

Таким образом, предварительная рентгеноэндоваскулярная эмболизация почечных сосудов у больных с раком почки в III–IV стадии заболевания улучшает результаты оперативного лечения.

Выводы

1. Рентгеноэндоваскулярная эмболизация сосудов у больных раком почки в III–IV стадии заболевания является эффективным способом профилактики интраоперационной массивной кровопотери.

2. Уменьшение массивной кровопотери во время оперативного лечения больных раком почки в III–IV стадии заболевания благоприятно сказывается на течении раннего послеоперационного периода и снижает сроки лечения больных в условиях стационара.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бани С., Лейзеринг В., Бартусевиченс А. Влияние эмболизации почечной артерии на результаты лечения боль-

ных раком почки // Урол. и нефрол. — 1992. — № 1–3. — С. 15–17.

2. Голубев Д. В. Результаты оперативного лечения больных раком почки с предварительной артериокапиллярной эмболизацией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 1997. — С. 9.

3. Лесовой В. Н., Мозжасов П. В. Современная иммунотерапия прогрессирующего ПКР // Междунар. мед. журнал. — 2003. — № 3. — С. 92–94.

4. Мавричев А. С. Почечно-клеточный рак. — Минск, 1996. — С. 184–186.

5. Матвеев Б. П. Клиническая онкоурология. — М., 2003. — С. 80–106.

6. Переверзев А. С. Хирургия опухолей почки и мочевых путей. — Харьков, 1997. — С. 137–147.

7. Treatment of renal adenocarcinoma by embolic occlusion of renal circulation / L. Almgard, I. Fernstrom, U. Haverling, A. Ljungquist // Br. J. Urol. — 1973. — Vol. 45. — P. 474–479.

8. Planned delayed nephrectomy after ethanol embolization of renal carcinoma / W. M. Graven, P. L. Redmond, D. A. Ramp et al. // J. Urol. — 1991. — Vol. 146. — P. 704–708.

УДК 616.34-022.7-053.2-08:615.331

Ю. П. Харченко, д-р мед. наук, проф.,
А. М. Михайлова, д-р мед. наук, проф.,
І. В. Юрченко, канд. мед. наук, доц.,
С. В. Кашинцев, канд. мед. наук, доц.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ «БІФІ-ФОРМ ДИТЯЧИЙ» ПРИ ГОСТРИХ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЯХ У ДІТЕЙ

*Одеський державний медичний університет, Одеса, Україна,
Міська інфекційна лікарня, Одеса, Україна*

УДК 616.34-022.7-053.2-08:615.331

Ю. П. Харченко, А. М. Михайлова, І. В. Юрченко, С. В. Кашинцев
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «БИФИ-ФОРМ ДЕТСКИЙ» ПРИ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ
ИНФЕКЦИЯХ У ДЕТЕЙ

*Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина,
Городская инфекционная больница, Одесса, Украина*

Проведено исследование клинической эффективности «Бифи-форма детского» при острых кишечных инфекциях (ОКИ) у детей. Обследовано 29 детей в возрасте от 1 до 3,5 лет с диагнозом ОКИ (гастроэнтерит, гастроэнтероколит, энтероколит с токсикозом и эксикозом 1, 2-й степени или без них). Детям на фоне базисной терапии дополнительно назначался препарат «Бифи-форм детский». Выявлено, что включение в комплекс лечения ОКИ пробиотика способствует более быстрой инволюции патологической симптоматики.

Ключевые слова: дети, острая кишечная инфекция, пробиотик, «Бифи-форм детский».

UDC 616.34-022.7-053.2-08:615.331

Yu. P. Kharchenko, A. M. Mikhailova, I. V. Yurchenko, S. V. Kashinsev
THE EXPERIENCE OF USING MEDICATION “CHILD’S BIFI-FORM” IN CHILDREN SUFFERING
FROM ACUTE INTESTINAL INFECTIONS

*The Odessa State Medical University, Odessa, Ukraine
The Municipal Infectious Diseases Hospital, Odessa, Ukraine*

Clinical effectiveness of “Child’s bifi-form” was investigated in children suffering from acute intestinal infections (AII). 29 children from 1 till 3.5 years old suffering from AII (gastroenteritis, gastroenterocolitis, enterocolitis, with or without toxicosis with dehydration of 1 or 2 degree) were examined. Medication “Child’s bifi-form” was prescribed with basis therapy. It was showed that including “Child’s bifi-form” in treatment of AII led to more rapid involution of the pathologic signs.

Key words: children, acute intestinal infections, “Child’s bifi-form”.

Гострі кишкові інфекції (ГКІ) у дітей залишаються актуальною проблемою для педіатрів через високий загальний рівень захворюваності, не завжди ефективне застосування етіотропних препаратів під час лікування та через супровідні порушення якісного і кількісного складу мікробіоценозу кишечника [1].

Серед етіологічних факторів розвитку ГКІ головне місце належить шигелам, сальмонелам, ешерихіям, ієрсиніям і бактеріям умовно-патогенної флори. Висока також питома вага ротавірусів, ентеровірусів і аденовірусів [2]. Під впливом збудників і їх токсинів у хворих із кишковими інфекціями розвиваються синдроми інтоксикації, гастроентероколіту з порушеннями процесів мембранного і порожнинного гідролізу, функції серцево-судинної системи, печінки, нирок та інших органів і систем.

Перенесені ГКІ, послаблення загального імунітету, виникнення антибіотикорезистентних форм мікроорганізмів при нераціональному використанні антибактеріальних препаратів і багато інших причин призводять до порушення якісного і кількісного складу нормальної бактеріальної флори кишечника дитячого організму.

Зміна складу флори кишечника відповідно призводить до порушення її функцій: антагоністичної, травної, вітаміноутворювальної, синтетичної, дезінтоксикаційної, ферментативної, антианемічної, імунної, антирахітичної, трофічної, енергетичної та багатьох інших. Також порушуються перистальтика кишечника, місцевий і системний імунітет, бар'єрна функція кишечника, що може спричинити транслокацію мікрофлори і розвиток тяжкого септичного перебігу хвороби.

У хворих із ГКІ формується кишковий дисбактеріоз різного ступеня вираженості, що може бути стафілококовою, стрептококовою, протейною, клебсієльозною, ентерококовою, псевдомонадною, кандидозною або змішаною етіологією. Головна роль у формуванні дисбактеріозу кишечника належить порушенню популяційного рівня анаеробів, у тому числі лакто- і біфідобактерій [3].

Все вищевикладене зумовлює застосування в комплексі терапевтичних заходів при гострих кишкових захворюваннях, разом із антибактеріальними препаратами й інфузійною терапією, широкого спектра препаратів із живих культур представників нормальної мікрофлори кишечника людини і речовин мікробного походження. Вони позитивно впливають на фізіологічні, біохімічні, імунні реакції організму внаслідок оптимізації мікробної екосистеми, включаючи кишково [4].

Серед пробіотиків особливе місце належить препаратам на основі *Lactobacillus* і/або *Bifidobacterium*.

Новим і цікавим препаратом, що недавно з'явився на ринку України є «Біфі-форм дитячий» (Ферросан, Данія), розроблений спеціально для дітей молодшого віку у формі порошку і жуваль-

них таблеток. Комплексний препарат містить безпечні бактерії *Lactobacillus GG* — 109 КУО/таб і *Bifidobacterium lactis* — 109 КУО/таб, що діють синергічно. Додатково до складу препарату включені вітаміни В1 і В6, що забезпечують баланс нормальної кишкової мікрофлори (по 0,40 і 0,50 мг відповідно). Позитивний ефект препарату полягає в утворенні колоній, які захищають травний тракт шляхом конкурентного витиснення з нього патогенної мікрофлори. Присутність *Lactobacillus GG* сприяє збільшенню адгезії *Bifidobacterium* у кишечнику більш ніж у 2 рази.

Lactobacillus GG і *Bifidobacterium* продукують речовини, які інгібують ріст патогенної мікрофлори, у тому числі сальмонел, конкурують із патогенними мікроорганізмами за харчові субстрати, сповільнюють ріст *Clostridium difficile*, перешкоджають транслокації мікрофлори з товстого кишечника в тонкий. *Lactobacillus GG* цілком інгібує приєднання *Escherichia coli* у культурі людських клітин *in vitro*. *Lactobacillus* і *Bifidobacterium* пригнічують ріст патологічних мікроорганізмів за допомогою продукції молочної, оцтової та інших органічних кислот із закономірним зниженням порожнинного рН кишечника, продукції перекису водню, спирту і лізоциму, продуктів із значною антибіотичною активністю, інтерферонів, інтерлейкіну-1 [5].

Неабияким є збільшення імунної реактивності організму за рахунок активації імунних реакцій у сироватці крові й у кишечнику, посилення вироблення антитіл, зменшення запальних реакцій у кишечнику в гіперчутливих до молока осіб.

Нормальна кишкова мікрофлора також сприяє відновленню енергії та нутрієнтів за допомогою ферментації вуглеводів, бере участь в обміні азоту, сприятливо впливає на розвиток слизової оболонки кишечника, всмоктування води і поживних речовин.

Включення в комплекс «Біфі-форму дитячого» вітамінів В1 і В6 обумовлено нерідким розвитком гіповітамінозу при ГКІ, оскільки нормальна мікрофлора кишечника бере участь у синтезі вітамінів.

Зручна форма випуску препарату (відсутність захисної капсули) пояснюється унікальною кислотостійкістю *Lactobacillus GG* до рН шлунка і дії жовчних кислот.

Варто додати, що *Lactobacillus GG* має стабільний геном, а європейськими фахівцями *Lactobacillus GG* і *Bifidobacterium-12* присвоєно статус безпечних.

Предметом нашого дослідження стало вивчення клінічної ефективності «Біфі-форму дитячого» при гострих кишкових захворюваннях у дітей.

Під нашим спостереженням знаходилося 29 дітей віком від 1 до 3,5 років, із них 15 (51,7 %) хлопчиків і 14 (48,3 %) дівчаток. Усі діти знаходилися на лікуванні в стаціонарі Міської інфекційної лікарні Одеси з діагнозом ГКІ (гастроентерит, гастроентероколіт або ентероколіт, без або з токсикозом і ексикозом 1, 2-го ступеня), спричиненою пато-

генною й умовно-патогенною флорою, та утворювали основну групу. Усі діти були з легкими і середньотяжкими формами ГКІ. Серед них у 3 дітей відзначено стафілококовий ентероколіт, у 1 — сальмонельоз, у 2 дітей — ГКІ, спричинена протеєм, ще в 3 дітей — ГКІ псевдомонадної етіології, у 2 дітей — ГКІ вірусної етіології. У 18 дітей встановити етіологічний збудник не вдалося.

Контрольну групу утворили 20 дітей з ГКІ, що за віком, діагнозом і тяжкістю захворювання відповідали основній групі. Розподіл хворих за етіологічним фактором ГКІ показано в табл. 1.

Як видно з табл. 1, обидві групи дітей були однаковими за спектром нозологічних форм ГКІ. Головним чином, діти надходили з інвазивними діареями, викликаними сальмонелою, шигелою, а також із діареями, спричиненими умовно-патогенною флорою (стафілококом, протеєм тощо). Ентероколіт нез'ясованої етіології спостерігався в 62 % випадків у дітей основної групи й у 50 % випадків у дітей контрольної групи.

Аналізуючи скарги при надходженні й анамнез хвороби виявлено, що захворювання в усіх випадках починалося гостро — з розвитку синдрому діареї й загальноінфекційних симптомів. У першу добу від початку хвороби було госпіталізовано 6 (20,7 %) дітей, а в перші 3 дні хвороби — 18 (62,1 %) дітей. Підвищення температури тіла спостерігалося у 22 (75,9 %) дітей, блювання — у 23 (79,3 %), симптоми інтоксикації — у 25 (86,2 %), біль у животі різної локалізації — у 4 (13,8 %) дітей, гурчання в животі, метеоризм — у 16 (55,2 %) дітей, симптоми ексикозу — у 14 (48,3 %) дітей. Появу частого рідкого випорожнення з або без патологічних домішок відзначено в 100 %. У гемограмі лейкоцитоз виявлено в 11 (37,9 %) дітей, нейтрофіліоз — у 12 (41,4 %) дітей, паличкоядерне зрушення — у 11 (37,4 %), помірне збільшення ШОЕ — у 14 (48,3 %). У копрограмі

наявність ознак запалення відзначалась у 12 (41,4 %) дітей.

Усім дітям була призначена базисна терапія, що включала етіотропну терапію за показаннями, регідратаційну і дезінтоксикаційну терапію. У разі потреби були використані симптоматичні препарати (жарознижуючі, ферменти, ентеросорбенти).

Дітям основної групи на фоні базисної терапії додатково призначався «Біфі-форм дитячий» дозою, що рекомендується виробником при гострих кишкових інфекціях: по 1 порошку або 1 таблетці 3 рази на добу 5 днів, потім по 1 порошку або 1 таблетці 2 рази на добу 10 днів. Препарат діти приймали в гострому періоді захворювання, після припинення блювання, з дотриманням інтервалу в 3–4 год між прийомом «Біфі-форму дитячого» й антибактеріального препарату.

Проведена комплексна терапія показала, що поліпшення загального стану в усіх дітей наставало з 2–3-го дня лікування. Нормалізувалися температура тіла, сон, поліпшувався апетит, зникали симптоми інтоксикації, припинялося блювання, до 5–6-го дня від початку лікування купірувався діарейний синдром.

Зіставлення тривалості основних клінічних симптомів захворювання у дітей основної та контрольної груп і проведеної терапії показало, що нормалізація температури тіла, поліпшення загального стану, припинення діареї, зникнення болю у животі та метеоризму, нормалізація показників копрограми швидше відбувалися у дітей основної групи (табл. 2).

Наведені дані свідчать, що нормалізація температури тіла до кінця 2-ї доби від початку терапії нами відзначена у 12 (41,4 %) дітей основної групи, а в перші три доби температура нормалізувалася у 18 (62,1 %) дітей основної групи. При цьому в більшості дітей (55,0 %), що отримали тільки базисну терапію, відзначено гарячку більше 3 днів. Зменшення симптомів інтоксикації в перші два дні відзначалося у 11 (37,9 %) дітей основної групи, тимчасом як серед дітей контрольної групи в 65 % випадків відзначалася більш тривала інтоксикація (більше 3 днів). Нормалізація випорожнення до 5-го дня лікування відбулася у 24 (82,7 %) дітей, що приймали пробіотик «Біфі-форм дитячий». У 2 (6,9 %) дітей випорожнення нормалізувалося до 7-го дня лікування, у 3 дітей (10,3 %) — пізніше 7-го дня. У дітей контрольної групи нормалізацію випорожнення до 5-го дня терапії відзначено лише у 60 % випадків. При цьому в 15 % дітей відновлення нормального випорожнення відбулося в більш пізні терміни — після 7-го дня від початку терапії. Поліпшення показників копрограми на 5-ту добу хвороби настало у 23 (79,3 %) дітей, які одержували «Біфі-форм дитячий», тимчасом як у контрольній групі відновлення нормальних показників копрограми у ці ж терміни було у 11 (55,0 %) дітей.

Таблиця 1

Розподіл хворих за етіологічним фактором гострої кишкової інфекції

Етіологія	Основна група	Контрольна група
Сальмонельоз	1	0
Стафілококовий ентероколіт	3	2
Дизентерія	0	1
Ентероколіт протейної етіології	2	1
Ентероколіт псевдомонадної етіології	3	1
Гастроентерит вірусної етіології	2	5
Ентероколіт нез'ясованої етіології	18	10
Усього	29	20

Таблиця 2

**Динаміка основних симптомів
гострих кишкових захворювань
у дітей основної та контрольної груп**

Симптоми	Основна група		Контрольна група	
	Абс.	%	Абс.	%
Нормалізація температури тіла				
кінець 2-ї доби	12	41,4	5	25,0
кінець 3-ї доби	6	20,7	4	20,0
більше 3 діб	11	37,9	11	55,0
Інтоксикація протягом				
2 діб	11	37,9	4	20,0
3 діб	6	20,7	3	15,0
більше 3 діб	12	41,4	13	65,0
Нормалізація випорожнень				
до 5-го дня	24	82,7	12	60,0
до 7-го дня	2	6,9	5	25,0
пізніше 7-го дня	3	10,3	3	15,0
Поліпшення показників копрограми				
до 5-го дня	23	79,3	11	55,0
після 5 днів	6	20,7	9	45,0

Слід зазначити, що при використанні препарату «Біфі-форм дитячий» не відзначалося яких-небудь побічних дій, що вимагали відміни препарату.

На основі проведеного клінічного дослідження можна зробити такі висновки щодо клінічної ефективності препарату «Біфі-форм дитячий»:

1. Застосування препарату «Біфі-форм дитячий» у комплексній терапії інвазивних і секреторних діарей сприяє швидкішій інволюції патологічної симптоматики. Так, симптоми інтоксикації купірувалися протягом 3 днів від початку терапії у 58,6 % дітей основної групи і тільки у 35 % дітей контрольної групи. Діарея припинилася до 5-го дня терапії у 82,7 % дітей основної групи, а у дітей контрольної групи — у 60 % випадків.

2. «Біфі-форм дитячий» не має побічних ефектів і добре переноситься дітьми.

3. Препарат «Біфі-форм дитячий» може бути рекомендований для застосування в комплексі терапії легких і середньотяжких форм гострих кишкових захворювань у дітей.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Андрейчин М. А., Ивахив О. Л.* Бактериальные диареи. — К.: Здоров'я, 1998. — 412 с.
2. *Крамарев С. О.* Сучасні підходи до антибактеріальної терапії гострих кишкових інфекцій у дітей // *Здоров'я дитини.* — 2006. — № 1. — С. 85-87.
3. *Дисбактериозы желудочно-кишечного тракта / В. М. Бондаренко, Б. В. Боев, Е. А. Лыкова, А. А. Воробьев* // *Росс. журнал гастр., гепат., колопроктологии.* — 1998. — № 1. — С. 66-70.
4. *Дисбактериоз тонкой и толстой кишки и его патогенетическое лечение: Метод. пособие.* / Т. Д. Звягинцева, И. И. Шаргород, А. А. Мирзоева и др. — Харьков, 2000. — С. 13-17.
5. *Няньковський С. Л., Шахасвська Х., Зарічанський Я.* Роль пробіотиків у вигодовуванні дітей, профілактиці і лікуванні захворювань у дітей і дорослих // *Сучасна педіатрія.* — 2006. — № 2. — С. 212-218.

УДК 615.214:616.45.001.1/3

О. В. Кучеренко

ВПЛИВ ДЕЯКИХ ТРАНКВІЛІЗАТОРІВ НА ПРОДУКЦІЮ ЛІМФОЦИТАКТИВУЮЧОГО ФАКТОРА ПЕРИТОНЕАЛЬНИМИ МАКРОФАГАМИ МИШЕЙ В УМОВАХ СТРЕСУ

Одеський державний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 615.214:616.45.001.1/3

О. В. Кучеренко

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ТРАНКВИЛИЗАТОРОВ НА ПРОДУКЦИЮ ЛИМФОЦИТАКТИВИРУЮЩЕГО ФАКТОРА ПЕРИТОНЕАЛЬНЫМИ МАКРОФАГАМИ МЫШЕЙ В УСЛОВИЯХ СТРЕССА

Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина

В опытах на мышях линии СВА установлено, что профилактическое введение диазепам, феназепам и гизазепам уменьшает индуцированные стрессом изменения цитокинпродуцирующей активности перитонеальных макрофагов мышей, восстанавливает функциональный резерв продукции лимфоцитактивирующего фактора при условиях дополнительной стимуляции макрофагов стафилококками в условиях *in vitro* и повышает чувствительность лимфоцитов к модулирующему влиянию ИЛ-1β в РБТЛ, что значительно смягчает выразительность патологических изменений со сто-