

# ПРИМЕНЕНИЕ МУЛЬТИПРОБИОТИКА БАК-СЕТ БЕБИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ 1 ГОДА ЖИЗНИ

Пичуева Е.В.

ООО Медицинский центр «Домашний Доктор»

г.Хабаровск

E-mail: lekha999@mail.ru

## MULTIPROBIOTICS BAC-SET BABY APPLICATION AT ATOPIC DERMATITIS WITH ACCOMPANYING PATHOLOGY OF THE GASTROENTERIC PATH AT CHILDREN 1 YEAR OF LIFE

Pichueva E. V.

Medical Centre «Family Doctor», Co., Ltd, Khabarovsk

Проблема атопического дерматита (АД) чрезвычайно важна не только для аллергологии, но и для всей педиатрии, что обусловлено высокой распространенностью и неуклонным ростом данного заболевания. По данным эпидемиологических исследований, распространенность АД составляет в развитых странах более 15:1000 населения и колеблется от 10% до 28%. Особенно обращает на себя внимание увеличение частоты аллергических заболеваний у детей. Следует отметить, что АД у детей чаще встречается в условиях города, чем в сельской местности, в семьях с более высоким социально-экономическим уровнем. У 60-70 % детей АД, начиная с первых дней или месяцев жизни, сохраняет свои клинические признаки на протяжении многих лет, оказывая неблагоприятное воздействие на физическое и психическое развитие ребенка.

Атопический дерматит (АД) – хроническое аллергическое заболевание, развивающееся у лиц с генетической предрасположенностью, имеющее рецидивирующее течение с возрастными особенностями клинических проявлений, повышением гиперчувствительности к специфическим и неспецифическим раздражителям. Известно, что аллергические заболевания кожи, как правило, протекают на фоне сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта, гепатобилиарной системы, синдрома избыточного бактериального роста. Кишечная микробиота представляет собой динамически изменяющийся состав микробов, характерных для каждого человека. К факторам, влияющим на становление кишечной микробиоты у младенцев, относят микрофлору матери (вагинальную, кишечную, кожную), способ родоразрешения, гестационный возраст, окружающую среду. Микрофлора кишечника выполняет защитную, пищеварительную, детоксикационную и антиканцерогенную функцию. Она участвует в синтезе витаминов, регуляции обмена холестерина, обеспече-

нии колонизационной резистентности макроорганизма. Уже не подвергается сомнению тот факт, что, чем более разнообразна микробиота кишечника младенца, тем более здоровым он будет. Особая роль отводится влиянию нормальной микробиоты слизистых на иммунную систему: регуляция развития центральных и периферических органов иммунитета; стимуляция фагоцитарной активности макрофагов; увеличение выработки интерферона; стимуляция синтеза иммуноглобулинов А, М, G; стимуляция функциональной активности Т- и В-лимфоцитов, NK-лимфоцитов; регуляция синтеза про- и противовоспалительных цитокинов; регуляция синтеза IgE.

У детей 1 года жизни несостоятельность барьеров пищеварительного тракта способствует пищевой сенсибилизации. При прохождении через печеночный фильтр больших белковых молекул, сохраняющих свои антигенные свойства, возникает пищевая аллергия, часто проявляющаяся атопическим дерматитом. Повышенная проницаемость тонкой кишки позволяет всасываться большому количеству гистамина с дальнейшим поступлением его в кровотока. При синдроме избыточного бактериального роста развитию аллергических реакций способствует усиленное размножение гистаминогенной флоры. Безусловно, выбор пробиотика для коррекции дисбиотических нарушений у детей должен основываться на принципах доказательной медицины. Особый интерес у специалистов вызывают мультиштаммовые пробиотические препараты, оказывающие комплексное действие при функциональных нарушениях желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей раннего возраста. Одним из представителей мультиштаммовых пробиотиков является Бак-Сет Беби. Это пробиотик нового поколения, созданный в Великобритании и зарегистрированный в России. В его состав входят *L.casei*, *L.rhamnosus*, *L. acidophilus*, *Bifidobacterium*

breve, *B. infantis*, *B. longum*, *S. thermophilus*, а также фруктоолигосахариды в качестве пребиотиков. Все штаммы, входящие в состав препарата, имеют оригинальное происхождение, включены в перечень европейского качества, что доказывает высокий уровень безопасности.

**Цель исследования** – оценка эффективности препарата Бак-Сет Беби в составе комплексной терапии у детей, больных атопическим дерматитом (АД) и сопутствующими нарушениями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Были обследованы 25 детей в возрасте от 1 до 6 месяцев жизни, с подтвержденным диагнозом АД и сопутствующей патологией ЖКТ, имеющих признаки дисфункции кишечника и установленные нарушения качественного и количественного состава микрофлоры кишечника. Все дети находились на грудном вскармливании. Дети были разделены на 2 группы, равнозначные по возрасту и полу. 1 группа – основная – 13 детей (52%), больных АД, легкая степень тяжести (коэффициент SCORAD – до 20), у всех детей были выявлены функциональные расстройства ЖКТ (синдром избыточного бактериального роста). 2 группа – группа сравнения – 12 детей (48%), больных АД, легкая степень тяжести (коэффициент SCORAD – до 20), у 11 (91,6%) детей были выявлены функциональные расстройства ЖКТ. До начала терапии оценивались данные аллергологического анамнеза, пищевой рацион кормящих матерей, клиническая картина заболевания, результаты УЗИ органов брюшной полости, гематологические исследования, включавшие уровень общего IgE и специфических IgE к различным аллергенам, копрограмма, исследования микробиоценоза кишечника. Аналогичные исследования проводились и после окончания терапии через 4 недели.

Всем детям проводилась комплексная терапия основного заболевания: симптоматическая (антигистаминные препараты, сорбенты, ферментные препараты) и патогенетическая терапия (исключение из пищевого рациона матерей облигатных аллергенов или продуктов-гистаминолибераторов). Дети из 1 группы получали мультиштаммовый пробиотик Бак-Сет Беби в течение 15 дней по 1 саше в день за 15 минут до еды.

Анализ полученных данных показал, что у детей основной группы на фоне применения препарата Бак-Сет Беби отмечена благоприятная динамика клинических проявлений в виде уменьшения выраженности сыпи, гиперемии кожи, снижение интенсивности зуда. Оценка динамики течения АД показала, что на фоне применения пробиотика у 1-й группы через 5-6 дней от начала заболевания отмечено исчезновение зуда у 100% пациентов, высыпаний и эритемы у 12 (92,31%) детей. На 15 день полное исчезновение кли-

нических проявлений АД наблюдалось у 10 (76,92%) детей.

Дети обеих групп имели нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта в виде синдрома срыгиваний, кишечных колик, вздутия живота, учащения стула или запоров. В основной группе кишечная колика отмечалась у 10 (76,92%) из 13, в группе сравнения – у 8 (66,67%) из 12 человек. После проведенного лечения боли купировались у 100% детей обеих групп. Связано это с тем, что всем детям проводилась коррекция ферментными препаратами. Большая часть обследованных детей имела реактивные изменения поджелудочной железы, проявляющиеся синдромом нарушенного переваривания, что подтверждено анализами кала на копрограмму, где имелись изменения в виде стеатореи, амилореи и данными УЗИ внутренних органов. В 1 группе 9 (69,23%) детей на УЗИ имели диффузные изменения поджелудочной железы, во 2 группе – 7 (58,33%) детей. На фоне проводимой терапии и признаки кишечных дисфункций быстрее купировались у детей 1 группы, отмечалась положительная динамика в копрологических исследованиях в виде уменьшения стеатореи и амилореи в более короткие сроки по сравнению со 2 группой.

При повторном микробиологическом исследовании спустя 4 недели у 65% детей 1 группы отмечались нормализация микробного пейзажа с увеличением количества бифидофлоры. Во 2 группе, не получавших пробиотик Бак-Сет Беби, изменения со стороны желудочно-кишечного тракта в 56% случаях наблюдения сохранялись в течение всего курса лечения. Повторное микробиологическое исследование, проведенное в данной группе спустя 4 недели, позволило установить некоторую нормализацию микробиоценоза только у 29% наблюдаемых детей.

Таким образом, включение мультиштаммового пробиотика Бак-Сет Беби в схему терапии АД и патологии ЖКТ патогенетически обоснованно и клинически целесообразно. Эффективность препарата проявляется высоким нормализующим и стабилизирующим эффектом на состояние кожи и ЖКТ. У детей, получавших пробиотик Бак-Сет Беби, побочных эффектов не отмечалось. Одним из основных результатов применения пробиотика Бак-Сет Беби является сокращение длительности регистрации основных жалоб, предъявляемых больными. У всех детей, получавших пробиотик Бак-Сет Беби полным курсом в составе комплексной терапии, отмечена положительная клиническая динамика в виде улучшения самочувствия (100%), купирования кишечных дисфункций в более ранние сроки, чем у больных группы сравнения, быстрая нормализация микробного пейзажа в кишечнике, хорошая переносимость препарата.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аллергология и иммунология// под ред. А.А.Баранова и Р.М.Хайтова: Союз педиатров России [и др.].- 4-е изд., испр. и доп.- М.: Изд-во «ПедиатрЪ», 2018.- 492 с.- (Клинические рекомендации для педиатров).
2. Использование симбиотических препаратов в лечении атопического дерматита у детей раннего возраста: методические рекомендации // сост.: Э.В. Дудникова, Н.Н. Кобзева, Е.С. Приходская. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2013. – 41 с.
3. Микробиотические нарушения как междисциплинарная проблема глобального уровня// Медицинский совет. 2019. № 2. С.53-60
4. Мультипробиотик Бак-Сет: инновационные возможности в коррекции кишечного микробиоценоза у детей// Эффективная фармакотерапия. 42/2015. Гастроэнтерология. Спецвыпуск «Детская гастроэнтерология» С.34-41
5. Овсянников Д.Ю. Дисбактериоз кишечника у детей: этиология, клиническое значение, диагностические критерии, современные методы коррекции//Эффективная фармакотерапия. 2011. № 3. С.10-19
6. Тихомиров А.А. Клинико-патогенетическое обоснование дифференцированного подхода к терапии тяжелых форм атопического дерматита у детей. Дис. д-ра мед.наук. – Москва, 2014. – 348 с.

## ПЕРСониФИЦИРОВАННАЯ ИММУНОДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Плеханова М.А.

ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России

г.Омск

E-mail: dina-plus@mail.ru

## PERSONIFIED IMMUNODIAGNOSIS OF TUBERCULOSIS INFECTION IN CHILDREN

Plekhanova M.A.

Omsk State Medical University

По заключению экспертов ВОЗ, базовыми элементами «Глобальной стратегии борьбы с туберкулезом (ТБ) после 2015 года» являются мероприятия, ориентированные на пациента (парадигма персонифицированной медицины). В первую очередь это ранняя диагностика ТБ [5]. Существующая новая парадигма направлена на резервуар латентной туберкулезной инфекции (ЛТИ), что важно для снижения заболеваемости к 2050 г. [2]. При этом факторы, способствующие прогрессированию от ЛТИ до ТБ, в настоящее время полностью не изучены [4], а существующие методы выявления и диагностики туберкулезной инфекции у детей не позволяют дифференцировать латентную от активной [1; 3; 6].

С целью обоснования персонифицированной системы ранней диагностики туберкулезной инфекции у детей проведено настоящее исследование.

Исследование выполнено в период с 2014 по 2018 гг. Группу наблюдения составили 310 детей, из них 110 – с установленным диагнозом ТБ, 156 – с ЛТИ, 44 – не инфицированных МБТ. Обследование включало стандартные общеклинические, клинико-рентгенологические и лабораторные исследования согласно Приказу МЗ РФ

№ 109 от 21.03.2003 и клиническим рекомендациям по ЛТИ (2015). Дополнительно оценивали уровень ИФН- $\gamma$  спонтанного и стимулированного специфическими антигенами в цельной крови (ППД-Л, CFP32B, Rv2660c, ESAT6, 85a, ESAT6-CFP10) (М. А. Плеханова с соавт., патент РФ № 2586279) в пг/мл и индексе стимуляции (и.с.). Для проведения статистической обработки фактического материала применялись методы статистического анализа с использованием пакета программ OpenEpi версия 3, Statistica 6,0 и StatPlusPro 5.9.8.

В группе «ТБ» было обследовано 110 детей, больных ТБ. Средний возраст составил  $9,5 \pm 0,5$  лет, каждый второй ребенок (51; 46,6%) был в возрасте до 8 лет, каждый четвертый (26; 23,6%) – подросткового возраста (15–18 лет). Следует отметить, что среди больных ТБ не отмечалось достоверных различий по половому признаку ( $p > 0,05$ ). Заболевание ТБ у 59 детей (53,6%) было выявлено по результатам массовой туберкулинодиагностики, из них в 13 случаях – с одновременным выявлением семейного очага ТБ. Среди детей, больных ТБ, в основном регистрировали положительные нормергические реакции на туберкулин ( $n = 110$ ; 70,9%)