

женщин 32, рецидивуючі грижі були у 12 (22,64%) больних. В 38 (71,7%) пацієнтів були використані аллопластика onlay, у 15 (28,3%) пацієнтів - аллопластика з фіксацією сетки між листками ножен прямих м'язів живота, відповідно, перша і друга групи. Нагноєння рани виникло у 1 (2,63%) больно́го першої групи, во́ второй его не было, серо́мы у 5 (13,16%) больно́х першої групи і у 1 (6,66%) больно́го друго́й. Хрониче́ская боль в области послеоперационной раны через 4 месяца испытывали 6 (15,79%) больно́х першої групи і 1 (6,66%) друго́й. Чувство "инородного тела" имели 3 (7,89%) больно́х першої групи, во второй группе их не было. Данних за рецидивы выявлено не было.

Ключевые слова: послеоперационные вентральные грыжи, аллогерниопластика.

Fedzhaha O.P.

RESULTS OF DIFFERENT ALOPLASTY METHODS FOR INCISIONAL VENTRAL HERNIAS

Summary. Results of treatment of 53 patients with postoperative ventral hernias, 21 men, 32 women, recurrent hernias were in 12 (22,64%) patients. Onlay aloplasty was performed in 38 (71,7%) patients, aloplasty with fixation of mesh between the sheath of rectus muscles was performed in 15 (28,3%) patients, respectively, first and second groups. Suppurating wounds appeared in 1 (2,63%) patient of the first group, it was not found in the second one, seroma developed in 5 (13,16%) patients of the first group and in 1 (6,66%) patient of the second one. Chronic pain in the wound after 4 months disturbed 6 (15,79%) patients of the first group and 1 (6,66%) of the second group, the feeling of "foreign body" had 3 (7,89%) patients of the first group, in the second group it was not found. Data for recurrence were not revealed.

Key words: postoperative ventral hernia, alohernioplasty.

Стаття надійшла до редакції 25.02.2013 р.

Феджага Олег Павлович - к.мед.н., доцент кафедри хірургії медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова fedzhaha@gmail.com.

© Андрікевич І.І.

УДК: 616-053.2/5:616-002.3:616.953:616.345:616-022.7

Андрікевич І.І.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова кафедра педіатрії №2 (вул. Пирогова, 56, Вінниця, Україна, 21018)

СУЧАСНА ПРОБІОТИКОТЕРАПІЯ У ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ

Резюме. Наведені результати вивчення стану мікробіоценозу товстої кишки у дітей грудного віку при гострих захворюваннях бронхо-легеневої системи. Показана ефективність застосування пробіотику "Симбітер ацидофільний" для корекції порушень мікробіоценозу товстої кишки.

Ключові слова: мікробіоценоз травного тракту, дисбіоз, антибіотикотерапія, діти.

Вступ

В педіатрії дисбаланс мікрофлори кишечника у дітей зустрічається дуже часто і залишається важливою, складною і до кінця невирішеною проблемою. Існуючі на сьогодні схеми лікування дисбіозу кишечника із використанням різних по дії і направленості пробіотиків, харчових добавок, кисломолочних продуктів іноді не завжди ефективні. Тому питання корекції порушень мікробіоценозу кишечника залишається актуальним на сьогоднішній день як в Україні, так і за її межами.

З давніх часів в медичній практиці використовувалися препарати, які містять нормальну мікрофлору. Цікавість до лікувального впливу мікроорганізмів суттєво збільшилась на початку ХХ сторіччя, коли І. Мечніков запропонував вживати кисле молоко, збагачене *Lactobacillus bulgaricus* з профілактичною метою [Копча, 2012]. Згодом він довів, що одні мікроорганізми здатні пригнічувати ріст мікробів (холерного вібріону), а інші, навпаки, стимулювати. І. Мечніков ще у 1907 році писав, що численні асоціації мікробів, які заселяють кишечник, визначають духовне і фізичне здоров'я людини. У 1908 році за серію робіт у цьому напрямку І. Мечніков отримав Нобелівську премію.

Термін "пробіотик", який означає "за життя" як ан-

тонім антибіотику ("проти життя"), був запропонований D.M. Lilly і R.H. Stilwell в 1965 р. і застосовувався для позначення мікробних метаболітів, які здатні стимулювати ріст мікроорганізмів [Бережной, 2004]. В 1974 році R. Parker терміном "пробіотики" позначав мікробні препарати, які володіють здатністю регулювати мікробну екологію кишечника [Янковский и др., 2012]. На сьогоднішній день створено велику кількість фармакологічних препаратів та біологічно активних речовин, які містять представників нормальної мікрофлори людини. Найчастіше використовують різні штами лакто- та біфідобактерій, непатогенні штами кишкової палички й ентерококів. Перспективи пробіотикотерапії дійсно дуже великі, враховуючи сучасний рівень знань в області мікробіології, медичної мікробної екології та інших суміжних наук. Отже, ХХІ століття запропоновано вважати ерою пробіотиків [Янковский, Дымент, 2008]. За думкою деяких науковців пробіотики повністю витіснять у майбутньому антимікробні препарати та багато інших засобів медикаментозної терапії [Vacked et al., 2004].

Згідно даних японських дослідників, використання широкого спектру молочнокислих бактерій у складі пробіотичних препаратів наполовину витіснить існуючі

хімічні лікарські препарати уже в найближчі 5-10 років. І тим самим, з'явиться можливість вирішити проблему здорової мікроекології людини [Boehm et al., 2003].

Науковцями розроблені критерії, які дозволяють включати ті чи інші штами мікроорганізмів до складу пробіотиків. Зокрема, враховується здатність бактеріальних штамів щодо конкуренції з бактеріями хазяїна, їх адгезивні властивості, стійкість до дії шлункового соку, жовчі, виживання в ході виробництва та при зберіганні [Янковский и др., 2012]. Не менш важливим критерієм включення мікроорганізмів до складу пробіотику також є синергізм дії в разі їх комплексного використання (симбіонтні штами) [Мокия-Сербина и др., 2013].

В Україні бактеріотерапевтичні препарати під назвою "еубіотики" з'явились на початку 70-х років минулого сторіччя [Копча, 2012]. Це були одно- та двоштамові препарати, що містять ліофілізовану біомасу клітин солі-бактерій, біфідобактерій і лактобацил, які часто застосовуються і в даний час для корекції дисбіозів: "Колі-бактерин", "Біфідумбактерин", "Лактобактерин". В останні роки асортимент пробіотиків помітно розширився, в основному за рахунок препаратів закордонного виготовлення. З одного боку, це забезпечує все більш зростаючі потреби клініки в антидисбіотичних препаратах. Однак, активна реклама пробіотиків за відсутності достатньої інформації про особливості їх складу та фармакологічних властивостей, викликає небезпеку помилок при призначенні даних препаратів і появи небажаних побічних ефектів.

З огляду на накопичені знання в галузі мікробіології нормофлори людини, нескладно прийти до висновку, що пробіотикотерапія матиме найвищий антидисбіотичний ефект без небезпеки розвитку побічних реакцій [Копча, 2012]. Однак, це можливо лише в тому випадку, коли буде мати місце відновлення і посилення найбільш фізіологічної для організму людини групи анаеробних сахаролітичних бактерій родів *Bifidobacterium*, *Lactobacillus* і *Propionibacterium*.

На особливу увагу заслуговують мультипробіотики. Ці бактеріотерапевтичні засоби останнього покоління створені в Україні і вже одержали високу оцінку клініцистів різної спеціалізації. Поява інноваційного продукту шостого покоління - мультипробіотика серії "Симбітер", розробленого в 1993 році компанією "О.Д. Пролісок", викликала велику зацікавленість у фахівців завдяки його ефективності. Наближення складу та властивостей препаратів групи "Симбітер" до індигенної частини природних мікробіоценозів відкритих біологічних систем є основною відмінністю їх від бактеріотерапевтичних засобів попередніх поколінь. Даний пробіотик містить від 14 до 24 штамів живих клітин пробіотичної мікрофлори найбільш фізіологічних для людини бактерій родів *Bifidobacterium*, *Lactobacillus*, *Lactococcus* і *Propionibacterium* в концентрації 10⁹ - 10¹² клітин в одній дозі (10 см³). Мультипробіотики "Симбітер" виробляються в "живій" формі (без ліофілізації, що ви-

магає 8-10-годинної реактивації клітин). Тому він починає виявляти свою дію відразу після введення в організм. У даний час дані мультипробіотики в багатьох дослідженнях визнані як універсальні препарати для профілактики та усунення дисбіозів різного ступеня важкості у дітей та дорослих будь-якого віку [Янковский, Дымент, 2008].

Не дивлячись на численні дослідження, проведені в напрямку вивчення порушень мікробіоценозу товстої кишки, до останнього часу існують різні думки щодо проблеми дисбіозів та їх важливості для процесів розвитку та адаптації дитини.

В публікаціях останнього десятиріччя вказується на зміни мікрофлори товстої кишки у дітей в залежності від регіону проживання, в "критичні періоди" розвитку дитини, при різних патологіях [Мокия-Сербина и др., 2013; Бережной, 2004]. Однак, недостатньо висвітлені зміни мікробіоценозу товстої кишки при гострих бронхо-легеневих патологіях у дітей грудного віку під впливом антибіотикотерапії. Враховуючи той факт, що однією із вагомих причин розвитку дисбіозу є антибіотикотерапія, виникає необхідність аналізу стану мікрофлори товстої кишки при антибіотикотерапії [Марушко, Шеф, 2007; Cremonini et al., 2002]. Крім того, розробка методів корекції порушень мікробіоценозу є важливим етапом профілактики та лікування різних захворювань дитячого організму.

Метою роботи було вивчення впливу антибіотиків різних груп на стан мікрофлори товстої кишки у дітей грудного віку з гострою бронхо-легеневою патологією та корекція антибіотикоасоційованих порушень мультипробіотиком "Симбітер ацидофільний".

Матеріали та методи

Нами обстежено 140 дітей грудного віку, хворих на гостру пневмонію та гострий обструктивний бронхіт, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні дітей раннього віку на базі Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні. У дослідження включались діти грудного віку, які напередодні поступлення у стаціонар отримували антибіотикотерапію без профілактичного призначення пробіотиків. Обстежені діти грудного віку, хворі на гострі бронхо-легеневі захворювання, були розподілені на дві групи. До першої групи увійшло 80 дітей грудного віку (57,1%), хворих на гостру пневмонію. Другу групу склали 60 дітей (42,9%), хворих на гострий обструктивний бронхіт. Контрольну групу склали 30 практично здорових дітей.

Діагноз гострої пневмонії та гострого обструктивного бронхіту формулювали згідно Протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю "Дитяча пульмонологія" від 13.01.2005 р. №18. Усі діти, які були залучені до дослідження, пройшли ретельне клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження, оцінку функціонального стану усіх органів і систем, рентгенографію органів грудної клітини. Крім того, була про-

ведена оцінка клінічної картини порушення мікробіоценозу товстої кишки, аналіз бактеріологічного дослідження по визначенню мікробіологічного пейзажу товстої кишки в групах дослідження.

Одне із провідних місць у лікуванні гострої пневмонії та гострого обструктивного бронхіту займає етіотропна терапія з призначенням антибіотиків з урахуванням віку дитини та умов її інфікування.

Відповідно до поставленої мети та завдань дослідження вивчалась ефективність 14-штамового мультипробіотика "Симбітер ацидофільний" в корекції виявлених антибіотикоасоційованих порушень мікробіоценозу товстої кишки у обстежених дітей. До основної групи було включено 70 дітей грудного віку, які на фоні антибактеріальної терапії отримували мультипробіотик "Симбітер ацидофільний" по 1 дозі (10 см3) один раз на день. Тривалість пробіотикотерапії складала 10 днів. З метою порівняльної характеристики ефективності пробіотикотерапії була створена друга група порівняння, яка також складалась із 70 дітей грудного віку. За структурою основних захворювань порівняльна група не відрізнялась від основної. З метою корекції порушення мікробіоценозу товстої кишки в даній групі дослідження використовували капсули Йогурту, який є 4-х штамовим пробіотиком. Препарат призначали по 0,5 капсули два рази на день під час годування. Тривалість прийому препарату також складала 10 днів.

Для оцінки ефективності лікування вище описаними пробіотиками та порівняльної характеристики використовувались клінічні, копрологічні, бактеріологічні та статистичні методи дослідження. Оцінка проводилась при поступленні та через 10 днів проведеної пробіотикотерапії. Статистичну обробку отриманих результатів дослідження проводили загальноприйнятими методами варіаційної статистики за допомогою стандартного програмного пакету "Statistica 6,0" для Windows XP.

Результати. Обговорення

Оскільки, як було сказано вище, найчастішою причиною розвитку дисбіозу товстої кишки у дітей грудного віку, хворих на гостру пневмонію та гострий обструктивний бронхіт, є антибіотикотерапія, то в подальшому вивчались клінічні прояви порушеного мікробіоценозу товстої кишки в залежності від фармакологічної групи антибактеріальних препаратів.

Так, нами встановлено, що диспептичний та больовий синдроми мали місце в усіх хворих, які лікувались з приводу основного захворювання цефалоспоринами 3-го покоління, аміноглікозидами та комбінацією цефалоспоринів та аміноглікозидів, що вірогідно відрізнялось від показників частоти виявлення даних синдромів у підгрупах дослідження, які отримували пеніциліни, макроліди та цефалоспорини 1-2-го покоління ($p < 0,05$).

За оцінкою характеру стільця, діарея вірогідно частіше діагностувалась у дітей, які отримували аміноглікозиди, порівняно із підгрупами, які лікувались пеніцилі-



Рис. 1. Стан облігатної мікрофлори в товстій кишці у обстежених дітей в залежності від фармакологічної групи антибіотикотерапії.

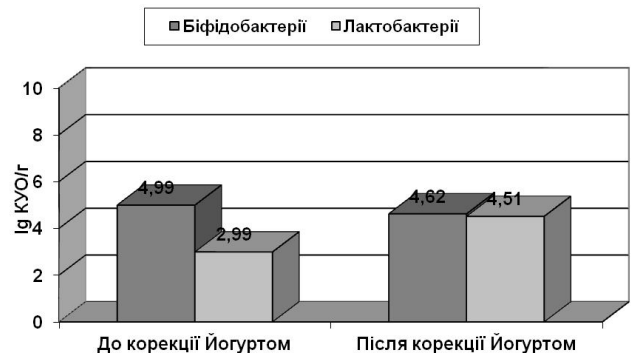
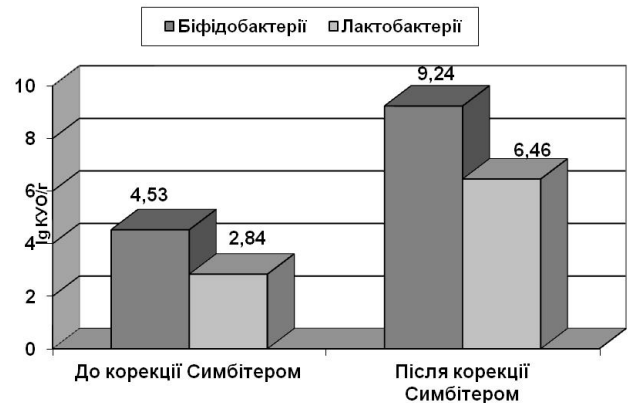


Рис. 2. Динаміка концентрації облігатної мікрофлори товстої кишки у обстежених дітей під впливом пробіотикотерапії.

нами, макролідами та цефалоспоринами 1-го покоління ($p < 0,05$). При цьому, нормальний стілець з вірогідно більшою частотою відмічався у дітей, яким було призначено макроліди, порівняно із хворими, які лікувались пеніцилінами та цефалоспоринами 3-го покоління ($p < 0,05$). Крім того, закрепи діагностувались із вірогідно більшою частотою у дітей, яким було призначено пеніциліни, цефалоспорини 1-2-го покоління, порівняно із дітьми, які отримували аміноглікозиди ($p < 0,05$).

Дерматоінтестинальний синдром з вірогідно більшою частотою діагностувався у дітей, які лікувались макролідами та цефалоспоринами 1-го покоління, порівняно із дітьми, яким проведена комбінована антибіотикотерапія ($p < 0,05$).

Отримані результати нашої роботи показують виникнення на фоні антибіотикотерапії не лише діареї, але й

закрепу та чергування діареї та закрепу. При цьому, закреп діагностувався з вірогідно більшою частотою у дітей на фоні лікування пеніцилінами та цефалоспоринами 1-2-го поколінь.

У подальшому були проаналізовані результати мікробіологічного дослідження випорожнень у обстежених дітей з урахуванням отриманих антибіотиків або їх комбінацій (рис.1). Виявлено, що рівень біфідобактерій був вірогідно нижчий у дітей, які отримали цефалоспоринової 3-го покоління та комбінацію цефалоспоринової та аміноглікозидів, в порівнянні із підгрупами дітей, у яких етіологічне лікування основного захворювання проводилось пеніцилінами та макролідами ($p < 0,05$). Крім того, концентрація біфідобактерій була значно нижчою у дітей, які отримали цефалоспоринової 2-го покоління, порівняно із підгрупою дітей, які лікувались макролідами ($p < 0,05$).

При вивченні кількості лактобактерій в товстій кишці, відмічалось вірогідне зниження її рівня у дітей, які отримали цефалоспоринової 2-го та 3-го покоління, комбіновану антибактеріальну терапію, в порівнянні із підгрупами, які проліковані пеніцилінами, макролідами та аміноглікозидами ($p < 0,05$). Крім того, концентрація лактобактерій була значно нижчою у дітей, які отримали комбіновану антибактеріальну терапію, порівняно із підгрупою дослідження, які лікувались цефалоспоринами 1-го покоління ($p < 0,05$).

Вивчення рівня типової кишкової палички у обстежених дітей в залежності від антибактеріальної групи показало вірогідне зниження її лише у підгрупах дітей, які отримали цефалоспоринової 2-го та 3-го покоління та комбіновану антибактеріальну терапію, в порівнянні з контрольною групою ($p < 0,05$). Аналіз рівня умовно-патогенної мікрофлори у різних підгрупах не виявив вірогідної різниці в залежності від антибактеріальної терапії ($p > 0,05$). Лише у дітей, які отримували цефалоспоринової 3-го покоління, кількість цитробактеру була вірогідно вищою, ніж у підгрупі обстежених, які лікувались комбінованою антибактеріальною терапією ($p < 0,05$).

Ефективність проведеної корекції виявлених антибіотикоасоційованих порушень визначалась за наступними критеріями: динаміка клінічних проявів порушення мікробіоценозу товстої кишки, стан мікрофлори товстої кишки, копрологічні показники товстої кишки у обстежених дітей. Оцінка ефективності лікування даними пробіотиками проводилась при поступленні та через 10 днів після проведеної пробіотикотерапії.

Так, в ході дослідження було відмічено позитивну динаміку клінічних проявів виявлених порушень мікробіоценозу товстої кишки на фоні корекції Симбітером ацидофільним. Разом з тим, після 10-денного курсу пробіотикотерапії продовжували відмічатись клінічні прояви порушення мікробіоценозу товстої кишки у дітей, які отримали Йогурт.

Поряд із вивченням клінічної картини нами проведений аналіз динаміки кількісних та якісних змін мікроф-

лори товстої кишки під впливом пробіотикотерапії (рис.2).

У дітей, які отримували Симбітер ацидофільний вірогідно збільшилась чисельність захисної кишкової мікрофлори (біфідобактерій, лактобактерій) та знизилась кількість умовно-патогенної флори, що адекватно відобразилось на клінічній картині дисбіозу кишечника. Дані зміни пояснюються антиадгезивним ефектом Симбітеру ацидофільного у відношенні умовно-патогенної мікрофлори, які колонізують кишковий біотоп обстежених дітей. А також підвищенням адгезивних властивостей біфідобактерій та лактобацил, що в свою чергу сприяє відновленню еубіоценозу товстої кишки.

Результати мікробіологічного дослідження фекалій у дітей, які на фоні лікування основного захворювання отримували пробіотик 2-го покоління (Йогурт), показали вірогідне підвищення лише кількості лактобактерій у товстій кишці, порівняно із даним показником до лікування ($p < 0,05$). Тоді як, рівень біфідобактерій не змінився у даній групі дослідження в динаміці лікування. Разом з тим, не було відмічено позитивної динаміки з боку кількості умовно-патогенної флори у дітей другої групи дослідження. Як показав аналіз літературних джерел, пробіотики, які містять лише декілька штамів пробіотичної мікрофлори не здатні повноцінно коригувати дисбіотичні порушення товстої кишки.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. У дітей грудного віку, хворих на гостру пневмонію та гострий обструктивний бронхіт, на фоні антибіотикотерапії мають місце клінічні (диспептичний, больовий та дерматоінтестинальний синдроми) та мікробіологічні ознаки порушення мікробіоценозу товстої кишки.

2. Встановлений негативний вплив антибіотиків різних фармакологічних груп на стан мікрофлори товстої кишки у дітей грудного віку при гострих бронхолегеневих захворюваннях. Індигенна мікрофлора товстої кишки найбільше пригнічується препаратами із групи цефалоспоринової 3-го покоління, аміноглікозидів та їх комбінацією. В той час, як цефалоспоринової 1-2-го поколінь, пеніциліни та макроліди в меншій мірі впливають на стан мікробіоценозу товстої кишки.

3. Встановлена висока ефективність використання мультипробіотику Симбітеру ацидофільного для корекції порушень мікробіоценозу товстої кишки при гострій бронхолегеневій патології у дітей грудного віку, що полягає в нормалізації індигенної мікрофлори, зменшенні кількості умовно-патогенних мікроорганізмів та покращенні показників місцевого імунітету товстої кишки.

Подальше поглиблене вивчення впливу мультикомпонентних пробіотиків на стан мікробіоценозів дитячого організму буде сприяти оптимізації лікувально-профілактичних підходів в педіатрії.

Список літератури

- Дифференційована тактика використання пробіотиків в ліченні atopического дерматиту у дітей першого года життя / Мокия-Сербина С.А., Василенко Н.В., Литвинова Т.В. [и др.] // Современная педиатрия. - 2013. - № 1. - С. 18 - 22.
- Использование метода полимеразной цепной реакции для идентификации бактериального состава мультикомпонентных пробиотиков / Янковский Д.С., Заец В.Н., Зварич В.А. [и др.] // Современная педиатрия. - 2012. - № 6. - С. 65 - 68.
- Копча В.С. Пробиотики: роздуми з позиції якості, ефективності, антибіотикорезистентності й безпеки / В.С. Копча // Современная педиатрия. - 2012. - № 6. - С. 73 - 77.
- Марушко Ю.В. Сучасний стан проблеми антибіотикоасоційованих уражень кишечника у дітей / Ю.В. Марушко, Г.Г. Шеф // Перинатология и педиатрия. - 2007. - № 4. - С. 65 - 68.
- Микрофлора человека и роль современных пробиотиков в ее регуляции / Бережной В.В., Крамарев С.А., Шунько Е.Е. [и др.] // Здоровье женщины. - 2004. - № 1. - С. 134 - 138.
- Янковский Д.С. Микрофлора и здоровье человека / Д.С. Янковский, Г.С. Дымент. - К.: ТОВ "Червона Рута-Тур", 2008. - 552 с.
- Effect of increasing number of intestinal Bifidobacteria on the presence of clinically relevant pathogens / Boehm G., Lidestri M., Casetta P. [et al.] // J. Pediatr. Gastroenterology and Nutrition. - 2003. - Vol. 36. - P. 578.
- Probiotics in antibiotics-associated diarrhea / F. Cremonini, S. Di Caro, L. Santarelli [et al.] // Dig. Liver. Dis. - 2002. - Vol. 34. - P. 78 - 80.
- The gut microbiota as an environmental factor that regulates fat storage / Backed F., Ding H., Wang T. [et al.] // Proc. Natl. Acad. Science USA. - 2004. - Vol. 101. - P. 15718 - 15723.

Андрикевич И.И.

СОВРЕМЕННАЯ ПРОБИОТИКОТЕРАПИЯ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Резюме. Представлены результаты изучения состояния микробиоценоза толстой кишки у детей грудного возраста при острых заболеваниях бронхо-легочной системы. Рассмотрена эффективность использования пробиотика "Симбитер ацидофильный" для коррекции нарушений микробиоценоза толстой кишки.

Ключевые слова: микробиоценоз пищеварительного тракта, дисбиоз, антибиотикотерапия, дети.

Andrikevich I.I.

THE MODERN PROBIOTICOTHERAPY IN INFANTS

Summary. The results of investigation of digestive tract microbiocenosis status in infants with acute respiratory tract diseases are represented in this article. The effectiveness of probiotic "Simbiter acidophilic" for the correction of large intestine microbiocenosis was proved in this study.

Key words: digestive tract microbiocenosis, dysbiosis, antibiotic therapy, children.

Стаття надійшла до редакції 6.03.2013 р.

Андрикевич Ирина Іванівна - к.мед.н., доцент кафедри педіатрії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова.

© Антонець В.А.

УДК: 616-071:616.33-022

Антонець В.А.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ХАРАКТЕРИСТИКА КИСЛОТУТВОРЮЮЧОЇ ФУНКЦІЇ ШЛУНКА У ДІТЕЙ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ ТА БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Резюме. В статті представлені результати вивчення кислотоутворюючої функції шлунку у дітей з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ) та у дітей з бронхіальною астмою (БА). В ході дослідження проведено обстеження 104 дітей віком від 10 до 16 років: 42 дитини з ГЕРХ, 38 дітей з БА та 24 здорових дитини. Виявлено у дітей з ГЕРХ: 15 хворих (35,71%) - гіперацидність, у 16 дітей (38,1%) - гіпоацидність і у 11 (26,19%) дітей - нормаацидність. Встановлено, що у дітей з гастроєзофагеальним рефлюксом без супутньої патології шлунка і кишечника спостерігається гіпоацидність. При обстеженні дітей з БА гіперацидність виявлена у 42,11% (16 дітей), нормаацидність - у 36,84% (14 дітей) і гіпоацидність у 21,05% (8 дітей). У дітей контрольної групи нормаацидність діагностовано у 66,67% (16 чоловік), гіперацидність - у 20,83% (5 дітей) і гіпоацидність у 12,5% (3 дитини).

Ключові слова: діти, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, бронхіальна астма, кислотоутворююча функція шлунку.

Вступ

За результатами епідеміологічних досліджень частота гастроєзофагеальної рефлексної хвороби (ГЕРХ) у популяції становить від 7 до 60%, а у дітей коливається, за даними різних авторів, від 2 - 4% до 8,7 - 49% [Крючко, Несіна, 2013].

Останнім часом значну увагу приділяють вивченню співвідношень між ГЕРХ та виникненням бронхообструктивного синдрому і кашлю [Боднарчук, 2011; Крючко, Несіна, 2013; Hancox et al., 2006]. Особливої уваги заслуговує ризик розвитку бронхіальної астми (БА) у дітей