 Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО**

УДК: 616.33-008.3-053.3:615.322

**КОССЕЙ Габріелла Барнабашівна**

**ФІТОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ РОЗЛАДІВ ТРАВЛЕННЯ ПРИ ФУНКЦІОНАЛЬНІЙ ДИСПЕПСІЇ У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ**

14.01.10 – педіатрія

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Львів – 2009

Дисертацією є рукопис

Робота виконана на кафедрі дитячих хвороб медичного факультету Ужгородського національного університету МОН України

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор

**ГОРЛЕНКО Олеся Михайлівна,**

Ужгородський національний університет МОН України, завідувач

кафедри дитячих хвороб з курсом дитячих інфекційних хвороб

Офіційні опоненти: доктор медичних наук, професор

**НЯНЬКОВСЬКИЙ Сергій Леонідович,**

Львівський національний медичний університет імені Данила

Галицького МОЗ України, завідувач кафедри педіатрії

доктор медичних наук, професор

**ДЕНИСОВА Маргарита Федорівна,**

Державна установа «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології АМН

України», завідувач відділення хвороб печінки та органів травлення

Захист дисертації відбудеться « 27 » червня 2009 року об 11.00 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 35.600.04 у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького МОЗ України (79010, м. Львів, вул. Пекарська, 69).

Із дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького МОЗ України (79000, м. Львів, вул. Січових стрільців, 6).

Автореферат розісланий « 20 » травня 2009 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради

кандидат медичних наук, доцент А. І. Попович

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** Захворювання органів травлення займають значне місце в структурі дитячої захворюваності, яка постійно зростає не тільки в Україні, але і у високорозвинених країнах. Так,протягом останніх 10 років в Україні було відмічено ріст захворюваності органів травлення на 21,8%. За даними МОЗ України частота дитячої гастроентерологічної патології коливається в межах 130–180‰, причому відмічається тенденція до збільшення цих показників (Денисова М. Ф., 2004). Слід відмітити дві важливі сторони цього процесу: по–перше, спостерігається справжнє зростання кількості хворих внаслідок впливу на дитину неcприятливих факторів оточуючого середовища (Мощич П. С., 1999) та дії на організм дитини таких факторів, як обтяжена спадковість, гострий і хронічний стрес, вірусна, бактеріальна і грибкові інфекції та аліментарний чинник (нераціональне, незбалансоване харчування); по–друге, різко зростає кількість зареєстрованих хворих в зв'язку з покращенням діагностики основних захворювань органів травлення у дітей (Білоусов Ю. В., 2000, Баранов, 1985). Доведено, що у 96% дітей з хворобами органів травлення має місце раннє штучне вигодовування та нераціональне введення догодовування і підгодовування на першому році життя (Забайрачний М.М., 1999).

Проблема функціональної диспепсії у дітей викликає великий інтерес як вітчизняних, так і зарубіжних гастроентерологів. Цікавість дослідників до цієї проблеми пов'язана з великим поширенням диспепсичних порушень у дітей та дорослих. Поширеність диспепсичних розладів за даними різних авторів становить 50-60% серед дорослих та 30-40% серед дітей (Горленко О. М., 2006, Єршова І. Б., 2005, Ігнатова Т. Б., 2003). Функціональні розлади травлення, зокрема функціональна диспепсія, відносяться до станів, які знаходяться на межі між органічними та функціональними розладами, що зумовлює складність та неоднозначність підходу до їхньої сутності, а також до діагностики і лікування.

Функціональні порушення органів травлення особливо часто зустрічаються серед дітей першого року життя, що пояснюється функціонально-морфологічною незрілістю всіх відділів травного тракту та незавершеністю розвитку нервової системи. Функціональний характер змін є досить відносним і залежить від якості застосованих досліджень: відсутність змін на клітинному, тканинному й органному рівні не виключає молекулярних і субклітинних змін. Крім порушень секреторної та рухової функції органів травного тракту, функціональні захворювання супроводжуються порушенням фізичного розвитку дитини та розладами обмінних процесів; крім того, функціональні зміни в одному органі можуть спричиняти структурно-функціональні порушення в інших (Бєлоусов Ю. В., 2007). Тому своєчасна діагностика та корекція функціональних розладів травлення є важливою умовою профілактики органічних захворювань травної системи.

Досить складним завданням є лікування дітей з функціональною диспепсією, оскільки для цього не розроблені чіткі схеми, а література, присвячена лікуванню дітей з патологією органів травлення, зокрема з функціональною диспепсією, небагаточисельна (Білоусов Ю. В., 2007). Така проблема особливо стосується дітей раннього віку, при виборі тактики лікування яких перевага повинна надаватися лікарським засобам, які мають м'яку дію та спричинюють найменшу кількість побічних ефектів. Враховуючи це, на сучасному етапі уточнюються та в деякій мірі трансформуються принципи лікування функціональних захворювань травної системи із застосуванням комплексу медикаментозних та немедикаментозних препаратів, включаючи і лікарські рослини.

Доцільність фітотерапевтичного методу лікування у дітей підтверджує цілий ряд обставин: проблеми профілактики і лікування алергічних захворювань, можливість широкого використання фітотерапії для профілактики загострень хронічних захворювань, великі перспективи вивчення та використання лікарських рослин в клініці. Різноманітність біологічно активних речовин, які входять до складу рослин, визначає їх оптимальний вплив на різні органи і системи організму, мобілізацію захисних сил та регуляцію фізіологічних функцій.

Цими явищами пояснюється актуальність розробки і втілення в практику нових та ефективних методів профілактики і лікування функціональної диспепсії у дітей раннього віку.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційна робота виконана згідно з планом науково-дослідних робіт кафедри дитячих хвороб медичного факультету Ужгородського національного університету та є фрагментом комплексної державної бюджетної теми “Ендо- та екзоекологія дитячого організму, мінеральний гомеостаз та шляхи його корекції”. Державний реєстраційний номер №0105U007683.

**Мета дослідження:** Підвищити ефективність діагностики і лікування синдрому функціональної диспепсії у дітей раннього віку на підставі вивчення особливостей клінічного перебігу, оцінки показників білкового, пігментного, мінерального обміну, гормональних, імунних, цитокінових показників та розробки сучасних принципів корекції з використанням фітопрепаратів.

**Завдання дослідження:**

1. Вивчити особливості преморбідного фону, факторів ризику та клінічного перебігу синдрому функціональної диспепсії у дітей раннього віку.
2. Оцінити стан окремих видів обміну речовин: білкового, пігментного, електролітного, рівнів гормонів гіпофізу та щитовидної залози, імуноглобулінів та інтерлейкінів у дітей раннього віку з синдромом функціональної диспепсії.
3. Визначити ефективність фітокорекції із застосуванням фіточаю «Бебівіта» на перебіг синдрому функціональної диспепсії у дітей раннього віку та показники, які вивчалися.
4. Вивчити віддалені показники стану здоров'я дітей раннього віку з синдромом функціональної диспепсії залежно від лікування, яке отримували діти.
5. Розробити та впровадити у діяльність практики охорони здоров'я ефективні схеми лікування та профілактики синдрому диспепсії у дітей раннього віку з включенням фітотерапевтичної корекції.

*Об'єкт дослідження:* особливості перебігу синдрому функціональної диспепсії у дітей раннього віку.

*Предмет дослідження:* поширеність скарг, характерних для синдрому функціональної диспепсії у дітей раннього віку, клінічні особливості перебігу функціональної диспепсії, перинатальні фактори ризику, фізичний розвиток, показники білкового, пігментного, електролітного обміну, гормональних, імунних, цитокінових показників та ефективність лікувальних заходів.

*Методи дослідження:* для досягнення мети в роботі використовувалися наступні методи дослідження: анкетно-опитувальні, загальноклінічні, біохімічні, імуноферментні, інструментальні, катамнестичні, статистичні.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Уточнено стан окремих видів обміну речовин (білкового, пігментного та електролітного обміну), гормональних, імунних, цитокінових показників при синдромі функціональної диспепсії у дітей раннього віку.

Вперше визначена ефективність лікування дітей раннього віку з синдромом функціональної диспепсії з використанням засобів фітотерапії – фіточаєм «Для покращення травлення» Бебівіта, який розроблений Науково-дослідним інститутом фітотерапії УжНУ – в якості доповнення до базового лікування.

Показано, що синдром функціональної диспепсії у більшості дітей раннього віку супроводжується клінічними проявами у вигляді зниження апетиту або відмови від їжі, метеоризмом, больовим синдромом, закрепами, порушенням фізичного розвитку, гіпо- та диспротеїнемією, гіпокальціємією.

Здійснено комплексну порівняльну оцінку показників певних видів обміну речовин дитячого організму трьох досліджуваних груп з різним типом лікування. Доведено, що найкраща динаміка клінічної картини та показників обміну речовин, які вивчалися у дослідженні, спостерігалась у дітей раннього віку з синдромом функціональної диспепсії при поєднанні традиційного медикаментозного лікування та фітотерапії.

Проведені дослідження довели опосередкований вплив фіточаю «Для покращення травлення» на такі види обміну речовин як білковий та пігментний обмін, електролітний обмін (рівень іонів кальцію), гуморальний імунітет (рівень імуноглобулінів А та Е), гормонів гіпофізу (соматотропний гормон) та щитовидної залози (тироксин, трийодтиронін).

Вивчено віддалені результати після проведення лікування синдрому функціональної диспепсії у дітей раннього віку. Виявлено, що при включенні до комплексу лікувальних схем фітокорекції спостерігається стійке та довготривале покращення стану обстежених дітей.

Обґрунтовано основні принципи корекції синдрому функціональної диспепсії у дітей раннього віку із застосуванням фіточаю «Для покращення травлення».

**Практичне значення одержаних результатів.** Визначені особливості клінічного перебігу та супутні розлади окремих видів обміну речовин при синдромі функціональної диспепсії у дітей раннього віку, що дозволяє на ранньому етапі застосувати адекватні методи діагностики та лікування та підвищити ефективність застосованої терапії.

Розроблено комплекс терапевтичних заходів для корекції синдрому функціональної диспепсії у дітей раннього віку з включенням нового фітопрепарату ­– фіточаю «Для покращення травлення» Бебівіта та показано його клінічну ефективність.

Впроваджено в практику удосконалений алгоритм лікування синдрому функціональної диспепсії у дітей раннього віку з використанням фітокорекції, що дозволяє істотно покращити функціональний стан органів травної системи, в тому числі і за результатами катамнестичного спостереження.

Отримані результати впроваджені в лікувальний процес Міської дитячої клінічної лікарні м. Ужгорода, Обласної дитячої лікарні м. Мукачева. Матеріали роботи використовуються в навчальному процесі на медичному факультеті Ужгородського національного університету.

**Особистий внесок здобувача.** Автором самостійно проведено аналіз та узагальнення основних наукових досліджень, що виконані вітчизняними та зарубіжними фахівцями з даної тематики; визначено мету та основні завдання дослідження, розроблено його методологію. Самостійно проведено клінічні спостереження, оцінку лабораторно-інструментальних даних, із використанням стандартних комп'ютерних програм автором виконано статистичну обробку даних, сформульовано положення роботи, обґрунтовано висновки та практичні рекомендації. Підготовлено до друку наукові праці, виступи, матеріали до впровадження наукових розробок у практичну діяльність лікувальних закладів.

**Апробація результатів дисертації.** Матеріали, викладені в дисертації, викладені та обговорені на міжнародному конгресі «Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии» 21-21 травня 2008 року, м. Судак; міжнародній науково-практичній конференції, присвяченій 15-річчю заснування НДІ фітотерапії УжНУ, 19-21 квітня 2007 року, санаторій «Квітка Полонини»; на ІІІ міжнародній науковій конференції студентів та молодих вчених «Молодь та медична наука на початку ХХІ століття», 30-31 березня 2006 року, м. Вінниця; ІІІ міжнародній медико-фармацевтичній конференції студентів та молодих вчених, присвяченій 20-річчю Чорнобильської аварії (80-й ювілейний форум студентів та молодих вчених) 3-5 квітня 2006 року, м.Чернівці; на обласному науково-практичному семінарі педіатрів Закарпатської області, на 60 і 62 щорічних підсумкових конференціях професорсько-викладацького складу медичного факультету УжНУ в 2006 та 2008 рр., м. Ужгород

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковано 8 наукових праць, в тому числі 5 журнальних статей, з них 3 статті – у фахових виданнях, рекомендованих ВАК України, 3 тези доповідей конференцій.

**Обсяг та структура дисертації.** Дисертацію викладена на 186 сторінках комп'ютерного тексту. Вона складається з вступу, огляду літератури, матеріалів і методів дослідження, 3 розділів власних досліджень, розділу аналізу і узагальнення результатів, висновків, практичних рекомендацій, додатків та списку використаних джерел. Бібліографія включає 241 одиницю (з них вітчизняних та російськомовних публікацій 191, іноземних – 50) і займає 22 сторінки, ілюстрована 27 таблицями та 27 малюнками.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Матеріали та методи дослідження.** Для вирішення поставлених завдань проведено клінічне та катамнестичне спостереження за 131 дитиною віком від 4 до 22 місяців (з них 72 хлопчиків та 59 дівчат) з синдромом функціональної диспепсії, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділенні раннього дитинства Міської дитячої клінічної лікарні м. Ужгорода та в Обласній дитячій лікарні м. Мукачева з приводу гіпотрофії І-ІІІ ст., гострої респіраторної вірусної інфекції, дефіцитної анемії. Діагнози були верифіковані згідно з діагностичними критеріями, розробленими в Україні (Білоусов Ю. В., Волошина Л. Г., Павленко Н. В. та ін., 2007).

Дослідження виконані із дотриманням основних положень GCP (1996 р.), Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (від 4 квітня 1997 р.), Хельсинкської декларації Світової медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини (2000 р.).

Обстежуваний контингент дітей був розділений на три групи:

1 група: 75 дітей, яким в якості доповнення до базового лікування проводилася фітокорекція порушень основних ланок гомеостазу фіточаєм Бебівіта фірми Хіпп «Для покращення травлення» який розроблений Науково*-*досліднимінститутом фітотерапії УжНУ. Державний реєстраційний номер: РЦ 13596193-003-2002, виготовлений за ТУ У 15.8-13596193.006-2002.

Базова терапія, розроблена з врахуванням міжнародних рекомендацій, включала: лінекс по 1 капсулі 2-3 рази на день та хілак по 15-30 крапель на день протягом 3-4 тижнів; ріабал по 1 мг/кг на день протягом 7-15 днів.

Фіточай «Для покращення травлення» готувався за наступною методикою: 1 пакетик чаю заливався 200 мл окропу, доводився до кипіння та настоювався протягом 10 хвилин. Чай давався у теплому вигляді з розрахунку 50 мл/день дітям до 6 місячного віку та 75-100 мл/день старшим дітям, за 15 хвилин до їжі в 3 прийоми. Курс лікування складав 1 місяць.

2 група: 30 дітей з синдромом функціональної диспепсії, які отримували тільки базове лікування функціональної диспепсії, (лінекс по 1 капсулі 2-3 рази на день та хілак по 15-30 крапель на день протягом 3-4 тижнів; ріабал по 1 мг/кг на день протягом 7-15 днів).

3 група: 26 дітей, яким проводилася тільки фітокорекція фіточаєм Бебівіта фірми Хіпп «Для покращення травлення» (у теплому вигляді по 50 мл/день дітям до 6 місячного віку та 75-100 мл/день старшим дітям, за 15 хвилин до їжі в 3 прийоми, протягом 1 місяця), без базового лікування.

Основні складові компоненти фіточаю “Для покращення травлення”: гісоп лікарський (Hyssopus officinalis), м'ята перцева (Mentha piperita), материнка звичайна (Oreganum vulgare), пижмо звичайне (Tanacetum vulgare), ехінацея пурпурова (Echinacea purpurea). Перераховані рослини входять до Державної фармакопеї України.

Робота здійснювалася в чотири етапи.

1. вивчення порушень показників стану здоров'я дитячого організму, характерних для синдрому функціональної диспепсії.

2. проведення лікування та оцінка його результатів у досліджуваних групах дітей з синдромом функціональної диспепсії.

3. порівняння результатів та обґрунтування доцільності вибору методу лікування синдрому функціональної диспепсії у дітей раннього віку.

4. вивчення катамнезу через 6 та 12 місяців після курсу лікування.

Для узагальненої оцінки фізичного розвитку проводилося спостереження за змінами чотирьох основних антропометричних показників: маси, довжини тіла, окружності голови і окружності грудної клітки порівняно з нормативними показниками для даного віку. Вимірювання довжини тіла проводилося за допомогою горизонтального ростоміру, маса тіла визначалася на дитячих вагах, окружності голови та грудної клітки вимірювалися сантиметровою стрічкою. В роботі для оцінки індивідуального фізичного розвитку дітей використовувалися нормативні непараметричні (центильні) таблиці та емпіричні формули.

Злабораторно-інструментальних досліджень проводилися:

Загальний аналіз крові – за допомогою апарату гемоглобінометру визначався вміст гемоглобіну, підрахування еритроцитів проводилося після забарвлення мазків автоматичним лічильником.

Біохімічний аналіз крові – загальний білок визначався по біуретовій реакції, білкові фракції визначалися методом електрофорезу на папері. Загальний білірубін і його фракції визначалися колориметричним діазометодом.

Здійснювалося визначення рівнів тироксину (Т4), трийодтироніну (Т3) щитовидної залози та тиреотропного гормону (ТТГ), соматотропного гормону (СТГ) гіпофізу шляхом імуноферментного аналізу (ІФА, в європейській науковій літературі ELISA, приладом Уніплан-2000, версія 1.10 з використанням тест-системи фірми „Алкор-Біо” місто Санкт-Петербург, РФ (трийодтиронін, Т3); тест- системи фірми „Алкор-Біо” місто Санкт-Петербург, РФ (тироксин, Т4); тест- системи фірми „Алкор-Біо” місто Санкт-Петербург, РФ (тиреотропний гормон, ТТГ); тест-систем фірми “Хема-медіка” місто Москва, РФ (соматотропний гормон, СТГ).

Для оцінки стану гуморального імунітету вивчалися зміни рівнів імуноглобулінів плазми – імуноглобуліну Е (Ig E), імуноглобуліну А (Ig A), імуноглобуліну G (Ig G) за допомогою імуноферментного аналізу з використанням тест- системи фірми „Алкор-Біо” місто Санкт-Петербург, РФ (імуноглобулін Е, Ig E); тест-системи фірми „Вектор-Бест”, місто Новосибірськ, РФ (імуноглобулін А, Ig А); тест-системи фірми „Вектор-Бест”, місто Новосибірськ, РФ (імуноглобулін G, Ig G).

Визначення рівня інтерлейкіну-2 та інтерлейкіну-4 здійснювалося шляхом твердофазного варіанту імуноферментного аналізу за допомогою тест-системи фірми „Вектор-Бест”, місто Новосибірськ, РФ.

Фіброгастродуоденоскопію проводили за допомогою педіатричного ендоскопу Олімпус (товщина дистальної трубки ендоскопу 4,5 мм, діаметр робочого каналу 2 мм). Здійснювався огляд слизової оболонки стравоходу, шлунку та цибулини дванадцятипалої кишки.

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини здійснювалося на апараті Сонофрітц. Під час дослідження зверталася увага на розміри печінки, жовчного міхура, підшлункової залози, оцінювалася їх структура та взаємне розташування, а також наявність метеоризму. Дослідження проводилося натще.

Проводилося копрологічне дослідження, в ході якого кал досліджувався по можливості свіжим, але не пізніше 8-12 годин після дефекації, протягом яких зберігався при температурі плюс 3-5 С. Здійснювалися макроскопічне, хімічне дослідження калу та його мікроскопія. Визначалися колір, консистенція калу; наявність епітеліальних клітин, м'язових волокон, еластичних волокон нейтрального жиру, жирних кислот, мил, рослинної клітковини, крохмалю, сполучної тканини, лейкоцитів, еритроцитів та слизу.

Отримані дані опрацьовані за допомогою методів математичної статистики з використанням t-критерію Стюдента та кореляційного аналізу. Результати оброблялися за допомогою програм Microsoft Excel 2000 та Statistica 6.0.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Серед обстежених дітей віком 4-22 міс. переважали хлопчики, частка яких склала 54,9%.

При вивченні анамнестичних даних було виявлено, що переважна більшість дітей народились від другої (38,2%) та першої (29,8%) вагітності. 67,9% дітей досліджуваних груп народились від термінових фізіологічних пологів, 32,1% дітей – від ускладнених пологів: передчасних (16,8%), стрімких (10,7%) та ускладнених обвиттям плоду пуповиною (4,6%).

У 12 обстежених дітей (9,2%) було діагностовано перинатальну гіпоксично-ішемічну енцефалопатію, у 104 дітей (79,4%) гіпотрофію І-ІІІ ступеня, у 27 дітей (20,6%) – дефіцитну анемію, майже кожна третя дитина (32,1%) перенесла більше двох епізодів гострої респіраторної вірусної інфекції.

Слід зазначити, що всі обстежені діти з синдромом функціональної диспепсії знаходились на штучному вигодовуванні, що підтверджує важливу роль грудного вигодовування у профілактиці розвитку патологічних процесів у дитячому організмі. 53 дитини (40,5%) знаходились на штучному вигодовуванні з народження, 20 дітей (15,3%) – з 2 місячного віку, 22 дитини (16,8%) – з 4 місячного, 36 дітей (27,4%) – з 6 місячного або старшого віку. В якості замінника жіночого молока обстежувані діти отримували високо адаптовані молочні суміші (72 дітей (54,9%) – Ніpp 1, 2, 3 та 59 дітей (45,1%) – NAN 1, 2, 3). У всіх випадках суміші відповідали віку обстежуваних дітей. Підгодовування у більшості випадків вводилося раніше рекомендованих ВОЗ термінів – 85 дітей (64,8%) почали отримувати підгодовування раніше 6-місячного віку.

Отримані дані дають можливість стверджувати, що характер вигодовування, порушення термінів введення підгодовування є вагомими чинниками ризику захворювань травної системи, розвитку клінічної картини функціональної диспепсії.

В зв'язку з наявністю достатньо великої різниці у віці обстежених нами дітей (4-22 міс.) вивчення клінічних проявів синдрому функціональної диспепсії здійснювалося у двох вікових категоріях: діти віком до 12 міс. та діти віком 13-22 міс.

Встановлено, що незалежно від віку обстеженого контингенту найбільш частим клінічним проявом синдрому функціональної диспепсії у дітей був метеоризм, який спостерігався у97 дітей (74,2±3,8%) і виявлявся при візуальному огляді дитини та поверхневій пальпації передньої черевної стінки. У 92 дітей (70,4±3,9%) з метеоризмом батьки звертали увагу на наявність кишкових кольок, які проявлялись характерними епізодами психомоторного збудження, неспокоєм, криком та напруженням м'язів передньої черевної стінки.

На другому місці за частотою були скарги на зниження (у 64 дітей (48,6±4,4%)) або періодичну відсутність (у 47 дітей (36,0±4,2%)) апетиту. Батьки кожної третьої дитини (34,8%) відмічали функціональні закрепи. Вище перераховані симптоми були використані нами в якості критеріїв оцінки ефективності терапії.

На основі проведених досліджень виявлено, що вікові відмінності в клінічній картині захворювання не спостерігаються, встановлено переважання дискінетичної форми функціональної диспепсії. Враховуючи те, що відмінностей клінічної картини в залежності від віку обстежених дітей не було виявлено, в подальшому при порівняльній оцінці окремих схем лікування діти різного віку були об'єднані в одну групу (4-22 міс.).

Оцінка ступеню фізичного розвитку дітей проводилася за допомогою центильних таблиць. Основними відхиленнями зі сторони фізичного розвитку у дітей з синдромом функціональної диспепсії були: дефіцит маси тіла по відношенню до нормативних показників для дітей даного віку, низькі рівні фізичного розвитку та його дисгармонійність.

У 104 (79,4±3,5%) дітей спостерігався дефіцит маси тіла по відношенню до нормативних показників, що і відображає основні клінічні прояви синдрому функціональної диспепсії у дітей раннього віку у вигляді зниженого апетиту та відмови від їжі. Низькі рівні інших антропометричних показників, таких як зріст, окружність грудної клітки та ін. можна вважати наслідком вищевказаних проявів захворювання.

Для дітей з синдромом функціональної диспепсії характерним було зниження ступеню фізичного розвитку: фізичний розвиток нижче середнього спостерігався у 23,6±3,7% обстежених дітей, низький фізичний розвиток – у 18,3±3,4%, дуже низький – у 22,9±3,7%. Середній фізичний розвиток відмічався у 26,7±3,8% дітей, а фізичний розвиток вище середнього – у 9,2±2,5%.

Були виявлені відхилення зі сторони гармонійності фізичного розвитку: різко дисгармонійний фізичний розвиток діагностований у 34,4±4,1% з дітей функціональною диспепсією, дисгармонійний – у 19,9±3,5%. Гармонійним фізичний розвиток був у 45,8±4,4% обстежених нами дітей.

Встановлено, що у дітей з синдромом функціональної диспепсії існують зміни зі сторони рівня білків плазми крові та їх фракцій у вигляді тенденції до зниження рівня загального білку – 57,8±0,7 г/л та альбумінових фракцій – 47,8±0,6%, в той час як глобулінові фракції виходять за верхню межу норми – 52,2±0,6%. Такі показники свідчать про наявність гіпо- та диспротеїнемії у дітей раннього віку з функціональною диспепсією.

Що стосується сечовини, середні показники складали 4,4±0,2 ммоль/л, однак зустрічалися випадки (12 дітей), коли його рівень був нижчим за 4,2 ммоль/л; оскільки вміст сечовини в крові відображає рівень навантаження організму білками, така картина на нашу думку пов'язана з недостатнім поступленням в організм білків при зниженому апетиті у обстежених дітей.

У обстежених дітей з синдромом функціональної диспепсії відхилень з боку показників тимолової проби, аланінамінотрансферази (АЛТ) та пігментного обміну виявлено не було. Отримані дані ще раз підтверджують відсутність органічних змін з боку печінки у обстежених дітей.

Оцінка електролітного обміну включала визначення вмісту таких основних іонів, як кальцій, калій та натрій. Виявлено, що рівень іонів кальцію (Са) в сироватці крові у дітей з синдромом функціональної диспепсії був зниженим та складав в середньому 2,02±0,21 ммоль/л, тоді як рівні іонів натрію (Na) та калію (K) відповідали референтним величинам.

Актуальність визначення рівня гормонів гіпофізу (СТГ, ТТГ) та щитовидної залози (Т3, Т4) у обстежуваного контингенту зумовлена їх первинним впливом на процес росту дитячого організму, а також здатністю цих гормонів впливати на хід фундаментальних внутрішньоклітинних процесів. Крім того, визначення рівня гормонів щитовидної залози представляє інтерес в ендемічних щодо йодної недостатності регіонах, яким являється Закарпаття. За нашими даними рівень соматотропного гормону у дітей з функціональною диспепсією становив в середньому 7,41±0,40 мМО/л (в нормі його рівень коливається в межах 2-20 мМО/л), тобто середні значення показників не виходили за межі вікової норми. Рівень тиреотропного гормону у дітей з функціональною диспепсією становив в середньому 1,19±0,08 мкМО/л при нормі 0,23-3,4 мкМО/л.

Показники гормонів щитовидної залози у обстежених дітей також вкладалися в нормативні межі: рівень трийодтироніну (Т3) становив 1,63±0,06 нмоль/л, тироксину (Т4) – 146,9±0,9 нмоль/л при нормі 1,01-2,01 нмоль/л та 53-158 нмоль/л відповідно.

Рівень Ig E у обстежених дітей складав в середньому 19,5±1,2 МО/мл, імуноглобуліну А (Ig A) – 0,31±0,07 мг/мл, імуноглобуліну G (Ig G) – 12,4±3,4 мг/мл, що вкладається в межі вікової норми.

Рівень ІL-2 у обстежених дітей з синдромом функціональної диспепсії складав 35,5±4,8 пг/мл, ІL-4 – 13,1±1,0 пг/мл, що також відповідає нормі для дітей даного віку.

Фіброгастродуоденоскопія (ФГДС) була здійснена 10 дітям з кожної обстежуваної групи, клінічний перебіг захворювання у яких був найважчим Виявлено, що при ендоскопічному дослідженні стравоходу, шлунку та дванадцятипалої кишки патологічні зміни не спостерігалися у жодної дитини, що підтверджує відсутність органічних змін зі сторони перерахованих відділів шлунково-кишкового тракту. Враховуючи те, що методика даного дослідження є достатньо ризикованою для обстеженого контингенту хворих, на нашу думку, діагноз функціональної диспепсії у дітей раннього віку можна поставити і без проведення ФГДС та застосовувати дослідження тільки при наявності показань.

Дітям з проявами диспепсії здійснювалося ультразвукове обстеження органів черевної порожнини, як безпечний та високоінформативний діагностичний метод захворювань органів травного тракту. В педіатричній практиці оцінка стану печінки набуває ще більшого значення, так як в ранньому дитинстві вона являється дуже чутливим органом, який уражається при загальних, інфекційних захворюваннях, розладах харчування та інших станах.

Під час ультразвукового обстеження дітей було виявлено ознаки метеоризму – у 54 дітей (72,0±5,2%) першої, 20 (66,7±8,7%) другої та 18 (69,2±9,0%) дітей третьої групи, через який в багатьох випадках обмежувалася візуалізація підшлункової залози та інших органів черевної порожнини. Ехографічно зі сторони печінки відхилень у дітей з синдромом функціональної диспепсії виявлено не було. Розміри печінки та її судин, жовчних протоків відповідали референтним показникам. Спостерігалися поодинокі випадки неправильної форми жовчного міхура за рахунок перегинів у ділянці його шийки – у 15 обстежених нами дітей (11,5±2,8%). Змін зі сторони стінок жовчного міхура виявлено не було, їх товщина не перевищувала 3 мм. Підшлункова залоза при ультразвуковому дослідженні не була змінена в жодному випадку – виявлялася гомогенна ехоструктура та рівні контури залози.

Найбільш характерними змінами в копрограмі дітей з синдромом функціональної диспепсії були: наявність невеликої кількості лейкоцитів у калі (не більше 4-6 в полі зору) у 110 дітей (83,9±3,2%), слизу у 109 дітей (83,2±3,3%), нейтрального жиру у 55 дітей (42,0±4,3%), присутність в калових масах внутрішньоклітинного крохмалю у 32 дітей (24,5±3,8%) та рослинної клітковини: частково перетравленої – у 22 дітей (16,8±3,3%), перетравленої – у 10 дітей (7,7±2,3%), а також невеликої кількості м'язових волокон у 6 обстежених дітей (4,6±1,8%).

Аналізуючи динаміку клінічних проявів синдрому функціональної диспепсії у дітей раннього віку після проведення лікування було виявлено статистично достовірне (p<0,01) зникнення ознак метеоризму у всіх трьох обстежених групах. Достовірне зникнення метеоризму навіть без включення в лікування базових препаратів (в 3 групі) на нашу думку свідчить про газогінну дію компонентів фіточаю «Для покращення травлення», зокрема м'яти перцевої.

З високим ступенем імовірності (p<0,01) зменшилася кількість дітей з больовим синдромом у всіх обстежених групах (еквівалентом якого вважалися неспокій та крик дитини разом із напруженням м'язів передньої черевної стінки).

Статистично достовірне підвищення апетиту було відмічено тільки у дітей 1 (p<0,01) та 3 групи (p<0,05); крім того в 1 групі після лікування вдалося повністю ліквідувати такий прояв синдрому функціональної диспепсії як відмова від їжі (p<0,01), в той час як в 2 (13,3±6,2%) та 3 групах (8,0±5,4%) зберігалась частина дітей, які періодично відмовлялися від прийому їжі.

У всіх обстежених групах спостерігалося зменшення кількості дітей, які страждали на закрепи, але в 1 групі достовірність таких змін була найвищою і склала p<0,01 (в 2 та 3 групі p<0,05).

Тобто найкращі результати від лікування відмічаються при комбінації базових препаратів з фітокорекцією у вигляді фіточаю «Для покращення травлення» – з високим ступенем достовірності (p<0,01) зменшуються всі прояви захворювання (метеоризм, больовий синдром, зниження апетиту, закрепи) та вдається повністю ліквідувати відмову від їжі.

Така картина імовірно зумовлена поєднанням позитивного впливу на дитячий організм базових препаратів для лікування функціональної диспепсії та фіточаю «Для покращення травлення», зокрема на прояви метеоризму сприятливо впливає м'ята перцева (Mentha piperita), яка має газогінну дію; больовий синдром полегшують пижмо звичайне (Tanacetum vulgare) та м'ята перцева, які проявляють спазмолітичну дію, та гісоп лікарський (Hyssopus officinalis) – володіє знеболюючою дією; збудження апетиту може бути зумовлено дією пижма звичайного, материнки звичайної (Oreganum vulgare), гісопу лікарського та м'яти перцевої за рахунок посилення секреції травних залоз та скорочення часу випорожнення шлунку; пижмо звичайне та материнка звичайна покращують перистальтику та тонус мускулатури травного тракту, цим самим ліквідуючи закрепи.

Динаміка клінічних проявів синдрому функціональної диспепсії у дітей раннього віку після проведення різних видів лікування представлена в таблиці 1:

*Таблиця 1*

**Динаміка клінічних проявів синдрому функціональної диспепсії під впливом різних видів лікування (M±m)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Клінічні прояви  функціональної  диспепсії | 1 група (n= 75) | | 2 група (n= 30) | | 3 група (n= 25) | |
| до  лікув.  % (абс.) | після  лікув.  % (абс.) | до  лікув.  % (абс.) | після  лікув.  % (абс.) | до  лікув.  % (абс.) | після  лікув.  % (абс.) |
| Метеоризм | 77,3±4,8  (58) | 12,0±3,8  (9)\*\* | 73,3±8,1  (22) | 33,3±8,6  (10)\*\* | 72,0±9,0 (18) | 16,0±7,3  (4)\*\* |
| Больовий синдром | 69,3±5,3  (52) | 8,0±3,1  (6)\*\* | 70,0±8,3  (21) | 16,7±6,8  (5)\*\* | 72,0±9,0  (18­) | 8,0±5,4  (2)\*\* |
| Зниження апетиту | 48,0±5,8  (36) | 20,0±4,6  (15)\*\* | 50,0±9,1  (15) | 33,3±8,6  (10) | 48,0±9,9  (12) | 16,0±5,3  (4)\* |
| Відмова від їжі | 36,0±5,5  (27) | 0\*\* | 36,7±8,8  (11) | 13,3±6,2  (4)\* | 36,0±9,6  (9) | 8,0±5,4  (2)\* |
| Закрепи | 32,0±5,4  (24) | 8,0±3,1  (6)\*\* | 36,6±8,8  (11) | 23,3±7,7  (7)\* | 36,0±9,6  (9) | 12,0±6,4  (3)\* |

Примітка: достовірність різниці показників до та після лікування

\* - p< 0,05

\*\* - p<0,01

Найкращі результати лікування щодо показників ФР були відмічені при комбінованій терапії. Так, у дітей 1 групи під впливом фіточаю для покращення травлення та препаратів базової терапії достовірно (p<0,05) зменшився дефіцит маси тіла та одночасно почав переважати більш легкий ступінь його дефіциту, достовірно підвищився ступінь фізичного розвитку (р<0,05) та зменшилася кількість дітей з різко дисгармонійним ФР (р<0,01).

Що стосується ступеню ФР, у дітей 1 групи спостерігалося статистично достовірне (р<0,05) збільшення чисельності групи дітей з середніми показниками фізичного розвитку та зменшення – з показниками нижче середніх, тоді як тенденція до покращення стосовно ступеню ФР у 2 та 3 групах не виявилася достовірною.

Аналізуючи динаміку гармонійності ФР під впливом проведеного лікування в різних групах виявлено, що тільки при комбінованому лікуванні синдрому функціональної диспепсії спостерігається достовірна (р<0,01) позитивна динаміка у вигляді зменшення кількості дітей з різко дисгармонійним ФР (спостерігався у 28 (37,3±5,6%) дітей до лікування та у 10 (13,3±3,9%) після нього).

Вивчався вплив лікування на показники протеїнового обміну: загальний білок, альбуміни, глобулінові фракції. Найкращі результати стосовно показників білкового обміну спостерігалися при одночасному призначенні фіточаю для покращення травлення та базової терапії (1 група) та при лікуванні виключно базовими препаратами (2 група). Достовірне (р<0,01) зменшення кількості дітей з диспротеїнемією відмічено тільки в 1 групі – з 43 (57,5±5,7%) до 24 (30,6±5,4%). В 1 та 2 групах було виявлено достовірне (p<0,01) зростання рівня загального білка: з 57,5±0,5 г/л до 61,2±0,5 г/л в 1 групі та з 58,2±0,8 г/л до 62,3±0,7 г/л в групі, в 1 групі крім того відмічено статистично достовірне (p<0,05) збільшення рівня альбумінів (з 48,6±0,7% до 52,3±0,8%) та достовірне (р<0,01) зниження рівня глобулінів з 51,4±0,6% до 47,7±0,5%.

Позитивні зрушення білкового обміну переважно при комбінованому лікуванні синдрому функціональної диспепсії можуть бути пояснені покращенням білковосинтетичної функції печінки під впливом препаратів базисної терапії, дію якої підсилюють компоненти фіточаю «Для покращення травлення», які позитивно впливають на функціональний стан печінки.

В зв'язку з достовірним покращенням апетиту та збільшенням кількості білків, що поступали в дитячий організм після проведення лікування, в 1 та 3 групах спостерігалася тенденція до зростання рівня сечовини, а в 2 групі показники залишилися без змін. Вищезгадані зміни вказують на роль фітотерапії у покращенні засвоєння білків, а через це – у зростанні рівня сечовини в обстежених дітей.

У обстежених нами дітей вихідні показники пігментного обміну, рівні загального білірубіну та його фракцій знаходилися в межах вікової норми, але після фітокорекції було відмічено тенденцію до зниження вмісту всіх білірубінових фракцій. Зокрема в 1 групі рівень загального білірубіну достовірно (p<0,01) знизився з 7,6±1,0 мкмоль/л до 5,1±1,2 мкмоль/л. Такі зміни на нашу думку зумовлені з одної сторони, покращенням функціональних можливостей гепатоцитів щодо кон'югації непрямого білірубіну та перетворення його в прямий білірубін, з іншої – покращенням жовчовиділення під впливом фітокорекції (жовчогінною дією володіють такі компоненти фіточаю як м'ята перцева (Mentha piperita), пижмо звичайне (Tanacetum vulgare) та материнка звичайна (Orеganum vulgare)).

У дітей 1 та 3 групи рівень Са під впливом лікування достовірно (p<0,01) збільшився: з 2,0±0,22 ммоль/л до 2,27±0,16 ммоль/л в 1 групі та з з 2,0±0,17 ммоль/л до 2,20±0,10 ммоль/л в 3 групі, тоді як в 2 групі зміни не спостерігалися, що говорить про покращення всмоктування кальцію в кишківнику саме під впливом лікарських рослин, що входять до складу фіточаю «Для покращення травлення», в той же час застосування фіточаю не має впливу на рівень іонів калію та натрію у обстежених дітей.

Рівень соматотропного гормону після проведеного лікування зріс у всіх групах, але статистично достовірними (p<0,01) зміни виявилися тільки при комбінованому лікуванні функціональної диспепсії базовими препаратами та фіточаєм «Для покращення травлення» (з 7,07±0,4 мМО/л до 11,01±0,9 мМО/л) та при лікуванні виключно фіточаєм (з 7,9±0,8 мМО/л до 12,3±1,1 мМО/л), що на нашу думку зумовлено покращенням функціонального стану печінки, а як наслідок цього – посиленням синтезу соматомедінів. Така гіпотеза підтверджується відсутністю статистично достовірних змін у випадку лікування синдрому функціональної диспепсії виключно базовими препаратами без фітокорекції.

Показники тиреотропного гормону мали тенденцію до зростання у обстежених дітей 1 та 3 групи, але зміни були мало вираженими та недостовірними

У випадку поєднання фітотерапії та базового лікування (1 група) та при лікуванні виключно за допомогою фіточаю (3 група) спостерігалося статистично достовірне (p<0,01) зростання рівня трийодтироніну та з меншою імовірністю (p<0,05) – тироксину. Рівень Т3 в 1 групі зріс з 1,65±0,04 нмоль/л до 2,0±0,04 нмоль/л, в 3 групі – з 1,63±0,05 нмоль/л до 1,88±0,04 нмоль, рівень тироксину – з 147,8±0,8 нмоль/л до 151,0±1,0 нмоль/л в 1 групі та з 145,0±1,0 нмоль/л до 149,3±1,7 нмоль/л в 3 групі. При цьому необхідно відмітити, що показники, отримані після лікування, не виходили за верхні межі референтних величин. В 2 групі рівень даних гормонів під впливом лікування практично не змінився.

Таким чином, отримані дані свідчать про посилення вироблення гормонів щитовидної залози (трийодтироніну та тироксину) під впливом фіточаю «Для покращення травлення», а імовірною причиною цього може бути покращення функціонального стану печінки після фітокорекції, де відбуваються основний метаболізм та системні впливи тиреоїдних гормонів.

Не дивлячись на те, що вихідні значення Ig E у всіх групах вкладалися в межі референтних величин, після проведення комбінованого лікування у обстежених дітей 1 групи відмічалося статистично достовірне (p<0,05) зниження його рівня з 20,9±1,6 МО/мл до 16,1±1,7 МО/мл. В 2 та 3 групах також спостерігалася тенденція до зниження цифрових рівнів Ig E, але без достовірних змін. Після проведеного лікування в 1 та 3 групах було виявлено достовірне (p<0,01) зростання рівня Ig А: в 1 групі з 0,27±0,08 мг/мл до 0,69±0,10 мг/мл, в 3 групі – з 0,31±0,02 мг/мл до 0,60±0,04. В 2 групі зміни в сторону підвищення показників не виявилися достовірними. Показники Ig G після проведеного лікування практично не змінилися в жодній з обстежених груп.

На нашу думку, покращення показників гуморального імунітету зумовлено дією ехінацеї пурпурової (Echinacea purpurea).

Після проведення різних варіантів лікування синдрому функціональної диспепсії рівні IL-2 та IL-4 не виходили за межі референтних показників та варіювали в незначному діапазоні цифрових рівнів. Така картина ще раз підтверджує відсутність у даного контингенту дітей органічних порушень.

При УЗД органів черевної порожнини, проведеному після завершення курсу лікування встановлено, що метеоризм вдалося ліквідувати у більшості дітей – при повторному обстеженні виявлений тільки у 11 (14,6±4,1%) дітей першої групи (р<0,01) у 11 (36,6±8,8%) дітей другої (р<0,05) та 7 (26,9±8,7%) дітей третьої групи (р<0,01). На нашу думку полегшення проявів метеоризму в групі дітей, які отримували виключно фітокорекцію, підтверджує газогінну дію одного з компонентів фіточаю «Для покращення травлення» – м'яти перцевої (Mentha piperita).

При копрологічному дослідженні спостерігалася тенденція до зменшення вмісту нейтрального жиру в калових масах дітей 1 групи (до лікування виявлявся у 57 дітей (42,8±5,7%), після – у 38 (28,5±5,2%)) та 3 групи (відповідно у 13 (43,3±9,0%) та 7 (23,3±7,7%) дітей), в той час як в 2 групі зміни були відсутні. Враховуючи те, що наявність нейтрального жиру вказує на можливість порушеного перетравлення внаслідок панкреатобіліарної недостатності, отримані результати дають можливість думати про покращення жовчовиділення та функціонального стану підшлункової залози під впливом проведеної фітотерапії. Виявлено зменшення кількості перетравлюваної та частково перетравлюваної клітковини в 1 групі, на основі чого можна думати про зменшення швидкості транзиту в просвіті ободової кишки та нормалізацію її моторики після проведеного лікування.

Було виявлено статистично достовірне (р<0,01) зменшення кількості дітей, у яких в калі виявлялися лейкоцити: до прийому фіточаю для покращення травлення та препаратів базової терапії лейкоцити в 1 групі виявлялися у 60 дітей (80,0±4,6%), після – у 36 (48,0±5,8%). В 2 та 3 групах була відмічена подібна динаміка, але з меншою імовірністю (р<0,05): до лікування в 2 групі лейкоцити виявлені у 26 обстежених дітей (86,8±6,2%), після – у 18 (60,0±8,9%); в 3 групі відповідно у 22 (84,6±7,0%) та 15 дітей (57,7±9,7%). Виходячи з того, що повного зникнення лейкоцитів після лікування досягнути не вдалося, на нашу думку для цього існує необхідність призначення більш тривалого курсу фітокорекції.

Достовірно (р<0,01) зменшилася кількість дітей 1 групи, у яких виявлявся слиз – з 46 (61,4±5,6%) до 25 (33,4±5,4%), а дітей 3 групи (р<0,05) – з 21 (80,7±5,0%) до 12 (46,1±9,7%), але за час курсу фітотерапії також не відбулося повного його зникнення.

Не спостерігалося впливу фіточаю для покращення травлення на консистенцію, колір калових мас, наявність епітеліальних клітин та м'язових волокон, які в невеликій кількості можуть бути присутніми в калі здорових дітей.

Таким чином, порівнюючи результати від трьох різних видів лікування, можемо зробити висновок, що найкращими вони виявилися у дітей 1 групи, яким проводилася фітокорекція за допомогою фіточаю «Для покращення травлення» в поєднанні з базовим лікуванням функціональної диспепсії.

Враховуючи те, що при лікуванні фітопрепаратами спостерігається повільне, поступове наростання терапевтичного ефекту, було здійснено спостереження за віддаленими ефектами фітотерапї. Для цього проводилося повторне обстеження дітей, яким призначався фіточай Бебівіта «Для покращення травлення» через 6 та 12 місяців після курсу лікування.

Обстежуваному контингенту дітей проводилися: загальноклінічне обстеження, оцінка фізичного розвитку, загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, іонограма (з визначенням вмісту іонів кальцію, натрію та калію), визначення рівня гормонів гіпофізу та щитовидної залози (соматотропного гормону (СТГ), тиреотропного гормону (ТТГ), тироксину (Т4) та трийодтироніну (Т3)), імуноглобулінів сироватки крові (імуноглобуліну Е (Ig E), імуноглобуліну А (Ig A) та імуноглобуліну G (Ig G)), ультразвукове обстеження органів черевної порожнини, копрологічне дослідження.

При віддаленому спостереженні за дітьми, які пройшли курс лікування синдрому функціональної диспепсії базовими препаратами в комбінації з фіточаєм «Для покращення травлення» (1 група) та виключно фіточаєм без базових препаратів (3 група) клінічних проявів захворювання виявлено не було. У дітей, які лікувалися базовими препаратами без фітокорекції (2 група) зустрічалися поодинокі випадки зниження апетиту та закрепів.

Відсутність клінічної симптоматики функціональної диспепсії через 6 та навіть 12 місяців після лікування з включенням фіточаю «Для покращення травлення» одночасно з наявністю поодиноких клінічних проявів захворювання при відсутності фітокорекції вказує на стійку стабілізацію стану дітей, в досягненні якої вирішальне значення має дія лікарських рослин.

При аналізі показників фізичного розвитку було визначено, що після проведеного лікування відбувалося подальше зменшення кількості дітей з дефіцитом маси тіла, однак статистично достовірних змін при цьому не спостерігалося. Така тенденція була найбільш вираженою після поєднаного лікування базовими препаратами та фіточаєм «Для покращення травлення», в інших групах зміни були мало вираженими. При вивченні ступеню фізичного розвитку через 6 та 12 місяців після завершення лікування синдрому функціональної диспепсії в 1 групі спостерігалося деяке збільшення ступеню фізичного розвитку, а зміни в 2 та 3 групах були практично відсутніми. Зі сторони гармонійності фізичного розвитку відмічалося незначне покращення показників, але також без статистично достовірних змін.

Під час оцінки лабораторних показників у дітей 1 групи виявлено прогресивне збільшення рівня загального білка, який через 6 місяців спостереження підвищився до 60,5±0,6 г/л, а через 12 місяців – до 62,8±0,7 г/л (p<0,05). В 2 та 3 групах при віддаленому спостереженні коливання були практично відсутніми.

Коливання рівня АЛТ після проведеного лікування були практично відсутніми у всіх обстежених дітей, а показники тимолової проби мали тенденцію до зниження, найбільш виражено – у 3 групі (з 0,25±0,06 од. до 0,20±0,06 од.).

Коливання рівня сечовини в жодній з досліджуваних груп не мали статистично достовірних зрушень. Однак рівень сечовини після лікування функціональної диспепсії тільки базовими препаратами (2 група) та тільки фіточаєм «Для покращення травлення» (3 група) через 12 місяців залишився на рівні, досягнутому після лікування – відповідно 4,5±0,2 ммоль/л та 4,5±0,3 ммоль/л, а при комбінованому лікуванні (1 група) став дещо вищим (з 4,4±0,1 ммоль/л до 4,5±0,2 ммоль/л).

При вивченні віддалених впливів проведеного лікування на показники пігментного обміну виявлено, що найнижчі показники білірубіну та його фракцій відмічаються при поєднанні фітокорекції з базовим лікуванням функціональної диспепсії, тобто у дітей 1 групи – рівень загального білірубіну через 6 та 12 місяців після лікування у них не перевищував 5,9±0,3 мкмоль/л.

Рівень іонів кальцію при віддаленому спостереженні практично не змінювався та знаходився в межах вікової норми у всіх групах обстежених дітей. Як і безпосередньо після лікування, рівні іонів калію та натрію не мали суттєвих коливань у жодній групі обстежених дітей.

Показники соматотропного гормону в 1 та 3 групах через 6 місяців були вищими, ніж після проведеного лікування і становили в 1 групі 11,01±0,9 мМО/л та 12,10±0,2 мМО/л, в 3 групі відповідно 12,3±1,1 мМО/л та 13,4±0,8 мМО/л, та залишалися на такому рівні через 12 місяців – 11,95±0,2 мМО/л в 1 групі та 13,6±0,8 мМО/л в 3 групі; тоді як в 2 групі показники при віддаленому спостереженні були дещо нижчими, ніж безпосередньо після лікування: рівень СТГ після курсу лікування в 2 групі складав 8,6±0,6 мМО/л, а через 12 місяців –7,5±0,2 мМО/л.

Така динаміка рівня СТГ у групах, де проводилася фітокорекція, дає можливість думати про стійкий сприятливий вплив фіточаю «Для покращення травлення» на вироблення гормону росту, що підтверджується відсутністю приросту та навіть деяким зниженням рівня СТГ у 2 групі, де лікування проводилося виключно препаратами базової терапії.

Рівень ТТГ через 12 місяців після лікування в 1 та 3 групах також мав тенденцію до зростання і становив відповідно 1,70±0,2 мкМО/л та 1,60±0,1 мкМО/л, а в 3 групі його рівень через 12 місяців дещо знизився – з 1,2±0,08 нмоль/л до 1,10±0,1 нмоль/л).

Рівень Т3 при віддаленому спостереженні дещо зріс у 2 та 3 групах, а в 1 групі, де безпосередньо після лікування знаходився на верхній межі норми, знизився (з 2,0±0,04 нмоль/л до 1,85±0,02 нмоль/л). Рівень тироксину в 1 групі знизився з 151,0±1,0 нмоль/л до 143,20±1,0 нмоль/л (через 12 місяців), в 2 групі мав тенденцію до зростання, а в 3 групах практично не змінився (становив 149,3±1,7 нмоль/л після лікування та 150,2±1,5 нмоль/л через 12 місяців).

Отримані дані вказують на те, що при фітотерапії відбувається тільки коригування можливих порушень до нормативних показників, а грубого втручання в механізми регуляції обмінних процесів організму не спостерігається.

При віддаленому спостереженні за показниками гуморального імунітету було виявлено, що у всіх обстежених нами групах відмічається стійкий позитивний ефект після проведеного лікування, а коливання показників відбуваються в незначному діапазоні без статистично достовірних змін.

Щодо рівня інтерлейкіну-2 та інтерлейкіну-4 статистично достовірних змін при віддаленому спостереженні виявлено не було, показники у всіх обстежуваних групах залишалися практично без змін.

При УЗД органів черевної порожнини, проведеному через 6 та 12 місяців після лікування у всіх обстежених групах спостерігалося подальше зниження кількості дітей з метеоризмом, але найбільш вираженою така тенденція була після комбінованого лікування синдрому функціональної диспепсії. Безпосередньо після лікування метеоризм виявлявся у 11 (14,6±4,1%) дітей, а через 12 місяців їх кількість зменшилася до 4 (5,8±2,8%). В 2 групі після базового лікування без фітокорекції кількість дітей з метеоризмом після завершення лікування становила 11 (36,6±8,8%), через 6 місяців – 7 (28,8±9,0%), через 12 місяців – 5 (20,0±8,0%). У дітей 3 групи, яким здійснювалася тільки фітокорекція, метеоризм після лікування спостерігався у 7 (26,9±8,7%), через 6 місяців – у 3 (15,0±8,0%), через 12 місяців – у 2 (10,0±6,7)%.

Збільшення розмірів печінки та її судин, жовчних протоків, зміни ехогенності печінки через 6 та 12 місяців після проведеного лікування не виявлені в жодній з трьох груп. Що стосується жовчного міхура, відхилень з його боку виявлено не було. Ехографічні зміни підшлункової залози у обстежених дітей також були відсутніми.

При оцінці результатів копрологічного обстеження кашкоподібна консистенція та жовтий колір калових мас продовжували переважати в усіх групах обстежених дітей як через 6, так і через 12 місяців після лікування, що являється нормою для даної вікової категорії дітей.

В 1 та 3 групах спостерігалося статистично достовірне зменшення кількості лейкоцитів у калових масах дітей, які пройшли курс лікування синдрому функціональної диспепсії. Так, після курсу лікування базовими препаратами в поєднанні з фітокорекцією (1 група) лейкоцити в калі виявлені у 33 (47,8±6,0%) дітей, через 12 місяців після нього – у 16 (23,3±5,0%) дітей (р<0,01); в 3 групі – у 11 (55,0±11,1%) та 5 (25,0±9,8%) дітей (р<0,05); в 2 групі лейкоцити виявлялися відповідно у 13 (52,0±9,9%) та 7 (27,8±8,9%) дітей, але зміни не були достовірними. При цьому необхідно відмітити, що лейкоцити виявлялися в кількості не більше 4-6 в полі зору. Крім того, у дітей 1 та 3 групи було відмічено зменшення кількості слизу в калових масах, тоді як в 2 групі такої тенденції не спостерігалося.

Кількість виявленого нейтрального жиру при віддаленому спостереженні зменшувалася у всіх трьох групах обстежених дітей, але найбільш вираженою така тенденція була в 1 групі. У дітей 1 групи відмічено деяке зменшення кількості внутрішньоклітинного крохмалю – після лікування виявлений у 9 (12,0±3,8%) дітей, через 6 місяців – у 6 (8,7±3,4%), через 12 місяців – у 5 (7,3±3,1%), тоді як в 2 та 3 групах подібних зрушень не спостерігалося.

Як і безпосередньо після завершення лікування, не було відмічено впливу фіточаю для покращення травлення на наявність епітеліальних клітин та м'язових волокон, які в невеликій кількості можуть бути присутніми в калі здорових дітей.

Таким чином, при вивченні віддалених результатів фітотерапії через 6 та 12 місяців після завершення курсу лікування в трьох обстежених групах було виявлено, що основні показники, які вивчалися, після завершення лікування мали тенденцію до стійкого, довготривалого покращення, особливо при включенні в комплекс лікування фітокорекції, тобто в 1 та 3 групах, а у дітей 2 групи, які отримували виключно традиційну медикаментозну терапію, покращення наставало повільніше, позитивна динаміка була лабільнішою.

**ВИСНОВКИ**

У дисертаційній роботі проведено теоретичне узагальнення та запропоновано нове вирішення актуального завдання практичної педіатрії – підвищення ефективності лікування синдрому функціональної диспепсії у дітей раннього віку шляхом вивчення особливостей показників фізичного розвитку та показників окремих видів обміну речовин у дітей з цією патологією, розробки і впровадження удосконалених методів лікування з використанням фітотерапевтичних засобів.

1. Найбільш вагомими факторами ризику розвитку синдрому функціональної диспепсії у дітей раннього віку можна вважати певну невідповідність харчування функціональним можливостям дитячого організму у вигляді штучного вигодовування (100% дітей) та раннього введення підгодовування (64,8%), що може слугувати основою розробки заходів по попередженню розвитку функціональної диспепсії.

2. Встановлено, що у клінічній картині синдрому функціональної диспепсії як у немовлят, так і у дітей віком старше 1 року домінують явища метеоризму (74,2%), больового абдомінального синдрому (70,4%), зниження апетиту (48,6%) або тимчасової відмови від їжі (36,0%), порушення моторики кишок у вигляді функціональних закрепів (34,8%), які супроводжуються порушенням фізичного розвитку (у вигляді дефіциту маси тіла (79,4%) та/або низького рівня фізичного розвитку та його дисгармонійністю). Ці зміни типово виникають на фоні порушення перетравлювання харчових інгредієнтів та поєднуються з гіпопротеїнемією, диспротеїнемією, гіпокальціємією, характерними змінами у копрограмі (помірна кількість лейкоцитів (83,9%), наявність слизу (83,2%), нейтрального жиру (42,0%), крохмалю та рослинної клітковини (24,5%).

3. Для дітей раннього віку з синдромом функціональної диспепсії характерним є нормальний рівень імуноглобулінів та запальних цитокінів, відсутність візуальних змін слизової оболонки стравоходу, шлунку та дванадцятипалої кишки при проведенні фіброезофагогастродуоденоскопії, що підтверджує відсутність запальних процесів та значних проявів імунологічного дисбалансу в організмі дітей з цією патологією.

4. Найкраща ефективність лікування досягається при комбінації традиційних медичних препаратів (лінекс, хілак, ріабал) з фітопрепаратом Бебівіта «Для покращення травлення». Спільне застосування цих препаратів приводить до достовірно більш швидкого зменшення наявної клінічної симптоматики (p<0,01), зменшення дефіциту маси тіла у 14,6% дітей (p<0,05) підвищення ступеню фізичного розвитку у 18,6% дітей (p<0,05), покращення показників білкового обміну (збільшення рівня загального білка до 61,2±0,5 г/л (p<0,01), зменшення диспротеїнемії (p<0,01)) порівняно з групою дітей, які отримували тільки базову або фітотерапію.

При комбінованому лікуванні синдрому функціональної диспепсії відбувається достовірне зростання рівня іонів Са до 2,27±0,10 ммоль/л (p<0,01), соматотропного гормону до 11,01±0,9 мМО/л (p<0,01), трийодтироніну до 2,0±0,04 нмоль/л (p<0,01) та тироксину до 151,0±1,0 нмоль/л (p<0,05), збільшення рівня Ig А до 0,69±0,10 мг/мл (p<0,01), достовірного зменшення кількості лейкоцитів та слизу в копрограмі, що може свідчити про покращення основних метаболічних та захисних реакцій дитячого організму.

5. При катамнестичному дослідженні найкращі показники стійкого, довготривалого покращення спостерігаються у дітей з комплексним застосуванням базових препаратів та фітокорекції. При застосуванні тільки базових препаратів або фітокорекції позитивна динаміка настає повільніше, а показники, що вивчалися, відзначаються своєю лабільністю.

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. Враховуючи поширеність функціональних розладів травлення, зокрема синдрому функціональної диспепсії, серед дітей раннього віку рекомендується при наявності типових скарг (метеоризм, абдомінальний больовий синдром, порушення апетиту, закрепи) проводити поглиблене обстеження дітей з метою виявлення порушень, що мають місце при даній патології (показників фізичного розвитку, білкового та мінерального обміну).

2. При наявності клінічних ознак синдрому функціональної диспепсії у дітей раннього віку у обстеженні і лікуванні слід дотримуватися принципів “step-up” (покрокової) терапії: інвазивні методи обстеження застосовувати тільки у разі неефективності запропонованих методів корекції.

3. Для своєчасної корекції функціональних порушень травної системи у дітей раннього віку при функціональній диспепсії в закладах охорони здоров'я рекомендується проводити лікувально-профілактичні заходи, що заключаються в комбінованому лікуванні функціональної диспепсії у дітей раннього віку базовими препаратами та фіточаєм «Для покращення травлення» в дозі 50 мл/день дітям до 6 місячного віку та 75-100 мл/день старшим дітям, за 15 хвилин до їжі в 3 прийоми, курс лікування 1 місяць.

**СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ**

**ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Горленко О. М. Корекція ланок гомеостазу у дітей фітотерапевтичними засобами / О. М. Горленко, Г. Б. Коссей, Н. Г. Мальованик, М. А. Дербак // Современная педиатрия. – 2005. – №2(7). – С. 114–118. (дисертантом особисто проведено пошук та аналіз літературних джерел по даній темі, проведено збір матеріалу та аналіз отриманих результатів).

2. Коссей Г. Б. Фітотерапевтична корекція порушень у немовлят з диспепсією / Г. Б. Коссей // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія медицина. – 2007. – Випуск 31. – С. 85–87. (дисертантом особисто проведено пошук та аналіз літературних джерел, збір матеріалу та аналіз отриманих результатів, підготовано статтю до друку).

3. Горленко О. М. Вплив фітокорекції на рівень фізичного розвитку, імунний та гормональний гомеостаз у немовлят з функціональною диспепсією / О. М. Горленко, Г. Б. Коссей // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения. Труды Крымского государственного медицинского университета им. С. И. Георгиевского. – 2008. – Том 144., часть ІІІ. – С. 59–60. (дисертантом особисто проведено пошук та аналіз літературних джерел, збір матеріалу та аналіз отриманих результатів, сформульовано висновки).

4. Коссей Г. Б. Фітотерапевтична корекція фізичного розвитку немовлят з диспепсією / Г. Б. Коссей // Бюлетень кафедри дитячих хвороб медичного факультету УжНУ. – 2006. – №1. – С. 18–20. (дисертантом особисто проведено пошук та аналіз літературних джерел, збір матеріалу та аналіз та узагальнення отриманих результатів, підготовано статтю до друку).

5. Горленко О. М. Корекція ланок гомеостазу у дітей фітотерапевтичними засобами (НіРР) / О. М. Горленко, Г. Б. Коссей, Н. Г. Мальованик, М. А. Дербак // Проблеми клінічної педіатрії. – 2007. – №2(2). – С. 105–109. (дисертантом особисто проведено пошук та аналіз літературних джерел, збір матеріалу дослідження).

5. Коссей Г. Б. Фітотерапевтична корекція ланок гомеостазу у немовлят при диспепсії / Г. Б. Коссей // Хист. Всеукраїнський медичний журнал молодих вчених. – 2006. – вип.8. – С. 102–103. (дисертантом особисто проведено пошук та аналіз літературних джерел, збір матеріалу та аналіз та узагальнення отриманих результатів, сформульовано висновки).

7. Коссей Г. Б. Рівень гуморального імунітету при фітокорекції у немовлят з диспепсією / Г. Б. Коссей // Матеріали ІІІ міжнародної наукової конференції студентів та молодих вчених «Молодь та медична наука на початку ХХІ століття». – Вінниця, 2006. – С. 23–24. (дисертантом особисто проведено пошук та аналіз літературних джерел, збір матеріалу та аналіз та узагальнення отриманих результатів, сформульовано висновки).

8. Горленко О. М. Фітотерапевтична корекція порушень у немовлят з диспепсією / О. М. Горленко, Г. Б. Коссей // Актуальні теоретичні та клінічні аспекти фітотерапії. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції. – Ужгород, 2007. – С. 52–53. (дисертантом особисто проведено пошук та аналіз літературних джерел, збір матеріалу та аналіз та узагальнення отриманих результатів, сформульовано висновки).

**АНОТАЦІЯ**

**Коссей Г. Б. Фітотерапевтична корекція розладів травлення при функціональній диспепсії у дітей раннього віку.** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.10 – педіатрія. – Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Львів, 2009

У роботі уточнено клінічні особливості перебігу та супутні розлади окремих видів обміну речовин, показників фізичного розвитку у дітей раннього віку з синдромом функціональної диспепсії, вивчено вплив різних варіантів лікування (поєднання базового лікування з фітокорекцією «Фіточаєм для покращення травлення», базове лікування або фітокорекція) та віддалені результати терапії через 6 та 12 місяців після кожного варіанту.

Виявлено, що найбільш вагомими факторами ризику розвитку даної патології можна вважати невідповідність харчування функціональним можливостям дитячого організму. При синдромі функціональної диспепсії у дітей раннього віку мають місце відхилення зі сторони фізичного розвитку, білкового та мінерального обміну; показників копрологічного дослідження.

Доведено переваги поєднання фітокорекції з базовими препаратами для лікування синдрому функціональної диспепсії у дітей раннього віку. При порівнянні результатів лікування презентативними є відмінності стосовно достовірного зменшення всіх клінічних проявів захворювання, позитивного впливу поєднаного лікування на фізичний розвиток, показники білкового, пігментного та мінерального обміну, рівня соматотропного гормону, гормонів щитовидної залози та імуноглобуліну А, а також на показники копрологічного дослідження у обстежених дітей.

На основі вивчення віддалених результатів після трьох різних видів лікування доведено стійкий позитивний ефект після комбінації фітотерапії з базовим лікуванням синдрому функціональної диспепсії.

Обґрунтовано основні принципи корекції синдрому функціональної диспепсії у дітей раннього віку, розроблено лікувально-профілактичну схему для корекції основних порушень, що заключається в поєднаному лікуванні базовими препаратами та фіточаєм «Для покращення травлення».

Ключові слова: діти раннього віку, диспепсія, фітокорекція.

**АННОТАЦИЯ**

**Коссей Г. Б. Фитотерапевтическая коррекция нарушений пищеварения при функциональной диспепсии у детей раннего возраста.** – Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.10 – педиатрия. – Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, Львов, 2009.

В работе изучены особенности клинического протекания и сопутствующие нарушения различных показателей обмена веществ (белкового, пигментного, электролитного обмена, гормональных, иммунных, цитокиновых показателей), показателей физического развития у детей раннего возраста с синдромом функциональной диспепсии.

Показано, что наиболее весомым фактором риска развития синдрома функциональной диспепсии у детей раннего возраста можно считать несоответствие питания функциональным возможностям детского организма в виде искусственного вскармливания и раннего введения прикорма.

Установлено, что при синдроме функциональной диспепсии у детей раннего возраста имеют место такие клинические симптомы, как метеоризм, абдоминальный болевой синдром, снижение аппетита или временный отказ от приема пищи, запоры; дефицит массы тела, дисгармоничность и низкие уровни физического развития; нарушение белкового обмена (в виде гипопротеинемии и диспротеинемии), электролитного обмена (гипокальциемии); изменение показателей копрологического исследования. Подтверждено отсутствие воспалительных изменений и проявлений иммунологического дисбаланса в организме детей с данной патологией.

Дана оценка изменениям показателей состояния здоровья детей после трех разных видов лечения (фитокоррекция фиточаем «Для улучшения пищеварения» в качестве дополнения к базисному лечению, базисное лечение или фитокоррекция), изучены отдаленные результаты терапии через 6 и 12 месяцев после каждого варианта терапии.

Доказаны преимущества использования фитотерапии в комбинации с базисными препаратами для лечения синдрома функциональной диспепсии у детей раннего возраста. Проведенные исследования подтвердили опосредованное влияние фиточая «Для улучшения пищеварения» на некоторые виды обмена веществ при функциональной диспепсии.

При комбинированном лечении у детей достоверно уменьшаются все клинические проявления болезни, начинает преобладать более легкая степень дефицита массы тела, отмечается тенденция к статистически достоверному увеличению уровня общего белка, ионов кальция, соматотропного гормона, гормонов щитовидной железы, уровня иммунглобулина А; снижение показателей общего билирубина, тимоловой пробы, иммуноглобулина Е. Также отмечается ищезновение признаков метеоризма, нормализация показателей копрологического исследования. При других вариантах лечения изменения выражены в меньшей степени или статистически недостоверны.

Изучены отдаленные результаты лечения детей с синдромом функциональной диспепсии через 6 и 12 месяцев после трех разных вариантов терапии. Выявлено, что изучаемые показатели после окончания курса лечения имели тенденцию к устойчивому улучшению, особенно при включении в комплекс лечебных мероприятий фитокоррекции в виде фиточая «Для улучшения пищеварения». В случае лечения синдрома функциональной диспепсии только традиционными базисными препаратами улучшение изучаемых показателей наступало медленнее, положительная динамика была более лабильной.

Обоснованы основные принципы коррекции синдрома функциональной диспепсии у детей раннего возраста, разработан и внедрен в практику лечебно-профилактических учреждений усовершенствованный комплекс терапевтических мероприятий, который заключается в комбинированном применении препаратов базисной терапии с фиточаем «Для улучшения пищеварения» и дает возможность существенно улучшить функциональное состояние органов пищеварительной системы.

Ключевые слова: дети раннего возраста, диспепсия, фитокоррекция.

**SUMMARY**

**Kossey G. B. Phytotherapeutic correction of digestive disorders in young children with functional dyspepsia.** Manuscript.

The dissertation on competition of scientific degree of the candidate of medical sciences on a speciality 14.01.10 – pediatrics. – Danylo Halyts’kyi Lviv National Medical University, Lviv, 2009.

Complex evaluation of different chains of metabolism and physical development in young children with the syndrome of functional dyspepsia is provided in the dissertation. The influence of three various treatment plans (combination of basic treatment with phytotherapy by means of phytotea for digestion correction, only basic treatment or only phytotherapy) is studied. Prolonged effects of the treatment are analysed.

It was found out that young children with the syndrome of functional dyspepsia have had deviations in physical development, protein and mineral metabolism. Deviations on coprological investigation were also detected.

Advantages of combined treatment (by means of commonly used medications and phytotherapy) of the syndrome of functional dyspepsia in young children are proven. Experimental data give convincing evidence for the positive influence of phytotherapy on certain chains of metabolism in functional dyspepsia: improvement in protein levels, mineral metabolism, human growth hormone and immunoglobuline A levels is shown.

Stable positive prolonged effect is demonstrated in case of combined treatment of the syndrome of functional dyspepsia with basic medications and phytotea for digestion correction.

On the basis of the obtained data a treatment-and-prophylactic schema has been developed for the correction of main clinical symptoms and laboratory manifestations in young children with the symptom of functional dyspepsia, which is based on combined use of basic treatment medications and phytotea for digestion correction.

Key words: young age children, dyspepsia, phytocorrection.

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

ФД – функціональна диспепсія

ФР – фізичний розвиток

АЛТ – аланін амінотрансфераза

Са – іони кальцію

К – іони калію

Na – іони натрію

СТГ – соматотропний гормон

ТТГ – тиреотропний гормон

Т3 – трийодтиронін

Т4 – тироксин

Ig Е – імуноглобулін Е

Ig A – імуноглобулін А

Ig G – імуноглобулін G

ІL-2 – інтерлейкін-2

ІL-4 – інтерлейкін-4

ФГДС – фіброгастроезофагодуоденоскопія

 Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>