в качестве предоперационной подготовки и в послеоперационном периоде. Послеоперационный период у всех детей протекал гладко, без осложнений.

При применении фитопрепаратов «тонзилгон Н» и «синупрет» в связи с острым заболеванием, по мнению родителей, значимо быстрее наблюдалось исчезновение катаральных явлений, чем в предыдущие эпизоды ОРЗ, которые лечились другими симптоматическими средствами.

Оба препарата хорошо переносились детьми, не было зарегистрировано никаких побочных эффектов. Следует отметить хорошую переносимость данных фитопрепаратов у детей с отягощенным аллергофоном.

Таким образом, проведенное исследование позволяет полагать, что имеется определенная взаимосвязь между персистирующим воспалением носоглотки и степенью гипертрофии органов лимфоидного кольца. Гипертрофированная лимфоидная ткань у детей дошкольного возраста является функциональным отклонением, при своевременно начатом и регулярном проведении лечебно-профилактических курсов санации способна к инволюции.

Современные фитопрепараты «тонзилгон Н» и «синупрет» способствуют уменьшению гипертрофированных небных и глоточных миндалин, хорошо переносятся

детьми дошкольного возраста. Эти препараты могут быть рекомендованы в виде длительного курсового приема в качестве лечебно-профилактического средства для детей дошкольного возраста с гипертрофией лимфоидных органов с целью профилактики формирования хронических заболеваний верхних дыхательных путей как в виде монотерапии, так и в комплексе с методами ФТЛ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбицкий В. Ю., Баранов А. А., Пуртов И. И. О комплексном подходе к выделению детей группы риска // Проблемы управления здоровьем матери и ребенка. – М.: Московский НИИ педиатрии и детской хирургии, Ивановский НИИ материнства и детства. – 1987. – С. 160–168.
2. Быкова В. П. Морфофункциональная организация небных миндалин как лимфоэпителиального органа // Вест. оторинолар. – 1998. – № 1. – С. 41–45.
3. Вельтищев Ю. Е. Проблемы охраны здоровья детей России // Рос. вест. перинатологии и педиатрии. – 2000. – № 1. – С. 5–9.
4. Гаращенко Т. И., Богомилский М. Р., Шишмарева Е. В. Новые подходы к лечению обострений хронического тонзиллита у детей // Детские инфекции. – 2004. – № 1. – С. 36–40.
5. Гаращенко Т. И., Володарская В. Г. Профилактика и лечение хронического тонзиллита у часто и длительно болеющих детей // Детские инфекции. – 2007. – № 1. – С. 56–59.

6. Зиборова Н. В., Маккаев Х. М. Опыт применения фитопрепаратов «синупрет» и «тонзилгон Н» для лечения ЛОР-заболеваний у детей // Вест. пед. фармакологии и нутрициологии. – 2006. – Том 3. – № 2. – С. 77–80.

7. Намазова Л. С., Ботвиньева В. В., Торшоева Р. М. и др. Лечение и профилактика острых респираторных инфекций у часто болеющих детей, проживающих в мегаполисах // Детские инфекции. – 2007. – № 2. – С. 49–52.

8. Пальчун В. Т. (под ред.) Оториноларингология. Национальное руководство. – М.: Гэотар-Медиа – 2008. – 954 с.

9. Постановление Правительства РФ от 21 марта 2007 г. № 172 «О Федеральной целевой программе «Дети России» на 2007–2010 годы».

10. Радциг Е. Ю. Новые возможности местной терапии аденоидов у детей // Лечащий врач. – 2006. – № 6. – С. 81–83.

11. Самсыгина Г. А., Брашкис Н. П. Респираторные заболевания у детей. Основные принципы фитотерапии. – М., 1999. – 24 с.

12. Ernst E., März R., Sieder Ch. Контролируемое многоцентровое сравнительное исследование применения растительных и синтетических секретолитических препаратов при острых бронхитах // Phytomedicine. – 1997. – Т. 4. – № 4. – С. 287–293.

13. ESCOP Monograph, Thimi herba (Thyme). European Scientific Cooperation on Phytomedicine, Elburg (2003).

Поступила 25.05.2009

Н. Г. СОБОЛЕВА¹, С. А. БОЙКОВ², О. В. ДОЛБНЕВА², Н. С. ШАТОХИНА^{1,2}

СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА И ЕГО СОЧЕТАНИЕ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ У ДЕТЕЙ В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ

¹Кафедра детских болезней Кубанского государственного медицинского университета, Россия, 350007, г. Краснодар, ул. Седина, 4.

²детская краевая клиническая больница, Россия, 350007, г. Краснодар, пл. Победы, 1. E-mail: natalia.soboleva@rambler.ru

В работе проведено изучение сочетания синдрома раздраженного кишечника и атопического дерматита у детей Краснодарского края. Показана тесная связь нарушений биоценоза кишечника, эндоскопических нарушений верхних отделов ЖКТ с давностью и тяжестью течения атопического дерматита. Проведена оценка достаточно широкого спектра методов лечения, направленных на все патогенетические механизмы этого гастроэнтерологического заболевания. Установлено, что современная коррекция функциональных нарушений кишечника у детей с атопическим дерматитом особенно актуальна с точки зрения предупреждения прогрессирования и хронизации патологического процесса.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, атопический дерматит, дети.

N. G. SOBOLEVA¹, S. A. BOYKOV², O. V. DOLBNEVA², N. S. SHATHOKHINA^{1,2}

IRRITABLE BOWEL SYNDROME AND ITS ASSOCIATION WITH ATOPIC DERMATITIS AMONG CHILDREN IN REGION OF KRASNODAR

¹Department of Pediatrics, Kuban State Medical University, Russia, 350007, Krasnodar, Sedin Street, 4;

²Regional Children Hospital, Russia, 350007, Krasnodar, Victory Square, 1. E-mail: natalia.soboleva@rambler.ru

In this work we have done a study about combination of irritable bowel syndrome with atopic dermatitis among children in region of Krasnodar. It has been shown a strong relation between disorders of normal bowel micro flora and endoscopic disorders of upper part of gastrointestinal tract, with duration and severity of atopic dermatitis. We have also done an evaluation of wide methods of treatments which is directed towards all pathogenic mechanisms of this gastrointestinal disease. We have also established modern way of correction of functional disorders of intestine among children with atopic dermatitis, especially from point of view in prophylaxis of progression and chronization of pathologic process.

Key words: Irritable bowel syndrome, atopic dermatitis, children.