

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А. А., Кучма В. Р., Скоблина Н. А. Физическое развитие детей и подростков на рубеже тысячелетий. – М.: изд. «Научный центр здоровья детей РАМН», 2008. – 216 с.
2. Дробот Л. И., Галчина М. В., Галчин П. С., Кацнельсон П. В., Гололобова Т. М. Морфотипическая характеристика физического развития студентов 1-го курса // Вестник ОГУ. – 2001. – № 2. – С. 87–89.
3. Жигарева Н. С. Образ жизни младших школьников и их адаптационные возможности // Здоровье нации – основа процветания России: Матер. III Всероссийского форума. – М., 2007. – С. 201–203.
4. Козлов А. И., Вершубская Г. Г. Медицинская антропология коренного населения Севера России. – М.: изд-во МНЭПУ, 1999. – 288 с.
5. Козлова Л. В. Метаболический синдром у детей и подростков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 96 с.
6. Максимова Т. М. Социальный градиент в формировании здоровья населения. – М.: ПЕР СЭ, 2005. – 240 с.
7. Мареныч Х. М., Куликов А. М. Сравнительная оценка физического развития и структуры заболеваемости подростков Карачаево-Черкесской республики // Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов. – Курск, 2010. – № 1. – С. 102–105.
8. Миронов Б. Н. Антропометрическая история России XVIII–XX веков: теория, методика, источники, первые результаты // Труды Института российской истории. – М.: Наука, 2005. – С. 173–205.
9. Миронов Б. Н. Биологический статус женщин Санкт-Петербурга в 1946–2005 гг. (по антропометрическим данным о новорожденных и их матерях) // Мир России. – 2007. – № 1. – С. 99–146.
10. Рекомендации экспертов Всероссийского научного общества кардиологов по диагностике и лечению метаболического синдрома (второй пересмотр). – М., 2009. – С. 32.
11. Русинова И. И., Василенко Ф. И. Влияние уровня двигательной активности на показатели физического развития учащихся 12–15 лет // Вестник ЮУрГУ. – 2009. – № 7. – С. 106–110.
12. Савина Л. Н., Монахова Н. Г. Оценка здоровьесберегающей деятельности образовательных учреждений // Известия Пензенского государственного педагогического университета им. В. Г. Белинского. Естественные науки. – Пенза: изд-во ПГПУ, 2006. – № 1 (5). – С. 112–116.
13. Тюрикова Ю. Б., Ладнова Г. Г., Гладских М. Н., Курочкина М. Г. Экологические показатели окружающей среды и здоровье населения в региональном аспекте // Проблемы региональной экологии. – ООО «Издательский дом «Камертон», 2009. – № 3. – С. 187–190.
14. Халадян А. А. Учебник «Statistica 6. Статистический анализ данных». – М.: Бином-Пресс, 2007. – 512 с.
15. Хаснутдинова С. Л., Совершаева С. Л., Макарова В. И. Медико-социальные аспекты формирования здоровья детей дошкольного возраста // Экология человека. – Архангельск, 2005. – № 1. – С. 30–35.
16. Ямпольская Ю. А., Година Е. З. Состояние, тенденции и прогноз физического развития детей и подростков России // Российский педиатрический журнал. – 2005. – № 1. – С. 30–39.
17. Kozlov A., Vershubsky G., Kozlova M. Indigenous peoples of Northern Russia: Anthropology and health // Oulu, circumpolar health supplements. – 2007. – № 1. – 184 p.
18. Prevalence of a metabolic syndrome phenotype in adolescents: findings from the third National health and nutrition examination survey 1988–1994 // Archives of pediatrics and adolescent medicine. – 1996. – № 157. – P. 821–827.

Поступила 31.08.2012

Н. Г. ЛУПАШ¹, А. В. МАЙОРОВА¹,
И. В. МАЙМЕСКУЛОВА², И. Ю. КРИВОШЕЕВА²

ПРИМЕНЕНИЕ СИНБИОТИКА НОРМОФЛОРИНЫ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

¹Кафедра факультетской педиатрии ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,

Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. 89184847797. E-mail: lupashng@yandex.ru;

²детский диагностический центр для детей ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ КК,
Россия, 350007, г. Краснодар, пл. Победы, 1

Полученные клиничко-лабораторные данные исследования эффективности применения синбиотика нормофлорины у 63 детей с диагнозом «атопический дерматит» с сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта доказали высокий нормализующий и стабилизирующий эффект жидких бактериальных препаратов на состояние кожи и желудочно-кишечного тракта. Наилучшие результаты были достигнуты при включении в терапию жидких синбиотиков нормофлорина Л, нормофлорина Д.

Ключевые слова: атопический дерматит, патология желудочно-кишечного тракта, нормофлорины.

N. G. LUPASH¹, A. V. MAYOROVA¹, I. V. MAYMESKULOVA², I. U. KRIVOSHEEVA²

SINBIOTIKA NORMOFLORINA'S APPLICATION AT ATOPIC DERMATITIS WITH ACCOMPANYING
PATHOLOGY OF THE GASTROENTERIC PATH AT CHILDREN

¹GBOU VPO to KUBGMA Minzdrava Russian,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4, tel. 89184847797. E-mail: lupashng@yandex.ru;

²GBUZ «Children's regional clinical hospital» MZ of Krasnodar krai,
Russia, 350007, Krasnodar, square Pobedy, 1

Received clinical and laboratory research data on the effectiveness of synbiotics Normoflorin in 63-s of children diagnosed with atopic dermatitis with concomitant diseases of the gastrointestinal tract showed high normalizing and stabilizing effect of liquid bacterial preparations for skin and gastrointestinal tract. The best results were achieved when the liquid in the treatment synbiotics normoflorin ANo-moflorin D.

Key words: atopic dermatitis, the pathology of the gastrointestinal tract, normoflorin.

Введение

В последнее время отмечается увеличение распространенности аллергии во всем мире. Рост заболеваемости аллергией непосредственно связан как с изменением образа жизни людей, так и с окружающей средой. Особенно обращает на себя внимание увеличение частоты аллергических заболеваний у детей. Одной из актуальных проблем в педиатрии является атопический дерматит (АД). Следует отметить, что АД у детей более часто встречается в городских условиях, чем в сельской местности, в маленьких семьях и при более высоком социально-экономическом статусе.

Согласно данным официальной статистики, в России АД диагностирован впервые у 250–260 человек на 100 тыс. населения.

Атопический дерматит – хроническое аллергическое заболевание, развивающееся у лиц с генетической предрасположенностью, имеющее рецидивирующее течение с возрастными особенностями клинических проявлений, повышением гиперчувствительности к специфическим и неспецифическим раздражителям [1, 2]. Ведущая роль в развитии АД принадлежит наследственной предрасположенности. Провоцирующую роль в развитии играют факторы внешней среды. Большое значение у детей первых лет жизни имеют пищевые аллергены (белок коровьего молока, яйцо, рыба, соя, красные фрукты и овощи, консервы, а также продукты, имеющие в своем составе красители, ароматизаторы, усилители вкуса) [1, 5]. Известно, что аллергические заболевания кожи, как правило, протекают на фоне сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта, гепатобилиарной системы, синдрома избыточного бактериального роста. При контакте с большим количеством чужеродных белков пищеварительная система, выполняя нутритивную функцию, также обеспечивает защиту внутренней среды организма от влияния антигенов различного происхождения: пищевых, микробных, вирусных, грибковых, паразитарных. В физиологических условиях в системе пищеварения существует ряд барьеров, представленных анатомическими, физиологическими и иммунными факторами, которые препятствуют проникновению пищевых антигенов во внутреннюю среду организма.

Несостоятельность вышеуказанных барьеров чаще проявляется в детском возрасте, что связано с анатомо-физиологическими особенностями желудочно-кишечного тракта, следовательно, пищевая аллергия у детей развивается чаще, чем у взрослых [5, 6]. Способствует пищевой сенситализации повреждение барьеров пищеварительного канала вследствие воспалительных, инфекционных и паразитарных заболеваний. Неполноценное переваривание белков оказывает токсическое влияние и способствует повышению проницаемости слизистых оболочек пищеварительного тракта. Печень является одним из эффекторных органов фагоцитарной мононуклеарной системы, участвует в захвате и элиминации антигенов кишечного происхождения. При прохождении через печеночный

фильтр больших белковых молекул, сохраняющих свои антигенные свойства, возникает пищевая аллергия, часто проявляющаяся атопическим дерматитом. Повышенная проницаемость тонкой кишки позволяет всасываться большому количеству гистамина с дальнейшим поступлением его в кровоток. Массивному поступлению антигенов из кишечника в циркуляцию крови также способствует снижение функциональной активности поджелудочной железы, кислотности желудочного сока, дисбиотические процессы в кишечнике. При синдроме избыточного бактериального роста развитию аллергических реакций способствует усиленное размножение гистаминогенной флоры [3, 4]. Для нормализации нарушений дисбиотических процессов в организме в комплексном лечении больных с атопическим дерматитом широко используются жидкие пробиотики нового поколения для восстановления и стабилизации нормального баланса микрофлоры желудочно-кишечного тракта, повышения иммунологического статуса и восстановления противоинфекционной резистентности организма человека. Таким требованиям соответствуют биоконплексы нормофлорины, представляющие собой жидкие комплексные синбиотические препараты нового поколения, созданные на основе лактобацилл и бифидобактерий.

Цель исследования – оценка эффективности препарата нормофлорина в составе комплексной терапии у детей, больных атопическим дерматитом и сопутствующими нарушениями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Материалы и методы исследования

Работа проведена как открытое рандомизированное исследование методом случайного отбора больных. В исследование включены 93 ребенка (52 девочки и 41 мальчик) в возрасте от 1 года до 3 лет с подтвержденным диагнозом АД и сопутствующей патологией ЖКТ. Длительность заболевания – от 6 месяцев до 2,5 года.

Дизайн исследования

Основные группы – дети, получавшие лечение с включением в терапию препарата нормофлорина:

1-я группа – 25 (27,2%) детей, больных АД, легкая степень тяжести (коэффициент SCORAD – до 20); у 12 (47,6%) детей были выявлены функциональные расстройства органов пищеварения.

2-я группа – 15 (16,5%) детей, больных АД, средняя степень тяжести (коэффициент SCORAD – от 20 до 40); у 9 (59,7%) пациентов отмечалась дисхолия.

3-я группа – 23 (24,2%) ребенка, больных АД, тяжелое течение (коэффициент SCORAD – больше 40); у 15 (64,6%) детей была аномалия развития толстой кишки – долихосигма.

Группы сравнения составили дети, которые по возрасту, нозологической форме и тяжести течения были сопоставимы с детьми основных групп, но в комплекс лечения не включался синбиотик нормофлорин.

1-я группа – 10 (10,4%) детей, больных АД, легкая степень тяжести (коэффициент SCORAD – до 20);

2-я группа – 10 (10,4%) детей, больных АД, средняя степень тяжести (коэффициент SCORAD – от 20 до 40);

3-я группа – 10 (10,4%) детей, тяжелое течение (коэффициент SCORAD – больше 40).

Пациенты основных групп получали синбиотик нормофлорин в течение 30 дней в возрастных дозировках. Препарат назначался перорально в виде жидкой суспензии за 20 мин до приема пищи. У пациентов с острыми воспалительными проявлениями АД, характеризующимися мокнутием, нормофлорин L использовался наружно в виде примочки [1, 5].

Диагностическая поддержка включала: данные аллергологического анамнеза, анализ данных «пищевого дневника», клинические проявления, их динамику, результаты УЗИ органов брюшной полости, уровень гематологической активности крови, уровень общего IgE и специфических IgE-антигенов к различным аллергенам, анализ кала на количество и состав микробной флоры, копрограмму, 4-кратное измерение показателей до лечения (0 дней), на 7, 14 и 28-й дни исследования.

Эффективность лечения оценивалась на основании динамики следующих критериев: индекса SCORAD (Ks), уровня общего и аллерген-специфического IgE, признаков поражения ЖКТ, степени дисбиоза. Клиническая характеристика обследованных детей представлена в таблице.

Все больные получали лечение основного заболевания: симптоматическое (антигистаминные препараты, сорбенты, седативную и витаминотерапию), для коррекции лечения ЖКТ была назначена патогенетическая терапия для основных групп: 1-я – коррекция пищевого поведения (исключение из пищевого рациона облигатных аллергенов); 2-я – диета «стол № 5», препараты урсодезоксихолевой кислоты, гепатопротекторы; 3-я – диета «стол № 3», миотропные спазмолитики, физиотерапия, лечебная физкультура.

Результаты исследования

Анализ полученных данных показал, что у детей основных групп на фоне применения препарата нормофлорина отмечена благоприятная динамика клинических проявлений в виде уменьшения выраженности объективных признаков (отек, гиперемия, сыпь, корки), снижения интенсивности зуда, нарушения сна и наблюдалось значительное снижение интегративного Ks (рис. 1).

Оценка динамики течения АД показала, что на фоне применения синбиотика у 1-й группы через неделю от начала лечения отмечено исчезновение зуда у 100% пациентов, отека и эритемы – у 18 (72,4%) детей. На 28-й день полное исчезновение клинических признаков АД наблюдалось у 20 (80,7%) детей. Коэффициент

Клинические проявления АД и заболеваний ЖКТ, %

Атопический дерматит		Патология ЖКТ	
Симптомы	%	Симптомы	%
Форма:		Интоксикация	86,3
ограниченная	53,4	Абдоминальная боль	65,7
диффузная	38,7	Диспептические расстройства	79,1
Зуд кожи	100,0	Боль при акте дефекации	34,5
Индекс SCORAD		Снижение аппетита	21,3
легкий (<20)	23,3	Боли в правой подреберной области	15,8
среднетяжелый (20-40)	67,7	Метеоризм	58,6
тяжелый (>40)	15,4		
Повышение общего IgE	45,9		

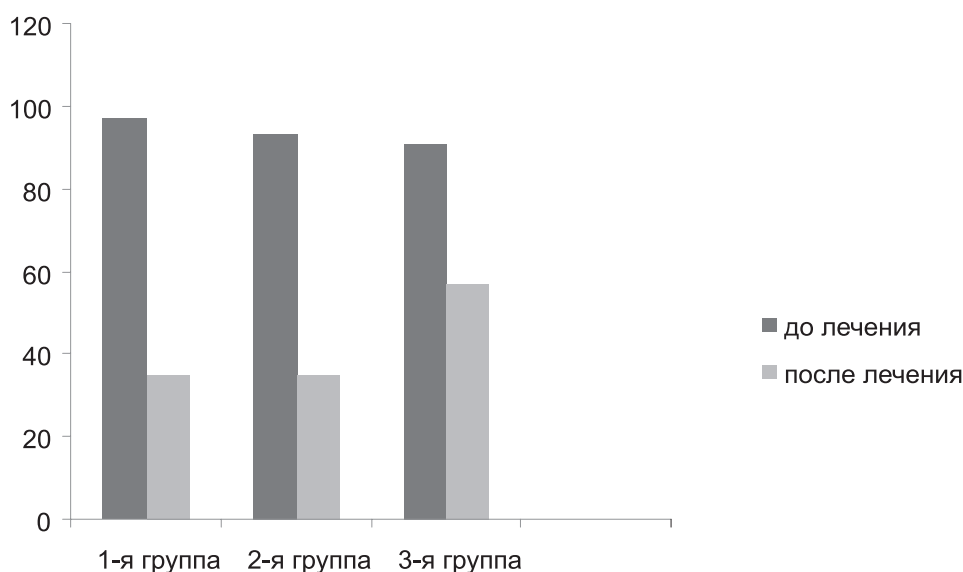


Рис. 1. Динамика течения АД, индекс SCORAD на фоне применения нормофлоринов

SCORAD = 7. Наблюдались снижение диспептических расстройств, болей в животе, нормализация аппетита. У 2-й группы отмечалась положительная динамика с 5-го дня от начала лечения у 9 (60,7%) пациентов. На 28-й день терапии значительное улучшение отмечено у 17 детей. Среднее значение коэффициента SCORAD=10. Отмечались нормализация опорожнения кишечника, отсутствие болевого синдрома. 3-я группа характеризовалась улучшением общего самочувствия, значительным уменьшением зуда. Инфильтрации и лихенизации кожи регистрировались к 14-му дню от начала лечения у 10 (43,9%) пациентов. К 28-му дню терапии значительное улучшение было констатировано у 7 (30,2%) детей, улучшение – у 14 (61,6%) детей. Ухудшение в течении заболевания наблюдалось у 2 (9,5%) детей: отмечалось обострение кожного процесса, сопровождающееся длительной задержкой стула, это состояние было расценено как проявление эндотоксико-

У детей группы сравнения, не получавших нормофлорина, положительная динамика отмечалась на 7–8-е сутки. Нормализация лабораторных показателей активности крови отмечена у 69,7% детей, получавших синбиотик, на 4-й день, на 7-й день – у 17,3%, на 8-й – у 14,5% детей. У больных группы сравнения положительная динамика этих показателей отмечалась к 8–11-му дням терапии.

Клиническое улучшение после окончания комплексной терапии с включением синбиотика нормофлорина зафиксировано у 93,8% детей. При этом у 72,3% больных достигнута клиническая ремиссия, у 21,7% детей – значительное улучшение, у 5,2% – улучшение, и у 2,4% детей эффекта не отмечалось.

Все дети не отказывались от приема препарата. Побочных явлений не отмечалось. Ни в одном случае не отмечено изменений основных биохимических констант организма.

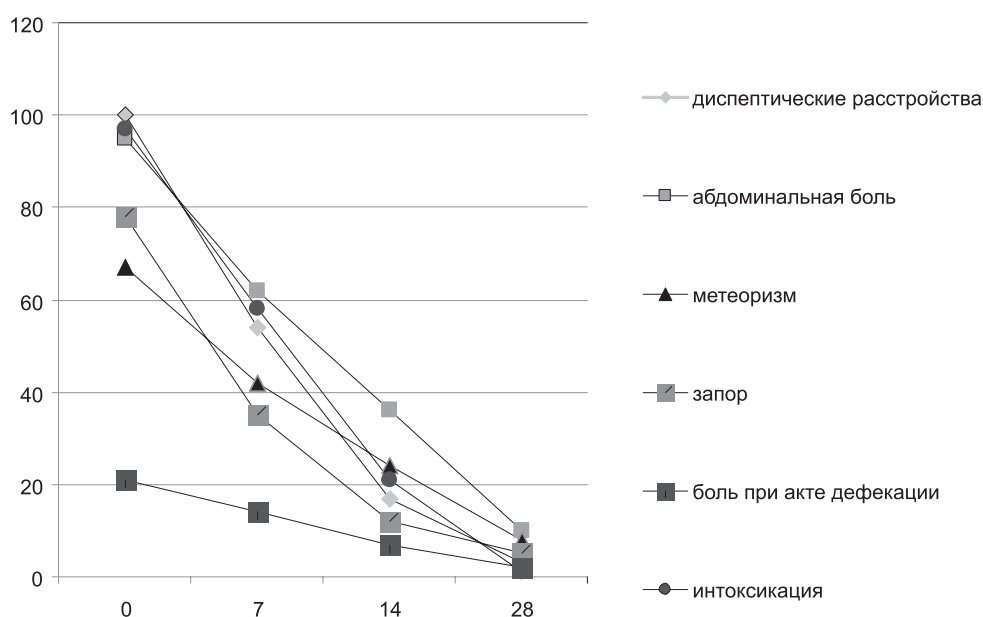


Рис. 2. Динамика симптомов патологии ЖКТ на фоне приема нормофлоринов

за. Со стороны ЖКТ наблюдались стабилизация акта дефекации, снижение болевого синдрома (рис. 2).

Купированы симптомы метеоризма, нормализовался стул у 93,5% больных. Практически все дети до лечения имели дисбиотические нарушения: у 95,8% (60 детей) констатирован дисбактериоз III–II степени, остальные имели II–I степень. Изменение количественного и качественного составов микрофлоры толстой кишки наблюдалось у 87% (54 ребенка), из них 90% (48 детей) составила группа 3. Среди представителей облигатной флоры чаще всего отмечалось снижение общего количества полноценной *E. coli* (89,8%), на втором месте по частоте изменений располагались лактобактерии, снижение которых отмечено в 75,3% случаев, и реже всего страдало звено бифидобактерий (65,5%). При этом более выраженные изменения облигатной флоры (кишечной палочки, бифидо- и лактобактерий) отмечались у детей 2-й и 3-й групп. По данным опроса детей и их родителей, на 5-й день применения отмечалось улучшение общего состояния почти у всех пациентов (94,3%): уменьшились беспокойство и раздражительность за счет снижения интенсивности зуда, улучшился аппетит.

Жидкий синбиотический комплекс нормофлорин зарекомендовал себя как эффективный и важный компонент комплексной терапии пищевой аллергии, также высокоэффективен при различных нозологических формах патологии ЖКТ, сочетанных с нарушениями микробиологического равновесия кишечника.

Обсуждение

Препараты нормофлорины В, L – современные синбиотические жидкие биокомплексы с уникальными свойствами и хорошей переносимостью детьми любого возраста.

Включение жидких пробиотиков в схему терапии АД и патологии ЖКТ патогенетически обосновано и клинически целесообразно.

Эффективность нормофлорина убедительно доказана у больных с АД и сопутствующей патологией ЖКТ, что проявляется высоким нормализующим и стабилизирующим эффектом жидких бактериальных препаратов на состояние кожи и ЖКТ. Наличие в нормофлоринах жизнеспособных пробиотических бифидобактерий и лактобацилл в комплексе с продуктами их

метаболизма, а также различными микроэлементами, витаминами, аминокислотами, органическими кислотами, антибиотикоподобными веществами и антиоксидантами оптимизировало обменные и иммунные процессы, важные для функции пищеварения и кожи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калужная Л. Д. Атопический дерматит. Современные вопросы диагностики и лечения // Клин. иммунол., аллергол. и инфектол. – 2006. – № 1. – С. 19–22.
2. Маев И. В., Самсонов А. А. Терапевтическая тактика при синдроме избыточного бактериального роста в тонкой кишке // Konsilium medicum. – 2008. – № 9 (7). – С. 44–50.

3. Парфенов А. И. Клиническая проблема дисбактериоза // Рос. гастроэнтерологический журнал. – 1999. – № 4. – С. 49–55.
4. Сергеева Ю. В. Атопический дерматит: Рук-во для врачей. – М.: Медицина для всех, 2002. – С. 181–183.
5. Тонфеева Н. А. Коррекция и профилактика дисбактериоза // Эффективная фармакотерапия. Гастроэнтерология. – 2011. – № 3. – С. 77–84.
6. Agostoni C., Grandi F., Scaglioni S. Growth pattern of breastfed and nonbreastfed infants with atopic dermatitis in the first year of life // Pediatrics. 2000. – Vol. 106 (5).

Поступила 19.10.2012

В. Г. НАЗАРЕТЯН¹, Н. В. ДИКАЛОВА², М. М. ТРУБИЛИНА², Е. М. ГОНЧАРЕНКО¹

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

¹Кафедра факультетской педиатрии ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4;

²детский диагностический центр ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ КК,
Россия, 350007, г. Краснодар, пл. Победы, 1, тел. 8 928 43 75 710. E-mail: sumrak.ru@rambler.ru

На основании изучения амбулаторных карт 510 детей дается анализ тактики антибактериальной терапии при различных формах ОРИ. Показано, что частота назначения антибактериальных препаратов при ОРИ в условиях детской поликлиники достигает 87% и не зависит от возраста. При общем предпочтении препаратов пенициллинового ряда на отдельных педиатрических участках в настоящее время часто назначают антибиотики разных групп.

Ключевые слова: детская поликлиника, дети разного возраста, острые респираторные заболевания, антибактериальная терапия, частота назначения препаратов.

V. G. NAZARETYAN¹, N. V. DIKALOVA², M. M. TRUBILINA², E. M. GONCHARENKO¹

APPROPRIATENESS OF THE USE OF ANTIBACTERIAL THERAPY IN OUTPATIENT TREATMENT OF ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS IN CHILDREN

¹Chair of faculty of pediatrics GBOU VPO KubGMU Ministry of Russia,
Russia, 350063, Krasnodar, str. Sedina, 4;

²children's diagnostic center GBUZ «Children's regional clinical hospital» MZ KK,
Russia, 350007, Krasnodar, pl. Pobedi, 1, tel. 8 928 43 75 710. E-mail: sumrak.ru@rambler.ru

Based on studying the out patient case histories of 500 children, the authors analyzed antibacterial therapeutic tactics in various forms of acute respiratory diseases (ARD).

It is shown, that the incidence of prescribing antibiotics in ARVD, in the pediatric polyclinics is achieve 87%, does not depend on the age. In our times, with the general preferences of penicillin-series drugs, at selected pediatrics districts often prescribes antibiotics of different groups, that has long ago lost it therapeutic activity.

Key words: pediatric polyclinic, children of different age groups, acute respiratory diseases, antibacterial therapy, frequency of drug, prescription.

Введение

Острые заболевания дыхательной системы у детей разного возраста в настоящее время являются наиболее частыми в амбулаторной практике и одной из актуальных проблем теоретической и практической педиатрии. По данным ежегодных отчетов, острыми респираторными инфекциями (ОРИ) болеют около 71% детей. Среди них чаще болеют дети в возрасте от 6 месяцев до 6 лет, и частота случаев в этой возрастной ка-

тегории составляет от 6 до 9 раз в год. Особенно часто и длительно болеют дети, посещающие дошкольные учреждения. Дети школьного возраста болеют ОРИ до 2–5 раз в год [1].

Респираторные заболевания являются основной причиной полипрагмазии в педиатрии [7]. Особое место среди необоснованных назначений при них занимают антибиотики. Такая ситуация сохраняется, несмотря на убедительные доказательства вирусной этиологии