

цитокинами, ремоделированием сердца, циркадными хронотропного-инотропными, прессорными ритмами, аритмогенностью миокарда у больных ИБС в сочетании с ГХ как предпосылка к коррекции лечения. Объектом исследования было 35 больных с выше упомянутой патологией. Согласно полученным результатам исследования установили увеличение уровня провоспалительных и снижение противовоспалительных цитокинов, их корреляционную связь между собой, частотою сердечных сокращений, суточными колебаниями артериального давления, морфо-функциональными изменениями сердца. Наиболее патогноманическим есть повышение интерлейкина-6 в зависимости от стадии ГБ, выраженности ХСН и его класса. Для женского пола характерное повышение уровня С-реактивного белка по сравнению с мужчинами.

**Ключевые слова.** Цитокины, хронотропная и инотропная активность.

Стаття надійшла 7.04.10

inflammatory cytokines, remodeling of the heart, circadian chronotropic-inotropic, pressor rhythms, arrhythmogenic myocardium in patients with ischemic heart disease in combination with hypertension as a prerequisite for correct treatment. The object of the study were 35 patients with mentioned pathology. According to the received results of the investigation it was determined that the enlargement levels of proinflammatory and anti-inflammatory cytokines, increasing their korelyatsionnyu relationship between themselves, the heart rate, daily fluctuations in blood pressure, morpho-functional changes of the heart. Most patognomanicheskim is the increasing of interleukin-6, depending on the stage of hypertension, severity of heart failure chronicall and its class. The rising of C-reactive protein level compared is more characteristic for female comparing with mail.

**Key words.** Cytokines, chronotropic and inotropic activity.

УДК: 616-053. 37 - 056: 613. 22

Т.І. Мизгіна

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

### ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКУВАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ, ЯКІ МАЮТЬ ВИСОКИЙ РИЗИК РОЗВИТКУ АТОПІЇ

Наведено данні дослідження використання суміші на основі частково гідролізованого білку для штучного вигодовування дітей 1-го року життя, які мають ризик розвитку atopії.

**Ключові слова:** немовля, atopія, штучне вигодовування, частково гідролізований білок.

Материнське молоко є єдиним оптимальним продуктом харчування для вигодовування дітей до 5-6-ти місячного віку. Цього ствердження вже ніхто навіть не намагається заперечувати. Жіноче молоко не тільки збалансоване за хімічним складом у відповідності до потреб дитини, але й, за наявності секреторних імуноглобулінів, сприяє заселенню кишечника нормальною мікрофлорою, попереджує сенсibiliзацію дитини потенціальними алергенами. Наявні переконливі дані про те, що виключно грудне вигодовування з першого дня життя вірогідно попереджує розвиток алергічних станів не тільки упродовж першого року життя, але й в майбутньому [7]. За оцінкою експертів, загальна поширеність алергічної патології протягом останніх десятиріч зросла на 30-50%, відзначається значне зростання питомої ваги алергічних захворювань в структурі захворюваності дітей раннього віку. За даними вітчизняних досліджень [1], найбільш часто у дітей раннього віку зустрічаються прояви алергії до білку коров'ячого молока. Разом з тим, майже пята частина немовлят в Україні знаходяться на штучному вигодовуванні та змушена задовольняти свої потреби штучними замінниками материнського молока [3,6]. Вже на першому році життя більшість з цих дітей потребує призначення лікувального харчування, щонайчастіше обумовлено наявністю в них харчової алергії. Саме тому увагу фахівців привертають суміші, створені на основі часткових гідролізатів коров'ячого білку, які зменшують ризик сенсibiliзації до цих білків.

**Метою** роботи було визначення можливості проведення штучного вигодовування дітей першого року життя з проявами atopії гіпоалергенними сумішами.

**Матеріал та методи дослідження.** Під спостереженням перебували 28 дітей першого року життя з проявами atopічного діатезу, які знаходилися на штучному та змішаному вигодовуванні з віку 1-3 місяці (1 група - основна) та 25 дітей, які знаходилися на природному вигодовуванні (2 група - контрольна). З метою зниження частоти та поширеності atopічних проявів, обстеженим дітям 1 групи було рекомендоване довготривале призначення гіпоалергенної суміші HUMANA HA 1 та HUMANA HA 2, які створені на основі гідролізатів коров'ячого білку.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Відомо, що велике значення в розвитку алергічної патології має вплив обтяжуючих перинатальних чинників [1,5]. Нами було визначено, що 28,6% дітей 1 групи та 24,0% в 2 групі спостереження народилися від матерів з хронічною соматичною патологією. Від жінок, які до моменту теперішньої вагітності мали захворювання репродуктивної сфери народилися відповідно – 21,4% та 16,0% малюків. Майже в усіх матерів обстежених нами дітей відзначався ускладнений перебіг вагітності (85,7% та 84,%) . Найбільш частими ускладненнями були: загроза переривання, анемія, гестози. В обох групах було діагностовано носіння TORCH – ВУІ (39,3% та 32% відповідно). Слід відзначити різницю в структурі ускладнень вагітності у матерів дітей в 1 та 2 групі. Якщо у матерів дітей основної групи вірогідно частіше діагностувалися гестози та ВУІ, то в контрольній переважно була анемія. Більш ніж дві третини обстежених нами дітей народилася в терміні гестації 37-42 тижні. Гестаційний вік дітей, які народилися від передчасних пологів коливався від 32 до 36 тижнів. Розподіл дітей за гестаційним віком в обох групах був приблизно однаковим. Від фізіологічних пологів народилися тільки 29,2% пацієнтів основної, та 40,0% малюків контрольної групи. В обох групах була приблизно однакова кількість дітей (17,9% та 20%), які народилися від пологів, що було завершено шляхом кесарівого розтину. При народженні майже всі доношені діти мали задовільні показники фізичного розвитку, відповідно до гестаційного віку. Стан більшості дітей при народженні оцінювався як задовільний. В окремих випадках у дітей, які народилися передчасно, були наявні помірні дихальні розлади. Пролонгована жовтяниця була наявна у 39,3% дітей в 1 групі спостереження та в 28,0% в 2 групі. Гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС діагностували відповідно в 21,4% та 20,0% випадків.

При вивченні та аналізі родинного анамнезу дітей, які знаходилися під спостереженням, визначено, що майже чверть всіх малюків мали обтяжений спадковий анамнез. В 14,2% сімей у дітей 1 групи та 12,0% 2 групи були хворі на бронхіальну астму та бронхообструктивні захворювання. Шкірні прояви atopії були наявні відповідно в 17,9% та в 16,0% випадків. Прояви atopії в ранньому дитячому віці спостерігалися у батьків та старших сибсів обстежених нами пацієнтів основної групи з частотою – 39,3% та в 2 групі - 28,0% випадків. Було визначено перинатальні чинники ризику розвитку atopії в обстежених дітей: це наявність проявів atopії у батьків та/або сибсів, патологічний перебіг вагітності, пологи шляхом кесарівого розтину, передчасні пологи, пролонгована гіпербілірубінемія. Значну роль у розвитку atopічних уражень, як відомо відіграє харчування, а у дітей раннього віку, тривалість природного вигодовування [1,6]. Разом з тим, безпосередньо після народження було прикладено до грудей лише 21,4% обстежених нами дітей основної групи та 84,0% в контрольній. Можливо, саме це було причиною того, що вже на першому місяці в 1 групі були переведені на штучне вигодовування 25,0% немовлят, в подальшому відсоток таких дітей значно збільшився (рис.1).

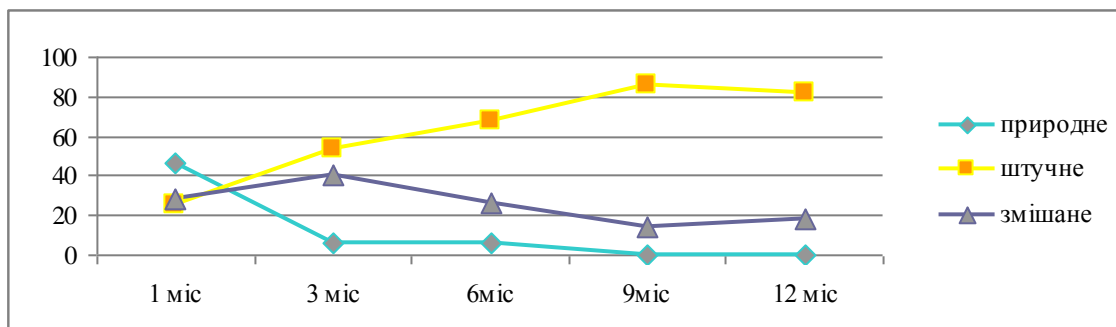


Рис. 1. Динаміка вигодовування обстежених дітей основної групи на першому році життя.

Не зважаючи на те, що нами постійно підкреслювалася важлива роль виключно грудного вигодовування до виповнення дитині 5-6 місяців, та проводилися заходи щодо відновлення лактації, лише в 17,9% випадків дітей 1 групи, які знаходилися під спостереженням, проводилося змішане вигодовування. Атопічні захворювання досить часто маніфестують в ранньому дитячому віці та в подальшому негативно впливають на розвиток та дозрівання організму дитини. Прояви atopії в обстежених нами немовлят у 17,9% випадків в основній та в 12,0% у дітей контрольної групи маніфестували вже у неонатальному віці. В інших дітей основної групи перші прояви atopії з'явилися після введення звичайної штучної суміші. Клінічні прояви харчової алергії в них були досить різноманітними (шкірні прояви, порушення з боку ШКТ та ін.). До переведення на штучне харчування прояви atopії вже були наявні майже в третини немовлят основної групи. У дітей

контрольної групи прояви atopії поступово зникали до віку 3місяців та в 20% випадків відновлювалися або з'являлися уперше після введення молочного прикорму.

Значну проблему складала прояви з боку ШКТ. Батьки 21,4% пацієнтів основної групи вже протягом першого місяця життя дитини скаржилися на наявність в неї кишкової кольки, здуття живота, періодичних зригувань, рідких випорожнень та закрепів. У дітей, які знаходилися на природному вигодовуванні, аналогічні проблеми були зафіксовані майже вдвічі рідше (12,0%). При бактеріологічному обстеженні в 42,9 % дітей основної групи було виявлено порушення мікробіоценозу кишечника. У дітей 2 групи спостереження дисбіотичні порушення було виявлено в 20% випадків. Після введення в раціон харчування гіпоалергенної суміші в дітей, які знаходилися під спостереженням, відбувалося поступове зникнення проявів atopії. Упродовж трьох місяців спостереження в 82,1% дітей, які знаходилися на штучному вигодовуванні сумішшю HUMANA HA1 та HUMANA HA2, відбувався значний позитивний ефект: відсутність висипів, стійка нормалізація функції ШКТ, нормалізація мікробіоценозу кишечника. Лише в 10,7% випадків не відзначалося покращення - у дітей зберігалися порушення з боку ШКТ, що можливо, було пов'язано з лактозою недостатністю. В 10,7% дітей – шкірні прояви відновилися після введенні прикорму, який готували на основі коров'ячого молока. В інших пацієнтів упродовж 6 - 9 місяців спостереження відзначалася стійка ремісія (рис. 2).

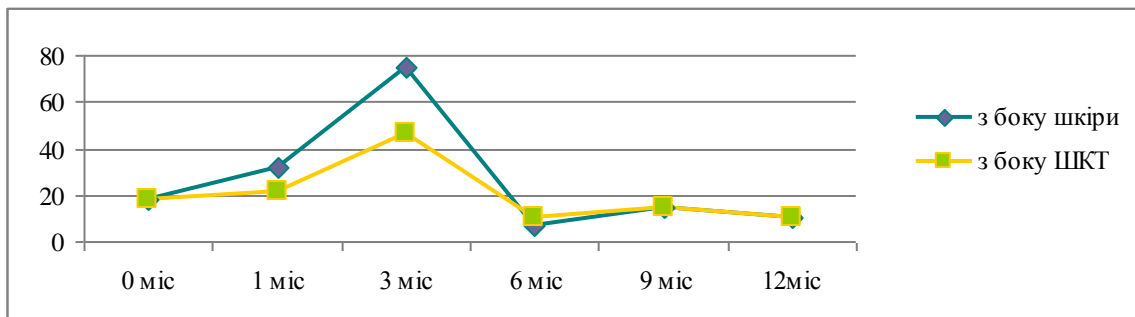


Рис. 2 Динаміка клінічних проявів atopії в обстежених дітей.

При вивченні показників фізичного та психомоторного розвитку дітей обох груп не було виявлено вірогідних відмінностей.

#### Висновки

1. Діти з високим ризиком atopії з метою зменшення розвитку проявів харчової сенсibiliзації, до 5-6 місяців повинні отримувати виключно грудне молоко.
2. Для проведення штучного або змішаного вигодовування у дітей першого року життя з проявами atopії при відсутності можливості грудного вигодовування з лікувальною метою може застосовуватися гіпоалергенна суміш HUMANA HA.

#### Література

1. Аряев Н.Л. Влияние использования смеси «Альфаре» на течение обструктивного бронхита и atopического дерматита у детей первого года жизни с гипотрофией / Н.Л. Аряев, Л.Е. Каплина, И.В.Кузьменко // Современная педиатрия. - 2004. - №4(5). - С. 45-48.
2. Банадига Н.В. Проблема алергії у дітей першого року життя / Н.В.Банадига, Т.В.Рибіна // Перинатологія і педиатрія. - 2005. - №3/4(24). - С. 40-42.
3. Бронстрап А. Гипоалергенные смеси для предупреждения развития пищевой алергии у детей / А.Бронстрап, Х.М.Боклер // Вопросы детской диетологии. - 2004.- Т.2.- №2.- С. 12- 18.
4. Марушко Ю.В Характеристика вигодовування дітей першого року життя в умовах великого міста / Ю.В.Марушко О.Д.Московенко, Н.С.Бойко, Г.Г.Шеф // Здоровье ребенка. - 2007. - №1(4). - С. 48-51.
5. Нетребенко О.К. Роль пробиотиков и умеренно гидролизованного белка в снижении риска atopии у детей( обзор литературы) / О.К. Нетребенко // Современная педиатрия. - 2009. - №5. - С. 169-174.
6. Сміян І.С. Застосування адаптованої суміші NAN кисломолочний та спеціальної суміші серед дітей з проявами алергичного діатезу / І.С. Сміян, Г.А. Павлишин // Перинатологія і педиатрія. - 2005. - №3/4(24). - С. 105-110.
7. Шунько Є.Є. Результати моніторингу грудного вигодовування немовлят / Є.Є.Шунько, О.Л Шлемкевич, Т.А.Лехновська // Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л.Шупика. – Київ, 2005. - Вип. 11, кн. 2. – С. 387-398.
8. Guemonde V./Breast milk: a source of bifidobacteria for infant gut development and maturation? / V. Guemonde, K. Laitinen, S. Salminen et al. // Neonatology. – 2007. –Vol. 92. - P. 64-55.

#### Реферати

**ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ, ИМЕЮЩИХ ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ АТОПИИ**

**Мызгина Т.И.**

Приведены данные исследования об использовании смесей на основе частично гидролизованного белка при искусственном вскармливании детей 1-го года жизни с риском развития атопии.

**Ключевые слова:** дети 1 года жизни, атопия, искусственное вскармливание, частично гидролизованный белок.

Стаття надійшла 24.03.10

**IMPLICATION THE MILK FORMULA MEDICAL NUTRITION OF FIST-YEAR INFANTS WITH THE RISK OF ATOPY**

**Myzgina T.I.**

The author studied the effect of the using the milk formula with abstemious hydrolyzed protein in the nutrition of fist-year infants with the risk of atopy.

**Key words:** fist-year infant, abstemious hydrolyzed protein, atopy, nutrition.

УДК 616. 61 – 002.3 – 092 : 616.98

~~Г.Л. Пустовойт, Ю.А. Кострикова, Г.І. Ярмола, І.В. Циганенко, Л.С. Овчаренко,  
В.Д.І.Харати, Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава~~

**РОЛЬ БАКТЕРІАЛЬНОЇ ТРАНСЛОКАЦІЇ У ПАТОГЕНЕЗІ ХРОНІЧНОГО ПІСЛОНЕФРИТУ**

Проведене бактеріологічне дослідження аутопсійного матеріалу, взятого у 10 осіб молодого і зрілого віку (середній вік 36,3±3,3 років), 10 осіб середнього віку (середній вік 52,3±1,8 років) та 10 осіб похилого і старечого віку (середній вік 69,4±3,7 років), які за життя не мали нефрологічної патології. За результатами дослідження, бактеріальна мікрофлора, котра може виступати у ролі уропатогенів, із нирки виділена у 20 об'єктів дослідження (66,7%), із тонкої кишки – у 16 об'єктів дослідження (53,3%) та із товстої кишки - у 16 об'єктів дослідження (53,3%). Із них, у 9 випадках (45,0%) із нирки та кишечника виділена ідентична мікрофлора. Виділення бактеріальної мікрофлори із ниркової тканини людей, які за життя не мали будь-яких даних за захворювання нирок, дає підставу припустити існування бактеріальної транслокації із кишечника як фізіологічного явища, що спостерігається впродовж усього життя.

**Ключові слова:** бактеріальна транслокація із кишечника, хронічний пієлонефрит, патогенез

*Дослідження виконано у рамках теми “Дослідження молекулярно-генетичних аспектів патогенезу артеріальної гіпертензії для розробки нових методів діагностики та диференційованого лікування” (№ державної реєстрації 0103V004857).*

Впродовж минулого століття неодноразово робились спроби з'ясувати механізми розвитку пієлонефриту (ПН). При цьому, виділяють три історичних етапи в еволюції поглядів на патогенез ПН. На першому етапі (кінець XIX – перша половина XX століття) уриногенне розповсюдження інфекції із сечового міхура у нирки нарівні з гематогенним надходженням із екстрауринарних запальних вогнищ вважались основними шляхами інфікування нирок. На другому етапі (50-60-і роки XX століття) гематогенний шлях інфікування нирок протиставлявся уриногенному. Ставилась під сумнів сама можливість розповсюдження інфекції по сечовому руслу проти току сечі. На третьому етапі (70-80-і роки XX століття) була доведена можливість уриногенного інфікування нирок нарівні з гематогенним і робились спроби поєднати ці два механізми розвитку пієлонефриту [10].

Як відомо, абсцес нирки частіше розвивається внаслідок метастатичного заносу мікроорганізмів із віддалених гнійних вогнищ. Гематогенний шлях інфікування нирок може реалізуватися також у ході системних інфекційних запальних процесів, які характеризуються вираженою бактеріємією. Мікроби чи мікробні емболи осідають переважно у капілярах навколо звивистих каналців у корковій речовині нирки, ініціюючи початок гострого інфекційного запального процесу у нирках [14]. Крім того, інфекційні збудники здатні затримуватись у капілярах клубочків, пошкоджувати у процесі життєдіяльності клубочкову мембрану, капсулу Шумлянського-Боумана та проникати у звивисті каналці. В останніх починається їх бурхливе розмноження та агресія проти епітелію. Далі через порушену цілісність стінки каналців інфекційні збудники потрапляють до перетубулярно розташованих структур нирки [1].

Ряд дослідників є прихильниками погляду, згідно якого бактерії частіше потрапляють до нирок рефлюксогенним шляхом із нижче розташованих відділів сечової системи. У першу чергу це стосується механізму розвитку хронічного ПН [17]. При цьому, резервуаром уропатогенних бактерій