

УДК 616.5-001/-002-053.2-08

О.В. Зубаренко, Т.Ю. Кравченко, О.В. Решетіло
Комплексна терапія дітей
з atopічним дерматитом
з використанням ентеросорбентів

Одеський національний медичний університет, Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2017.2(82):86-90; doi 10.15574/SP.2017.82.86

Мета — вивчення клінічної ефективності і профілю безпеки препарату «Біонорм» у комплексному лікуванні atopічного дерматиту (АД) у дітей.

Пацієнти і методи. Під спостереженням знаходилося 60 дітей з АД віком від трьох до шести років. Тривалість перебігу АД — від 6 місяців до трьох років. Діти основної групи крім базисної терапії одержували препарат «Біонорм» по 1 таблетці 3 рази на добу між їжею протягом 10 днів. Контрольну групу склали 30 дітей, що отримували тільки базисну терапію АД, яка включала гіпоалергенну дієту, елімінаційний режим, антигістамінні препарати, мембраностабілізатори, місцеву терапію.

Результати. Включення до складу комплексної терапії АД препарату «Біонорм» сприяло швидшому покращанню клінічної картини, нормалізації лабораторних показників та підвищенню якості життя хворих. Застосування препарату мало не лише короточасний позитивний ефект, але й добрі довгострокові результати.

Висновки. Висока ефективність, безпечність, добрі органолептичні властивості дозволяють рекомендувати «Біонорм» для застосування у комплексній терапії АД у дітей.

Ключові слова: atopічний дерматит, комплексна терапія, ентеросорбенти, Біонорм.

Combined therapy of children with atopic dermatitis using enterosorbents

O.V. Zubarenko, T.Yu. Kravchenko, A.V. Reshetilo

Odessa National Medical University, Ukraine

Objective: the study of clinical efficacy and safety profile of the drug Bionorm in treatment of atopic dermatitis (AD) in children.

Material and methods. There were 60 children with AD aged from three to six years under observed treatment. The duration of the course of AD was from six months to three years. Children of the main group were treated the basic therapy along with Bionorm. The latter was administrated according to the regimen of one tablet three times daily between meals during 10 days. The control group consisted of 30 children who received only basic therapy of AD that included hypoallergenic diet, elimination mode, antihistamines, membranous stabilizers, local therapy.

Results. The inclusion of Bionorm to the comprehensive treatment of AD stimulated the rapid clinical benefits, normalized laboratory tests and improved the quality of patients' life. The administration of this drug had not only short-term positive effect, but also the good long-term results.

Conclusions. High efficacy, safety, good organoleptic properties allow to recommend Bionorm for AD treatment in children.

Key words: atopic dermatitis, complex therapy, enterosorbents, Bionorm.

Комплексная терапия детей с atopическим дерматитом с использованием энтеросорбентов

О.В. Зубаренко, Т.Ю. Кравченко, О.В. Решетіло

Одесский национальный медицинский университет, Украина

Цель — изучение клинической эффективности и профиля безопасности препарата «Бионорм» в комплексном лечении atopического дерматита (АД) у детей.

Пациенты и методы. Под наблюдением находились 60 детей с АД в возрасте от трех до шести лет. Длительность течения АД — от 6 месяцев до трех лет. Дети основной группы кроме базисной терапии получали препарат «Бионорм» по 1 таблетке 3 раза в сутки между приемами пищи в течение 10 дней. Контрольную группу составили 30 детей, получавшие только базисную терапию АД, которая включала гипоаллергенную диету, элиминационный режим, антигистаминные препараты, мембраностабилизаторы, местную терапию.

Результаты. Включение в состав комплексной терапии АД препарата «Бионорм» способствовало более быстрому улучшению клинической картины, нормализации лабораторных показателей и повышению качества жизни больных. Применение препарата имело не только кратковременный положительный эффект, но и хорошие долгосрочные результаты.

Выводы. Высокая эффективность, безопасность, хорошие органолептические свойства позволяют рекомендовать «Бионорм» для применения в комплексной терапии АД у детей.

Ключевые слова: atopический дерматит, комплексная терапия, энтеросорбенты, Бионорм.

Вступ

Останніми роками спостерігається невинне зростання алергічних захворювань дитячого віку, що підтверджується численними клінічними спостереженнями і результатами епідеміологічних досліджень. У структурі алергічних захворювань atopічний

дерматит (АД) займає провідне місце. За даними різних авторів, поширеність АД коливається в межах 1–30% у дітей і 2–10% у дорослих [10,11]. В Україні впродовж 2009–2014 рр. спостерігається поступове зростання захворюваності та поширеності АД серед дітей віком від 0 до 18-ти років [10].

Атопічний дерматит — захворювання шкіри, яке спостерігається в осіб зі спадковою схильністю до атопії і характеризується типовими морфологічними змінами з певним розташуванням вогнищ ураження і сверблячкою шкірних покривів різної інтенсивності [5,6,8]. Атопічний дерматит є серйозною медико-соціальною проблемою [1,2,7,11]. У більшості випадків дебют АД припадає на ранній дитячий вік (у 60–70% дітей на першому році життя) та має тривалий перебіг; у третини пацієнтів симптоми захворювання присутні все життя [10].

Крім того, АД розглядається як дебют «атопічного маршу» у дітей і головний фактор ризику формування респіраторної алергії [1,7,9]. Від того, наскільки рано і правильно буде діагностований АД, наскільки адекватною буде його терапія, залежить і подальший розвиток «атопічного маршу», оскільки атопія є найважливішим фактором ризику розвитку бронхіальної астми — найбільш грізного хронічного алергічного процесу в дитячому віці [1,11].

Розвиток АД на сучасному етапі розглядають як наслідок складних взаємодій генетичних факторів, оточуючого середовища, інфекційних агентів, дефектів бар'єрної функції шкіри та порушень імунологічної відповіді. Цьому захворюванню властиві поліморфізм клінічних форм ураження шкіри, стадійність перебігу і розвиток супутніх патологічних змін із боку різних органів та систем організму. У розвитку АД у дітей значну роль грає нераціональне харчування, вплив генетично модифікованих продуктів [1,3,4]. Сприятливим фоном для розвитку АД виступають ендогенні фактори, зокрема порушення центральної нервової регуляції, дисфункції метаболізму та шлунково-кишкового тракту. Дитячому віку притаманні певні особливості клінічного перебігу АД, що потребують індивідуального підходу до діагностики та лікування цього захворювання, з урахуванням форми, стадії, важкості шкірного ураження, наявності респіраторних симптомів атопії, супутніх захворювань, віку пацієнта, стану імунної системи. Лише такий комплексний підхід допоможе зберегти відносно високу якість життя хворих і поліпшити прогноз при АД [3,4].

Характерною клінічною ознакою АД є свербіж різної інтенсивності, який викликає дискомфорт у пацієнтів, призводить до порушення сну. Окрім того, клінічні прояви АД характеризуються сухістю шкіри, еритемою, папулами, екскоріаціями, ліхеніфікацією.

Групою європейських вчених для визначення важкості АД та експертизи інвалідності розроблено систему оцінки клінічних симптомів у балах SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis — шкала атопічного дерматиту).

Основні завдання терапії АД спрямовані на збереження якості життя хворої дитини за рахунок здійснення контролю над перебігом захворювання. Традиційно схеми лікування АД включають цілеспрямовані елімінаційні і дієтичні заходи, медикаментозні системні препарати і топічні препарати. При швидкій маніфестації процесу і ранньому надходженні хворого в клініку рекомендуються заходи з виведення алергенів і продуктів алергічної реакції організму. Численні дослідження свідчать про те, що алергічні захворювання шкіри часто поєднуються з патологією шлунково-кишкового тракту. Незважаючи на різні шляхи формування патологічних реакцій на їжу, всі вони супроводжуються розвитком синдрому ендогенної інтоксикації різного ступеня та клінічних проявів [1,7,12]. Тому для корекції синдрому ендотоксемії доцільним є використання різних методів детоксикації. Одним із таких методів є ентеросорбція — неінвазивний метод зв'язування і виведення з організму алергенів, медіаторів, продуктів алергічної реакції, метаболітів, токсинів, активних перекисних сполук, що перешкоджає транслокації кишкової мікрофлори. У дитячій практиці дуже важлива безпека та ефективність проведеної терапії. При виборі препарату необхідно враховувати наступні вимоги до наявних ентеросорбентів: висока ефективність сорбції при повній нешкідливості та нетоксичності; хороша біосумісність з тканинами; висока сорбційна ємність по відношенню до видаленого компонентів; селективна сорбція середньомолекулярних токсичних метаболітів; відсутність шкідливої дії на слизові оболонки шлунка і кишечника; відсутність впливу або позитивний вплив на процеси секреції та мікробіоценозу кишечника; зручна фармацевтична форма.

Особливий інтерес викликають сорбенти, до складу яких входить пребіотик. До таких засобів належить препарат «Біонорм» (виробник — Київський вітамінний завод, Україна). Препарат містить пребіотик (лактозу) і сорбенти (лігнін і целюлоза).

Лактулоза — синтетичний дисахарид, який у товстому кишечнику ферментується нормальною кишковою мікрофлорою в якості харчового субстрату. Лактулоза стимулює ріст біфідо-

бактерій і лактобактерій у товстому кишечнику, неспецифічний імунітет, сприяє нормалізації обміну білків, жирів і вуглеводів, правильному всмоктуванню вітамінів, макро- і мікроелементів. У результаті гідролізу лактулози утворюються органічні кислоти (молочна, оцтова і мурашина), які пригнічують ріст патогенних мікроорганізмів і зменшують внаслідок цього продукцію азотовмісних токсичних речовин.

Лігнін має неспецифічну дезінтоксикаційну дію. Він не засвоюється в травній системі людини і відрізняється від інших сорбентів тим, що однаково добре зв'язує і виводить як низькомолекулярні сполуки, що складаються з малої кількості атомів, наприклад газу, важкі метали, алкоголь, так і високомолекулярні, наприклад токсини, бактерії. За рахунок великої площі поверхні і розвиненої системи пор лігнін має високу сорбційну ємність. Лігнін не токсичний, не всмоктується, повністю виводиться з кишечника протягом 24 годин.

Другий сорбент, який входить до складу препарату «Біонорм», — це целюлоза. Вона очищує простір кишечника, проникаючи навіть між ворсинками і у найглибші складки. Целюлоза видаляє токсичні речовини, залишки неперетравленої їжі, патогенні мікроби і продукти їх життєдіяльності з організму людини, нормалізує його стан, покращуючи роботу багатьох органів і систем. Цей сорбент являє собою живильне середовище для корисних мікроорганізмів, що дозволяє нормалізувати травлення і ліквідувати дисбіоз.

За рахунок сорбентів препарат «Біонорм» має високу сорбційну активність, яка дозволяє зв'язувати і виводити з просвіту шлунково-кишкового тракту патогенні бактерії, продукти їх розпаду, а також ендо- та екзотоксини.

Таким чином, перевага препарату «Біонорм» полягає в його подвійній дії: лігнін і целюлоза нейтралізують патогенні мікроорганізми і виводять кишкові токсини, а пребіотик лактулоза стимулює ріст корисної мікрофлори (біфідо- і лактобактерій). Такий комплексний вплив компонентів препарату призводить до формування потужного захисного фактора — нормальної мікрофлори кишечника, прискореного усунення симптомів алергічних захворювань, ефективної детоксикації організму та ліквідації клінічних проявів дисбіозу.

Мета роботи — вивчення клінічної ефективності і профілю безпеки препарату «Біонорм» у комплексному лікуванні АД у дітей.

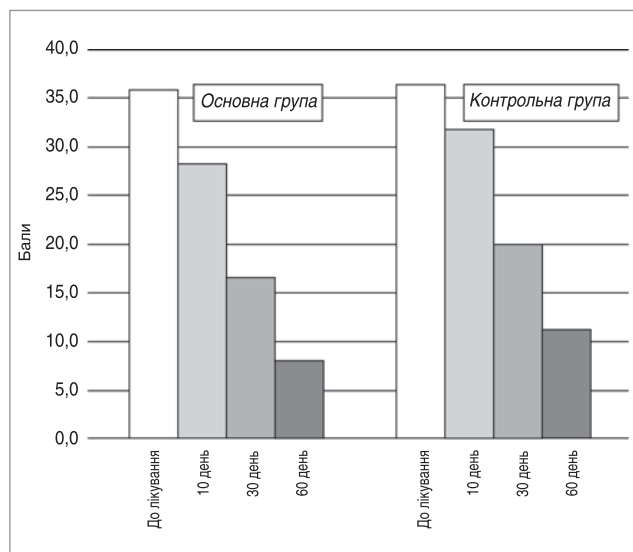


Рис. 1. Динаміка показників SCORAD у дітей із середньоважким перебігом АД на тлі лікування

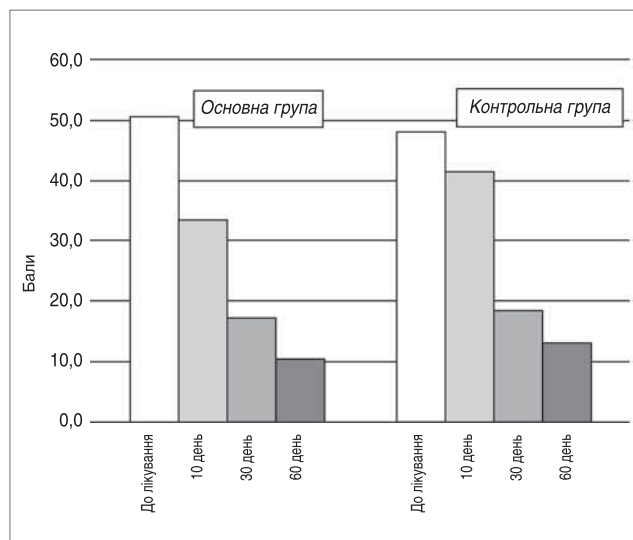


Рис. 2. Динаміка показників SCORAD у дітей із важким перебігом АД на тлі лікування

Матеріал і методи дослідження#

Дослідження проведено у дитячому міському алергологічному центрі при дитячій клінічній лікарні імені академіка Б.Я. Резніка (м. Одеса). Під спостереженням знаходилося 60 дітей з АД (36 хлопчиків та 24 дівчинки) у віці від трьох до шести років. Тривалість перебігу АД — від 6 місяців до трьох років.

Важкість стану дітей оцінювалася за наявністю еритеми шкіри, набряку, папул, мокнущих/кірок, екскоріації, ліхеніфікації, сухості і свербіння шкіри, порушення сну.

У 15 дітей із середньоважким перебігом АД переважали скарги на свербіж шкіри помірної інтенсивності. При огляді: шкірний процес був локалізований на обличчі, шиї з переходом на шкіру передпліччя і ліктьових згинах. Патологічні зміни були представлені гіперемією, наб-

Таблиця

Динаміка показників еозинофілії та порушень з боку кишечника на 30 та 60 дні лікування

Показник	Основна група (n)%				Контрольна група (n)%				p
	до лікування	10 день	30 день	60 день	до лікування	10 день	30 день	60 день	
Еозинофілія	96,7±3,2	90,0±5,5	70±8,4	36,7±8,8	96,7±3,2	96,7±3,2	96,7±3,2	90,0±5,5	<0,05
Метеоризм	66,7±10,5	30,0±8,3	6,7±4,6	—	63,3±8,8	50,0±9,1	36,7±8,8	30,0±6,3	<0,05
Нормалізація випорожнень	56,7±12,1	40,0±8,9	6,7±4,6	—	53,3±9,1	44,7±9,0	36,7±8,8	33,3±8,6	<0,05

ряком, вогнищами ексудації, екскоріацією. Шкіра поза вогнищами ураження – суха.

Серед скарг у 45 дітей із важким перебігом АД переважали виразний свербіж та порушення сну. При огляді відзначалася яскрава гіперемія та набряк, виразні великі вогнища ексудації, папульозні елементи, які зливалися у вогнища стійкої інфільтрації, ліхеніфікація.

При зборі анамнезу серед найбільш імовірних причин розвитку АД у дітей найчастіше виявляли: порушення дієти матері під час грудного вигодовування дитини (до 3-місячного віку), ранній перехід на штучне вигодовування, застосування медикаментів.

Діти були поділені на дві групи, порівнянні за віком, статтю, клінічними ознаками та ступенем важкості АД. Основну групу склали 30 дітей з АД, які окрім базисної терапії одержували препарат «Біонорм» по 1 таблетці 3 рази на добу між їжею протягом 10 днів. Контрольну групу – 30 дітей, які отримували тільки базисну терапію АД, яка включала гіпоалергенну дієту, елімінаційний режим, антигістамінні препарати, мембраностабілізатори, місцеву терапію.

В основній групі у 7 (23,3±7,7%) пацієнтів спостерігався середньоважкий (індекс SCORAD=35,8±2,7 бала), а у 23 (77,6±7,7%) хворих – важкий перебіг АД (індекс SCORAD=50,5±3,9 бала). У контрольній групі середньоважкий перебіг захворювання мав місце у 8 (26,7±8,07%) хворих, індекс SCORAD склав 36,3±3,3 бала; у 22 (73,3±8,07%) хворих був важкий перебіг захворювання (індекс SCORAD=48,1±4,4 бала).

При лабораторному дослідженні у загальному аналізі крові еозинофілія була виявлена у 26 (86,5%±4,4) дітей основної групи і у 29 (96,7%±3,2) дітей контрольної. Слід зазначити, що у частини дітей в обох групах спостерігалися такі симптоми з боку шлунково-кишкового тракту, як метеоризм – у 19 (63,3±8,8%) хворих контрольної групи та у 20 (66,7±8,6%) основної, схильність до запору – у 16 (53,3±9,1%) хворих контрольної групи та у 17 (56,7±9,04%)

хворих основної групи відповідно. Зміни у копрограмі у вигляді наявності йодофільної флори, нейтрального жиру, неперетравленої рослинної клітковини, крохмальних зерен визначалися у переважній більшості дітей обох груп.

Дослідження включало чотири візити пацієнта: на початку дослідження, на 10-й день, на 30-й день і на 60-й день відповідно. Батьки усіх пацієнтів підписали інформовану згоду на участь у дослідженні.

Отримані дані оброблені за допомогою комп'ютерної програми Microsoft Excel 2010, відмінності вважали достовірними при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

В основній групі виразність свербіжу значно зменшилася через 10 днів лікування у 20 (66,7±8,6%) дітей, у той час як в контрольній групі свербіж шкіри зменшився у 15 (50±9,1%) дітей, ВШ – 2,0 (95ДІ 0,7–5,7). На 30 день від початку лікування у всіх дітей основної групи прояви свербіжу зникли, тоді як у групі порівняння свербіж залишався у 18% хворих ($p < 0,05$). Діти основної групи стали більш спокійними; на 10 день від початку лікування сон відновився у 21 (70,3±8,3%) дитини основної групи, та у 19 (63,3±8,8%) дітей контрольної групи ВШ – 1,2 (95ДІ 0,5–2,90). В основній групі на 30 день лікування сон відновився у решти 9 дітей, в той час як у контрольній групі на 60 день спостереження порушення сну залишалось у 17% хворих.

Аналіз результатів терапії в порівнюваних групах показав, що індекс SCORAD у дітей основної групи, як із середньоважким перебігом, так і з важким перебігом, на 10, 30 та 60 день лікування достовірно зменшився порівняно з дітьми контрольної групи (рис. 1, 2).

Рівень еозинофілії у загальному аналізі крові в процесі лікування у дітей основної групи знижувався швидше, ніж у групі контролю. Крім того, у пацієнтів основної групи спостерігалася позитивна динаміка з боку кишечника: на

10 день метеоризм залишився у 9 (30,0±8,3%) дітей, у 12 (40,0±8,9%) дітей нормалізувалися випорожнення. У дітей контрольної групи явища метеоризму залишилися у 15 (50,0±9,1%) хворих, нормалізація випорожнень спостерігалася у 14 (44,7±9,0%) дітей. Динаміка показників еозинофілії та порушень з боку кишечника на 30 та 60 дні показана в таблиці.

Обстеження дітей на 60 день від початку терапії АД показало, що в основній групі дітей, які отримували препарат «Біонорм», були також відсутні нові елементи висипань, а якість життя покращилася у 25 (83,3±8,0%) дітей проти 17 (56,7±9,04%) дітей групи контролю. Не було виявлено побічних реакцій на прийом препарату.

Висновки

Таким чином, включення до складу комплексної терапії АД у дітей препарату «Біонорм» у віковій дозі протягом 10 днів підвищувало ефективність лікування, сприяючи більш швидкому покращанню клінічної картини (зникнення свербіжу та шкірних проявів, нормалізація сну) та лабораторних показників, що мало не лише короточасний позитивний ефект, але й добрі довгострокові результати. Препарат нетоксичний, має зручну фармацевтичну форму, хороші органолептичні властивості, не викликає побічних ефектів, що дає змогу використовувати його протягом тривалого часу. Препарат володіє комплаєнсом, добре переноситься і може бути рекомендований для застосування у комплексній терапії АД у дітей.

ЛІТЕРАТУРА

1. Атопический дерматит у детей: оптимизация противозудной терапии / Т. Р. Уманец, В. Ф. Лапшин, Л. М. Тжертж, С. Ю. Матвеева // Перинатология и педиатрия. — 2013. — № 4. — С. 1—5.
2. Беш Л. В. Сучасні можливості профілактики алергічної патології у дітей / Л. В. Беш // Перинатология и педиатрия. — 2010. — № 2 (42). — С. 27—31.
3. Зайков С. В. Атопічний дерматит у дітей / С. В. Зайков // Дитячий лікар. — 2010. — № 2 (4). — С. 51—57.
4. Зайков С. В. Элиминация бытовых аллергенов — эффективный метод профилактики и лечения аллергических заболеваний у детей / С. В. Зайков // Дитячий лікар. — 2009. — № 2 (2). — С. 50—54.
5. Зубаренко А. В. Атопический дерматит, концепция эффективной терапии / А. В. Зубаренко, О. А. Портнова // Здоровье ребенка. — 2009. — № 3. — С. 18.
6. Зубаренко А. В. Атопический дерматит: современные взгляды на этиопатогенез, клинику и диагностику заболевания / А. В. Зубаренко, О. А. Портнова // Здоровье ребенка. — 2008. — № 5. — С. 15.
7. Место современной энтеросорбции в лечении детей с аллергическими дерматозами / Е. Н. Охотникова, К. В. Меллина, Л. В. Бондаренко, И. В. Паппа // Современная педиатрия. — 2012. — № 3 (43). — С. 79—83.
8. Мочульська О. М. Клінічна характеристика перебігу атопічного дерматиту залежно від ступеня тяжкості в різні вікові періоди у дітей на сучасному етапі / О. М. Мочульська // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. — 2015. — № 2. — С. 43—47.
9. Охотникова Е. Н. Атопический дерматит: проблемные вопросы и пути их решения / Е. Н. Охотникова // Современная педиатрия. — 2010. — № 6 (34). — С. 67—72.
10. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при атопічному дерматиті : наказ МОЗ України від 4 липня 2016 року № 670 [Електронний документ]. — Режим доступу : <http://www.moz.ua>.
11. Akdis C. Diagnostic and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergology and Clinical Immunology PRACTAL Consensus Report / C. Akdis, V. Akdis, T. Bieber // Allergy. — 2006. — Vol. 61. — P. 969—987.
12. Prescott S. Food allergy: riding the second wave of the allergic epidemic / S. Prescott // Pediatric allergy and immunology. — 2011. — Vol. 22. — P. 155—160.

Сведения об авторах:

Зубаренко О. В. — Одесский национальный медицинский университет. Адрес: г. Одесса, Валиховский переулок, 2.
Кравченко Т. Ю. — Одесский национальный медицинский университет. Адрес: г. Одесса, Валиховский переулок, 2.
Решетило О. В. — Одесский национальный медицинский университет. Адрес: г. Одесса, Валиховский переулок, 2.
 Статья поступила в редакцию 06.03.2017 г.