

которые при их наличии подлежат предварительному консервативному лечению в плане предоперационной подготовки.

2. Учитывая возможность возникновения у больных постгастрорезекционных расстройств, в плане осуществления операции предусмотреть профилактическое их лечение.

3. Больным язвенной болезнью, которые подверглись резекции желудка, консервативное восстановительное лечение проводить этапным методом.

Осуществлять всеми средствами информации медицинское просвещение населения о здоровом образе жизни и профилактике заболеваний пищеварительной системы. Интенсивнее внедрять в хирургическую практику малоинвазивную лапароскопическую хирургию.

#### Література

1. Дегтярева И.И. Клиническая гастроэнтерология / И.И. Дегтярева. – М. «МИА», 2004
2. Дудченко М.А. Язвенная болезнь / М.А. Дудченко. – Полтава, «Дивосвіт», 2005. – 210с.
3. Маркова Г.Ф. Клиника и лечение последствий удаления желудка / Г.Ф. Маркова. – М. «Медицина», 1989. – 160с.
4. Огороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов / А.Н. Огороков. – М. «Мед. литература», 2001. – Т.1. – 535с.
5. Самсонов М.А. Постгастрорезекционные синдромы / М.А. Самсонов, Т.И. Паранская, А.П.Нестерова. – М. «Медицина». 1984. – 188с.
6. Черноусов А.Ф. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / А.Ф.Черноусов, П.М. Богонавский, Ф.С. Куванов. – М. «Медицина», 1996
7. Янцкий Н.А. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки / Н.А. Яшин, В.М. Седов, В.П.Морозов. – М. «Медпресс», 2002. – 376с.

#### Реферати

##### ХВОРОБА ОПЕРОВАНОГО ШЛУНКА АБО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ СИНДРОМ, ЇХ ЛІКУВАННЯ

Дудченко М.О.

Обстежено 45 хворих із резекцією шлунка внаслідок ускладнень виразкової хвороби. У 24,4% хворих виявлені післяопераційні розлади, які найбільш доцільно називати «Післягастрорезекційна хвороба». Встановлені після резекції шлунка демпінг-синдром, гіпоглікемію, астенію, анемію, рефлюксну хворобу, синдром привідної петлі, виразку анастомозу підлягають комплексному етапному консервативному і реконструктивному хірургічному лікуванню.

**Ключові слова:** післярезекційний синдром, етапне лікування.

Стаття надійшла 22.06.2012 р.

##### OPERATED STOMACH DISEASE OR POSTGASTRECTOMY SYNDROME AND ITS TREATMENT

Dudchenko M.O.

The research was held over 45 patients with stomach resection as a result of peptic ulcer complications. The postoperational disorders appeared amongst 24,4% of them, nosologic form of which is reasonably characterized by optimal title "Postgastrectomy disease". The diagnosed postresectional dumping-syndrome, hypoglycemia, asthenia, anemia, reflux syndrome, afferent loop syndrome, stomal ulcer are subjects to complex staging, conservative and reconstructive surgical treatment.

**Key words:** postgastrectomy syndrome, staging treatment.

УДК 616.5 – 002 – 053.5 – 08

К.С. Ішчєкін

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

##### РЕЗУЛЬТАТ ЗАСТОСУВАННЯ ВДОСКОНАЛЕНОЇ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ЛІКУВАННЯ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДИТИНИ 6 РОКІВ

У статті представлено особливості клінічного перебігу atopічного дерматиту у дітей, які потребують індивідуального підходу до діагностики та лікування цього захворювання з урахуванням форми, стадії, тяжкості шкірного ураження, наявності респіраторних симптомів atopії, супутніх захворювань, віку пацієнтів, стану їх імунної системи. Доведено високий ступінь терапевтичної ефективності запропонованої вдосконаленої комплексної терапії лікування даного захворювання.

**Ключові слова:** atopічний дерматит, комплексна терапія, ефективність лікування.

*Робота є фрагментом науково-дослідної роботи ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» "Розробка вітчизняних тест-систем для діагностики найпоширеніших алергій серед населення України", номер державної реєстрації 0107U001556 та "Вивчення переключення синтезу імунoglobulinів у хворих на бронхіальну астму для розробки нових методів етіологічної терапії", номер державної реєстрації 0106U003241.*

Лікування і профілактика atopічного дерматиту (АД) у дітей в дійсний час стає однією з найактуальніших проблем педіатрії [3, 6, 7]. За даними епідеміологічних досліджень, в різних країнах на АД страждають від 10 до 28% дітей, в загальній структурі алергічних захворювань він займає одне з провідних місць. Гострота проблеми АД обумовлена не тільки його високою розповсюдженістю серед дітей, але й досить раннім початком, швидкістю розвитку хронічних форм, які призводять до соціальної дезадаптації і інвалідизації

дитини [1, 2, 5, 11]. За останні десятиліття пройшли деякі зміни клінічних характеристик АД. На сучасному етапі однією з особливостей його перебігу є більш частий перехід гострих форм у хронічні. Залучення в патологічний процес багатьох органів і систем організму, дозволяє розглядати АД як системне захворювання. Саме ця обставина притягує до цієї проблеми увагу лікарів різного профілю – педіатрів, алергологів, дерматологів, імунологів, гастроентерологів [2, 5, 12, 13].

Для дитячого організму характерні багато численні функціональні порушення в комбінації з сенсibiliзацією і порушеннями імунорегуляторних процесів, що часто зумовлює резистентність до традиційної медикаментозної терапії і складності під час вибору оптимальної тактики лікування. Сучасне лікування даної патології не завжди дає очікувані результати [4, 8, 9, 10]. Нами була запропонована вдосконалена схема комплексної терапії лікування АД у дітей. Для ілюстрації ефективності запропонованої терапії наведемо клінічний приклад, який відображає динаміку регресу проявів захворювання хворої на АД дитини з основної групи спостереження.

Клінічний приклад (атопічний дерматит). Хвора С. 2001 р. н. Історія хвороби № 7723.

Хвора звернулася до алерголога 22.09.11 зі скаргами на висипку по всьому тілу, виражений свербіж, порушення сну, загальну дратівливість; напади задишки, що виникають серед повного здоров'я, переважно з 2 до 5 год. ночі, які супроводжуються утрудненим видихом, надсадним кашлем, дистантними хрипами.

Анамнез життя. Дитина від I вагітності, в першій половині вагітності – токсикоз, у другій – загроза переривання. У другій половині – незначна анемія вагітної (Hb – 101 г/л). Пологи термінові, фізіологічні, вага при народженні 3 кг 200 г. На грудному вигодовуванні до 3 місяців. Під час вагітності та вигодовування мати дитини не дотримувалася гіпоалергенної дієти. Щеплення проводилися в пологовому відділенні; надалі щеплення не проводилися за медичними протипоказаннями. Сімейний анамнез обтяжений – у матері періодичні висипання, утруднене носове дихання (ретельно не обстежена). Травми, операції – заперечує.

Анамнез хвороби. Хворіє з раннього віку, коли на другому місяці життя стали з'являтися висипи на щоках. Висипи посилились із “переходом” на штучне вигодовування (суміш “Малыш” гречана), почали супроводжуватись явищами екзематизації (мокнуття щічок). Перебувала на лікуванні в дільничного педіатра з діагнозом “атопічний дерматит”. Отримувала гіпосенсибілізуючу терапію (антигістамінні, збовтувану суміш – місцево). Також проводилася корекція вигодовування: підбиралися без- молочні суміші; мати самостійно намагалася перевести дитину на коров'яче молоко (розбавлене).

Стан дитини погіршувався, висипи почали розповсюджуватися по всьому тілу (переважно локалізація на внутрішній поверхні стегон, у ліктьових згинах, під колінами), супроводжувалися мокнуттям із подальшим утворенням ерозії. Введення прикормів утруднювалось, тому що після кожного нового прикорму в дитини посилювалися висипання. У зв'язку з цим дитина почала втрачати вагу, погано спати ночами.

У 6 місяців – перша госпіталізація в алергологічне відділення. Була призначена терапія: кортикостероїди в/в, антигістамінні препарати в/м, метиленовий синій та топічні кортикостероїди – зовнішньо. Проведений лізис лейкоцитів, який показав: алергія на коров'яче молоко – 60%, м'ясо курки – 47%, яйце (жовток) – 62%, яйце (білок) – 54%, гречана крупа – 25%. Дитині було призначено харчування з урахуванням даних обстеження. Стан стабілізувався. З 9 місяців почала хворіти на бронхіти з явищами обструкції. Під час кожного захворювання висипи посилювалися. На стаціонарному лікуванні отримувала антибіотики, еу- та пробіотики, спазмолітики. На 2 році життя бронхіти виникали 6 разів. Висипи на тілі були наявні майже постійно – зникали після другого тижня перебування дитини на стаціонарному лікуванні в алергологічному відділенні ПOKДЛ та після відпочинку на південному узбережжі Криму. Регулярно оглядають дерматолог та алерголог – 5-6 разів за рік. У 3 роки встановлений діагноз “бронхіальна астма атопічна, середньотяжка; атопічний дерматит”. Підґрунтям для встановлення діагнозу стали поява бронхітів (більше 6 разів за рік) із явищами бронхоспазму і майже цілорічні висипи на тілі, які набули чіткої локалізації – згинальні поверхні рук і ніг, передня поверхня шії, в ділянці обличчя навколо очей і рота. З 3-х років дитина постійно лікується в алергологічному відділенні ПOKДЛ (2 рази за рік), де проходить курс обстеження і лікування. У терапії призначали системні та місцеві кортикостероїди. Хвора відчувала на деякий час покращення. У ролі протирецидивної терапії призначали кетотифен, інтал. У 6 років, урахувавши тяжкість хвороби, дитині призначена соціальна допомога за інвалідністю. Хвороба поступово втрачає чітку сезонність, майже відсутні періоди ремісії, стає стійкою до дії кортикостероїдів. У період однієї з ремісій дитину вдалося обстежити алергологічно (шкірні скарифікаційні проби). Виявлена алергія до побутових (домашній пил; домашній пил, збагачений кліщем; пір'я подушки) та харчових алергенів (молоко, яйце, м'ясо курки). Специфічну імунну терапію (СИТ) провести не вдалось через постійне загострення шкірного процесу.

Стан хворої на момент огляду середньої важкості. Тяжкість зумовлена вираженим шкірним процесом, а також вираженою дихальною недостатністю. Дитина при свідомості, відповідає на запитання. Є симптоми роздратування, іноді безпричинні плачі. Дитина достатньої вгодованості, правильної статури. Шкіра – див. locus morbi. Видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору, чисті. Периферичні лімфатичні вузли – м'яко-еластичні, збільшені до I ст., не спаяні між собою і навколишніми тканинами.

Locus morbi. Висипи мають дифузний характер. На шкірі обличчя, задньо-бокової поверхні шії, ліктьових згинів та підколінних ямок наявні папуло-везикульозні висипи на тлі значної еритеми. Є мокнуття і тріщини в ділянці ліктьових згинів та навколо рота. Чітко виражений симптом “окулярів”. На обличчі в ділянці щічок та підборіддя – множинні лусочки, екскоріації. На тілі – висипи типу бляшок унаслідок злиття папул, шкірний малюнок підсилений, спостерігаються множинні екскоріації, в окремих місцях – гіперпігментація на місці попередніх виражених розчухів. Індекс SCORAD = 48 од. (рис. 1).



Рис. 1. Атопічний дерматит. До лікування

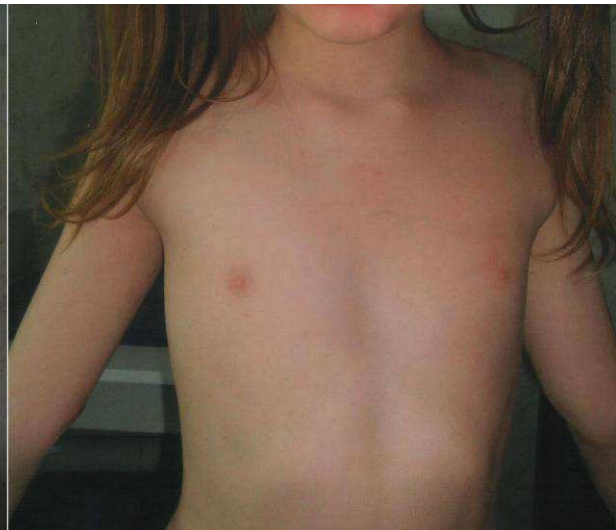


Рис. 2. Атопічний дерматит. Після лікування

Перкуторно над легеньми – звук із коробковим відтінком, аускультативно – на фоні жорсткого дихання розсіяні сухі свистячі хрипи, переважно в нижніх відділах. Частота дихальних рухів – 24 за 1 хв. Межі серця у віковій нормі. Частота серцевих скорочень – 126 за 1 хв. Ритм серцевої діяльності правильний, тони ясні, систолічний шум. Живіт м'який, при пальпації неболючий. Край печінки біля краю реберної дуги. Селезінка не пальпується. Симптом Пастернацького негативний з обох боків.

Загальний аналіз крові: еритроцити –  $4,5 \times 10^{12}/л$ , Hb – 143 г/л, КП – 0,98, лейкоцити –  $7,1 \times 10^9/л$ , п/я – 5%, еозинофіли – 7%, с/я – 47%, лімфоцити – 32%, моноцити – 9%, ШОЕ – 3 мм/год. Імунограма:  $CD4^+$  – 23%,  $CD4^+ CD25^+$  – 40%,  $CD4^+ AnV^+$  – 13%,  $CD4^+ CD25^+ AnV^+$  – 73%, TGF- $\beta$  – 543,1 пкг/мл, IL-10 – 856,8 пкг/мл, IgE – 1432 МО/мл, IgG<sub>1</sub> – 0,4 мг/мл, IgG<sub>4</sub> – 2 г/л, НСТ – 1,56 СЦК, ЛКБ – 1,48 СЦК.

Висновок суміжних спеціалістів: ЛОР- діагноз – алергічний риніт. Ураховуючи дані клініко-лабораторно-інструментального обстеження та спостереження в динаміці, можна встановити клінічний діагноз: атопічний дерматит розповсюджений, еритематозна форма, середньо-тяжкий перебіг, період загострення. Бронхіальна астма, персистуюча III, середньо-тяжка, період нападів, ДН I. Алергічний риніт.

Хворій було призначено таке лікування: основна терапія – гіпоалергенна дієта, дезлоратадин по 1 таблетці 1 раз за добу – вранці, Трансфер Фактор по 1 капсулі 3 рази за добу, а також пімекролімус крем 1% – місцево на ніч. Додатково – фліксотид 1 небула 2 рази за добу 7 днів, венталін ½ небули – 3 рази за добу 7 днів, серетид 25/125 20 мкг 2 рази за добу – 1 рік, інтраназально – кромогексал 4 рази за добу – 2 місяці.

На обстеженні 29.09.2011 р. (через 7 днів) виявили помітний регрес висипних елементів та зменшення відчуття свербіжу, що сприяло покращенню сну та загального самопочуття хворої. Індекс SCORAD = 40 балів. На наступному обстеженні на 14 добу лікування висипні елементи (еритема, кірки, екскоріації) виявили тільки в ділянках ліктювих згинів, підколінних ямок та обличчя. Свербіж хвора відчувала тільки під час психоемоційного навантаження. Індекс SCORAD = 22 бали. На 21 добу лікування спостерігався практично повний регрес висипних елементів, який відповідав стадії клінічної ремісії; відчуття свербіжу відсутнє, повністю нормалізувався сон. Індекс SCORAD = 14 балів (рис. 2).

На контрольному лабораторному обстеженні після закінчення лікування були виявлені відповідні результати. Загальний аналіз крові: еритроцити –  $4,4 \times 10^{12}/л$ , Hb – 145 г/л, КП – 0,85, лейкоцити –  $6,8 \times 10^9/л$ , п/я – 5%, еозинофіли – 5%, с/я – 45%, лімфоцити – 30%, моноцити – 6%, ШОЕ – 3 мм/год. Імунограма:  $CD4^+$  – 26%,  $CD4^+ CD25^+$  – 44%,  $CD4^+ AnV^+$  – 18%,  $CD4^+ CD25^+ AnV^+$  – 21%, TGF- $\beta$  – 150,6 пкг/мл, IL-10 – 8,8 пкг/мл, IgE – 789,9 МО/мл, IgG<sub>1</sub> – 4,5 мг/мл, IgG<sub>4</sub> – 2,5 г/л, НСТ – 1,91 СЦК, ЛКБ – 1,85 СЦК.

Вищенаведений клінічний випадок досить типовий для всієї групи обстежених та пролікованих нами пацієнтів і дозволяє дійти висновку про високий ступінь терапевтичної ефективності запропонованої вдосконаленої комплексної терапії.

#### Висновок

Таким чином, можна вважати, що атопічний дерматит у дітей має певні особливості клінічного перебігу, які потребують індивідуального підходу до діагностики та лікування цього захворювання з урахуванням форми, стадії, тяжкості шкірного ураження, наявності респіраторних симптомів атопії, супутніх захворювань, віку пацієнтів, стану їх імунної системи. Лише такий комплексний підхід допоможе зберегти відносно високу якість життя хворих і поліпшити прогноз як при атопічному дерматиті, так і при інших алергічних захворюваннях.

#### Література

1. Айзятұлов Р.Ф. Кожные болезни в практике врача (этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение) /Р.Ф. Айзятұлов. – Донецк: Каштан, 2006. – 432 с.
2. Аряев Н.Л. Атопический дерматит в практике педиатра /Н.Л. Аряев, В.А. Клименко, А.И. Кожемяка, В.А. Феклин. – К.:

Ферзь, 2007. – 88 с.

3. Калюжная Л.Д. Принципиально новое направление в наружной терапии атопического дерматита //Л.Д. Калюжная //Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2005. – № 1(16). – С. 42-45.
4. Калюжная Л.Д. Современная концепция повседневной терапии атопического дерматита //Л. Д. Калюжная //Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2006. – № 3 (22) – С. 56-60.
5. Охотникова Е. Н. Атопический дерматит: проблемные вопросы и пути их решения /Е. Н. Охотникова //Современная педиатрия. – 2010. - № 6 (34). – С. 67 – 72.
6. Рыжко П.П. Рациональность применения нового нестероидного крема элидела в лечении атопического дерматита //П.П. Рыжко, Я.Н. Сафронова, Л.В. Рощенко //Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2005. – № 1 (16) березень. – С. 46-49.
7. Рыжко П. П. Современные аспекты лечения аллергодерматозов //П. П. Рыжко, Л. В. Рощенко //Журнал дерматологии и косметологии им. Н. А. Торсуева. – 2009. – № 1-2 (18). – С. 77-79.
8. Смирнова Г.И. Современная концепция лечения атопического дерматита у детей /Г.И. Смирнова //Педиатрия. – 2006. – Т.8, № 1. – С. 32-36.
9. Хаитов М.Р. Препараты микробного происхождения в модуляции иммунного ответа при аллергических заболеваниях //М.Р. Хаитов //Современная педиатрия. – 2009. – № 1 (23). – С. 38-41.
10. Шварева Т.П. К вопросу осложнений топической кортикостероидной терапии //Т.П. Шварева, Л.Н. Провизион, А.Л. Высоцкая //Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2005. – № 3 (18). – С. 138.
11. Akdis C. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergology and Clinical Immunology /C. Akdis, M. Akdis, T. Bieber [et al.] //American Academy of Allergy, Asthma and Immunology /PRACTALL Consensus Report. J. Allergy Clin. Immunol. – 2006. – Vol. 118. – P. 152-69.
12. Caproni M. The effects of tacrolimus ointment on regulatory T lymphocytes in atopic dermatitis //M. Caproni, D. Torchia, E. Antiga [et al.] //J. Clin. Immunol. – 2006. – Vol. 26, № 4. – P. 370-375.
13. Naagerup A. Atopic dermatitis – a total genome-scan for susceptibility genes /A. Naagerup, T. Bjerke, P. O. Schiotz [et al.] //Acta Derm. Venereol. – 2004. – Vol. 84. – P. 346-352.

#### Реферати

#### РЕЗУЛЬТАТ ПРИМЕНЕНИЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ

Ищейкин К.Е.

В статье представлены особенности клинического течения атопического дерматита у детей, которые требуют индивидуального подхода к диагностике и лечению этого заболевания с учетом формы, стадии, тяжести кожных поражений, наличия респираторных симптомов атопии, сопутствующих заболеваний, возраста пациентов, состояния их иммунной системы. Доказана высокая степень терапевтической эффективности предложенной усовершенствованной комплексной терапии лечения данного заболевания.

**Ключевые слова:** атопический дерматит, комплексная терапия, эффективность лечения.

Статья надійшла 20.05.2012 р.

#### RESULT OF APPLICATION OF THE IMPROVED COMPLEX THERAPY OF TREATMENT OF ATOPIC DERMATITIS FOR A CHILD 6

Isheikin K. E.

In the article the features of clinical motion of atopic dermatitis are presented for children, that require the individual going near diagnostics and treatment of this disease taking into account a form, stage, to weight of skin defeat, presence of respiratory symptoms of atopy, concomitant diseases, age of patients, state them immune system. The high degree of therapeutic efficiency of the offered improved complex therapy is well-proven.

**Key words:** atopic dermatitis, complex therapy, efficiency of treatment.

УДК 616.98 – 07 – 08

К. С. Ищейкин, М. М. Потяженко, Н. О. Люлька, Н. Л. Соколюк, Т. В. Настрога, Г. С. Хайменова  
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», Полтава.

#### АКТУАЛЬНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ І ХІМІОПРОФІЛАКТИКИ ПРИ ГРВІ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ТЕРАПЕВТА

У статті наведені сучасні аспекти діагностики і хіміопротекції при ГРВІ в практиці лікаря терапевта. Проведена оцінка клінічної ефективності комбінованого використання інгібіторів протеолізу амінокапронової кислоти (АКК) та індуктора інтерферону – нуклеїнату (рибонуклеїнової кислоти) з екстрено-профілактичною метою в період епідемічного підйому захворюваності на сезонний грип та інші ГРВІ. Встановлено, що комбінована схема використання АКК в поєднанні з індуктором інтерферону – нуклеїнатом, спричиняє ефект потенціювання протівірусної дії, що призводить до підвищення захищеності організму при постійному контакті з хворими на вірусні інфекції.

**Ключові слова:** гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ), амінокапронова кислота (АКК), нуклеїнат (рибонуклеїнова кислота).

Грип та інші гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) залишаються однією з найактуальніших медичних і соціально-економічних проблем в масштабах земної кулі, тобто є проблемою світового значення. За офіційними даними МОЗ в Україні за рік реєструється 10 – 15 млн. хворих на гострі респіраторні захворювання (ГРЗ), у тому числі і на грип. Надзвичайна активність механізму передачі при цих інфекціях обумовлює їх широке розповсюдження і високу інтенсивність епідемічного процесу. Вони є найбільш масовими