

Приведенные данные свидетельствуют о несомненной высокой клинической эффективности диетотерапии смесью Альфаре Нью пациентов с сочетанной кожной и гастроинтестинальной аллергической патологией, опосредованной аллергией к белкам коровьего молока.

#### **Выводы:**

1. Смесью Альфаре Нью более эффективна в сравнении с формулами на основе частичного гидролизата белков коровьего молока в контроле течения как атопического дерматита, так и гастроинтестинальных проявлений пищевой аллергии, индуцированной белками коровьего молока.

2. Клинический эффект смеси Альфаре Нью четко прослеживается уже в первые 2 недели диетотерапии с последующим нарастанием лечебного эффекта к 4 неделе лечения.

#### **Список литературы:**

1. ICON: Food allergy // J. Allergy Clin. Immunol. – 2012. – Vol. 129, № 4. – P. 906-920.

2. Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: report of the NIAID-sponsored Expert panel // J. Allergy Clin. Immunol. – 2010. – Vol. 126, № 6. – P. S1-S58.

## **ПРОБИОТИКИ В ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

*Жук А.Т., Юшкевич В.С., Харченко О.Ф.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
2-я кафедра детских болезней, Гродно, Беларусь

**Введение.** Атопический дерматит (АД) – одно из более распространенных заболеваний кожи в детском возрасте, приобретает в последние годы большое медико-социальное значение из-за его неуклонного роста. По современным представлениям АД – мультифакториальное заболевание, развитие которого тесно связано с генетическими дефектами иммунного ответа и отрицательным влиянием техногенных факторов внешней среды. Установлено, что действие этих факторов определяет темпы развития АД, особенно у детей раннего возраста. Общеизвестно, что АД – это только первая (начальная) ступень атопического марша: АД – аллергический ринит – бронхиальная астма (БА). По данным ряда исследований, при тяжелом АД риск развития БА составляет 70%; при легком – 30%. Особенно высокий риск заболевания БА отмечен у детей старше 3-х лет с рецидивирующим течением АД. Кроме того, чрезвычайно важным фактором риска возникновения и утяжеления течения АД является патология органов желудочно-кишечного тракта, особенно дисбиоз кишечника, который выявляется у 89-94% детей, больных АД. Несомненно, кишечная микрофлора, неся большую функциональную нагрузку, не может не участвовать в возникновении и поддержании патологических расстройств при АД. Доказано, что золотистый стафилококк, грибы, лямблии, гельминты приводят к сдвигу иммунологического фенотипа в сторону Th2-ответа, что в свою очередь ведет к активации синтеза IgE антител, уменьшению выработки интерферонов и антител классов IgM и IgG, а также к снижению активности Т-киллеров. В

дополнение к этому золотистый стафилококк и ряд других условно-патогенных микроорганизмов кишечника способствует синтезу гистамина в кишечнике из гистидина пищевых продуктов. Поэтому нормализация и поддержание микробиоты кишечника является одной из приоритетных задач терапии atopического дерматита, а в перспективе – и «блокирующим» звеном реализации аллергического марша.

**Цель** – оценить эффективность включения пробиотиков в комплексную терапию детей с atopическим дерматитом.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 70 детей в возрасте от одного до трех лет с atopическим дерматитом легкой и средней степени тяжести в стадии обострения с сопутствующим дисбиозом кишечника. Комплекс обследования: тщательный сбор анамнеза, клинический осмотр, общеклинические анализы, копроцистограмма, бактериологическое исследование кала, анализ кала на дисбактериоз, определение уровня IgE общего, IgE-антител к пищевым аллергенам, IgM и IgG к лямблиозному и аскаридозному антигенам. Оценку кожных изменений проводили по индексу SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis), который характеризует следующие показатели: (А) распространенность кожного процесса, (В) интенсивность клинических проявлений и (С) субъективные симптомы. В исследование не включали детей с различными гельминтозами, и прежде всего с лямблиозом. Для сравнительной оценки эффективности лечения пациенты были разделены на 2 группы, сопоставимые по полу, возрасту, тяжести АД, степени выраженности дисбиотических нарушений в кишечнике. Все дети получали комплексную терапию, включающую элиминационную диету, сорбенты, ферменты, местно – топические кортикостероиды, эмолянты, H<sub>1</sub>-блокаторы (по показаниям). Дети первой группы, помимо общего лечебного комплекса, дополнительно получали симбиотик на основе *Lactobacillus rhamnosus* GG в сочетании с FOS( рафтилоза) в возрастной дозе за 30 минут до приема пищи в течение 3-х недель. Для расчетов использован статистический пакет прикладных программ «Statistica 6,0» для операционной системы Windows XP.

Наиболее типичными жалобами пациентов были: снижение аппетита (67,9%), спорадический жидкий стул неприятного кислого или гнилостного запаха (85,7%), иногда со слизью, метеоризм, отставание в физическом развитии (42,6%). В анамнезе были выявлены следующие факторы риска: наследственная отягощенность по аллергическим заболеваниям у 74,1% пациентов, из них по линии матери – у 55,8%, по линии отца – у 30,2% и по обеим линиям – у 14%; ранний перевод на искусственное вскармливание – у 51,7% обследованных; перенесенный или впервые констатированный рахит – у 29,3%; анемия легкой степени – у 37,9% , средней степени тяжести – у 8,6%. При сопоставлении результатов лечения детей 1-ой и 2-ой групп выявлены существенные различия как в отношении симптомов АД, так и показателей анализа кала на дисбактериоз. У детей основной группы индекс SCORAD снизился с 17,4 баллов до 3,2, у детей же контрольной группы с 17,9 до 10,5 ( $p \leq 0,01$ ). У 89% детей основной группы после трех недель приема симбиотика нормализовались показатели анализа кала на дисбактериоз (увеличение до референтных значений уровня бифидобактерий и кишечной палочки,

снижение золотистого стафилококка и протей). В контрольной группе этот показатель составил 57% ( $p \leq 0,05$ ). У детей обеих групп отмечена положительная динамика клинических симптомов, показателей копроцистогаммы, нормализация стула, ночного сна.

**Вывод.** Введение в комплексную терапию симбиотика на основе *L. Rhamnosus GG + FOS* приводит к значительной положительной динамике течения атопического процесса, так и к нормализации показателей кишечной микробиоты, что, несомненно, удлиняет длительность ремиссии АД и улучшает качество жизни пациентов.

#### **Список литературы:**

1. Аллергия у детей: от теории к практике / под ред. Л.С. Намазовой-Барановой. – Москва, 2014. – С. 667.
2. Овсянников, Д.Ю. Дисбактериоз кишечника у детей: этиология, клиническое значение, диагностические критерии, современные методы коррекции / Д.Ю. Овсянников // Педиатрия. – 2011. – № 2. – С. 10-19.
3. Профилактика аллергических заболеваний у детей группы риска: методическое пособие / под ред. Л.Ф. Казначеевой. – Новосибирск, 2014. – 45 с.
4. Williams N. T. Probiotics / N.T. Williams // American Journal of Health-System Pharmacy. – 2010. – Vol. 67 (6). – P. 449-158.

## **МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ И НЕЙРОГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ С МОРБИДНЫМ И АЛИМЕНТАРНЫМ ОЖИРЕНИЕМ**

*Загребаяева О.Ю.1; Солнцева А.В.1; Дашкевич Е.И.2*

<sup>1</sup>Белорусский государственный медицинский университет,

1-я кафедра детских болезней, Минск, Беларусь

<sup>2</sup>УЗ «10-я клиническая больница», Минск, Беларусь

**Введение:** В настоящее время одним из направлений изучения проблемы ожирения является уточнение патогенетических механизмов формирования избыточной массы тела [1]. Центральная регуляция аппетита осуществляется с помощью гипоталамической пищевой цепи. Неполностью уточнены взаимодействия между нейрогормональными и метаболическими параметрами у пациентов с ожирением [2].

**Материалы и методы.** Проведено обследование 254 детей (мальчики (М) / девочки (Д) = 141/113) с разными формами ожирения (алиментарным, морбидным) в возрасте от 11,0 до 17,9 лет. В зависимости от показателей ИМТ выделены группы: группа 1 (исследуемая) – 67 (М/Д=38/29) пациентов с морбидным ожирением в возрасте  $14,9 \pm 2,0$  лет, ИМТ  $39,1 \pm 3,8$  кг/м<sup>2</sup>; группа 2 (сравнения) – 187 (М/Д=103/84) пациентов с алиментарным ожирением в возрасте  $14,1 \pm 2,1$  лет, ИМТ  $30,4 \pm 2,8$  кг/м<sup>2</sup>. Группа контроля – 80 детей (М/Д=35/45) соответствующего возраста, стадии полового развития по Таннеру в возрасте от 11,0 до 17,9 лет ( $14,4 \pm 2,0$  лет,  $p=0,5$ ), ИМТ  $14,4 \pm 2,0$  кг/м<sup>2</sup> ( $p=0,0001$ ). Все пациенты наблюдались в городском детском эндокринологическом центре на базе УЗ «2-я городская детская клиническая больница г. Минска (2012-2016 гг.). Определяли уровни глюкозы, гликированного гемоглобина, общего холестерина, ЛПВП, ЛПНП, триглицеридов, кортизола, инсулина, С-пептида; показатели