

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ДІАРЕЇ ДИТЯЧОГО ВІКУ. АНАЛІЗ КОНЦЕПЦІЙ
МІКРОБІОЛОГІЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА РЕГІДРАТАЦІЇ

В статті представлені способи оптимізації діагностики і лікування діарейних захворювань у дітей.

В статье представлены способы оптимизации диагностики и лечения диарейных заболеваний у детей.

The article presents the description of methods to improve the diagnostic and treatment procedures of diarrheal diseases in children.

Діарея (dia+rrhea – грец. "текти через") – пронос, патологічні зміни частоти і консистенції випорожнень. Суб'єктивні прояви діареї – імперативні позиви до акту дефекації частіше ніж 3 рази на добу рідкими водянистими випорожненнями. Проте не кількість актів дефекації, але збільшення об'єму калових мас за добу (поліфекалія) – переконливий критерій діареї. Отже, основний об'єктивний критерій діареї – підвищений вміст води у калі до 85% - 95% замість фізіологічних 60% - 75%, або збільшення маси фекалій понад 200г впродовж доби за умов дотримання діти відповідно до віку дитини.

За даними ВООЗ щорічно у світі реєструють 1 – 1,5 мільярда випадків діареї. Як провідна причина настання швидкої смерті (впродовж 2-3 діб) гострі діареї посідають друге місце у світі після захворювань серцево-судинної системи. В Україні діарейні захворювання регулярно реєструють як спалахи гострих кишкових інфекцій внаслідок харчових отруєнь або низької якості питної води. Найвні дані офіційної статистики не відображають реального стану справ у нашій державі [1]. Відомо, що 10 мільйонів громадян України споживають воду, яка не відповідає нормативним вимогам. Бактеріальне забруднення води настільки виражене, що без кип'ятіння її вживання неможливе. Але кип'ятіння питної води збільшує концентрацію тих хімічних (токсичних) речовин, які знаходяться у воді.

За даними ВООЗ 85% усіх захворювань передаються через воду, від цих захворювань щорічно помирають 25 мільйонів людей у світі. Стратегічна помилка сучасної медичної науки полягає в тому, що воду вивчають як субстанцію, яка лише розчиняє хімічні сполуки, транспортує їх, приймає участь у водно-електролітному обміні. Але вода – енергетична система, яка продукує електроенергію в організмі людини. Вода – джерело життя та здоров'я [7,8].

Гострі кишкові інфекції за термінологією ВООЗ називають гострі діарейні хвороби. У клінічній картині цих захворювань спостерігають такі три характерні синдроми: 1. гастроентерит або гастроентероколіт;

2. інтоксикація; 3. ексікоз (зневоднення, дегідратація). Донедавна вважали, що у процесі діагностики діарейного захворювання найважливішим є встановлення етіологічного фактору, тому що етіологічний чинник визначає тактику лікування, диференційний підхід у виборі лікарських препаратів [3]. Але у повсякденній практиці антибактеріальну терапію призначають емпірично, ще до ідентифікації патогенного чинника: результати бактеріальних досліджень отримують звичайно через три доби.

Причину діареї встановлюють тільки у 40% випадків через те, що у структурі гострих діарейних захворювань у дітей до 80% випадків займають ротавірусна і ентеровірусна інфекції [5]. До роду Enterovirus належить понад 100 патогенних для дітей вірусів; персистенція ентеровірусів у слизовій тонкій кишці може тривати до 5 міс. Після клінічного выздоровлення ротавіруси виділяються з фекаліями дитини ще упродовж 30 днів. Значну поширеність ентеро- і ротавірусних інфекцій зумовлюють безсимптомні вірусоносії, які становлять від 20% до 40% серед інших форм вірусних захворювань.

Головна причина діагностичних помилок – намір лікарів обов'язково здійснити нозологічну діагностику, верифікувати етіологію діареї. Проте сучасний рівень клінічних бактеріологічних, вірусологічних і серологічних досліджень ще дуже недосконалий. Отже, біля ліжка хворої дитини найважливіше – рання діагностика гострої діарейної хвороби, що виключає різні соматичні та інфекційні захворювання, які мають подібну симптоматику.

Значна частина випадків гострих діарей зумовлена харчовими токсикоінфекціями, які виникають після споживання продуктів, інфікованих патогенними або умовно-патогенними

збудниками. Клінічні прояви цих захворювань: раптовий початок діареї і блювоти, поєднання синдромів інтоксикації, ексикозу і гастроентериту, інтенсивність яких швидко зростає. До харчових токсикоінфекцій належать етіологічно різні, але патогенетично і клінічно подібні захворювання: сальмонельоз, шигельоз, ешерихіоз та клостридіоз [10]. Етіологічна верифікація діарейного синдрому необхідна для обґрунтованого здійснення протиепідемічних заходів, особливо у випадках спалаху гострих інфекційних діарей (харчових токсикоінфекцій) в дитячих колективах та нозокоміальних (внутрішньолікарняних) кишкових інфекцій.

У процесі диференційної діагностики діарейних захворювань належить враховувати можливість харчової алергії як побічної реакції, спричиненої харчовим продуктом. Поширеність харчової алергії становить не менше ніж 10% у дітей і до 2% – у дорослих. Більшість харчових продуктів мають антигенні властивості. Встановлено, що у 93% випадків харчова алергія зумовлена такими продуктами – у порядку зниження їх алергенності: коров'яче молоко, куряче яйце, риба, арахіс, лісові горіхи, соя, вироби з пшеничної муки (глютен), цитрусові, шоколад. У випадку харчової алергії діарея зникає через 2–3 доби після елімінації причинного алергена.

Діарейний синдром потребує особливої діагностичної і терапевтичної тактики у дітей з метаболічною дисфункцією. У 2005 році Всесвітня асоціація гастроентерологів опублікувала дані, що 1% населення Землі уражений глютенною ентеропатією (целиакія), для якої характерні синдроми діареї, ентериту, мальабсорбції. Целиакія – генетично детерміноване автоімунне захворювання зумовлене підвищеною чутливістю до основного білка злакових глютену та його найбільш активної фракції гліадину. Відновлення структури атрофованої слизової оболонки тонкої кишки і припинення тяжкої діареї можливо досягти лише за умов тривалого (довічного) повного виключення з раціону усіх продуктів, які містять вироби з пшениці, жита, ячменю і вівса – так звана аглютенна/агліадинова дієта.

Спеціально розроблену дієту (нутритивну підтримку) потребують діти з таким тяжким генетично детермінованим захворюванням як кістозний фіброз підшлункової залози (муковісцидоз) [9]. У клінічній картині кишкової форми кістозного фіброзу підшлункової залози домінують такі синдроми: діарея, стеаторея, мальабсорбція, дегідратація та інтоксикація.

Гострі діарейні хвороби у 5 разів частіше виникають на фоні кишкових паразитозів. За даними ВООЗ на кишкові гельмінтози хворі 90% населення країн, що розвиваються. Тільки після застосування специфічної хіміотерапії – дегельмінтизації можлива ліквідація провідних синдромів гельмінтозів: діареї, мальабсорбції, алергізації та імуносупресії.

Отже, рання діагностика діарейних захворювань повинна бути синдромальною, що забезпечить призначення невідкладної патогенетичної терапії. Наприкінці 70-х років минулого століття оральна регідратація була успішно застосована для корекції дегідратації та інтоксикації, що дозволило знизити смертність дітей від діарейних хвороб у віковій групі до 5 років: з 4,5 мільйонів (1979 рік) до 1,6 мільйонів (2002 рік) у країнах, що розвиваються [11]. Встановлено, що оральна регідратація так само ефективно відновлює позитивний водно-електролітний баланс в організмі хворої дитини як і внутрішньовенна інфузійна терапія. Але оральна регідратація не вимагає застосування спеціальних навичок, набагато дешевша, не викликає тих побічних реакцій і ускладнень, які нерідко виникають при інфузійній терапії на фоні порушень мікроциркуляції та змін реологічних властивостей крові у хворих з тяжкою діареєю. Під час проведення оральної регідратації необхідно дотримуватись положення: об'єм випитої рідини у 1,5 рази перевищує втрати води з випорожненнями. Відновлення сечовиділення у хворої дитини – об'єктивний критерій ефективності регідратаційної терапії.

Для профілактики і лікування ексикозу і токсикозу незалежно від віку дитини та етіологічного чинника діарейних захворювань у всіх країнах світу впродовж 25 років застосовували рекомендований ВООЗ такий склад порошку на 1 літр води: натрію хлорид – 3,5г; натрію цитрат – 2,9г, калію хлорид – 1,5г, глюкози – 20,0г.

У 2004 році експерти ВООЗ та ЮНІСЕФ вдосконалили склад суміші для оральної регідратації: зменшили вміст натрію хлориду до 2,6г і глюкози до 13,5г на 1л води. Проведені дослідження свідчать про вищу ефективність нового складу суміші: об'єм випорожнень зменшувався на 20%, частота блювоти – на 30%. Тривалість і вираженість діареї значно менша, якщо вказану регідратаційну терапію доповнити цинком у добовій дозі 10мг для немовлят до 6 міс, для дітей старшого віку – 20 мг цинку у вигляді сиропу, що містить розчин сульфату, глюконату або ацетату цинку. Застосування сиропу цинку (10-14 днів) не тільки скорочує тривалість діареї, але також запобігає рецидивам діареї на наступні 2-3 місяці [11]. Відомо, що цинк-дефіцитні стан спостерігаються у всіх дітей з діареєю. Цинк – есенціальний мікроелемент, входить до складу понад

300 ензимів і 100 нуклеопротейдів, і включення препаратів цинку у лікувальний комплекс сприяє клінічній ремісії діарейного синдрому.

Кишечник людини заселений різними мікроорганізмами (від 400 до 500 видів), їх загальна кількість становить 1×10^{14} , що у 10 разів більше, ніж загальна кількість клітин в організмі хазяїна [3]. Продукти обміну мікробів, що колонізують кишечник, можуть спричинити отруєння організму - детоксикацію, шкідливий вплив якої позначається передовсім на функції печінки. Вважають, що детоксикація може спричинити появу аутоімунних синдромів - дерматози, артрози, алергози [2,3,6]. Існує гіпотеза, що відновлення балансу мікрофлори кишечника здійснить значний терапевтичний ефект. Проте отримані практичні результати набагато скромніші від теоретично передбачуваних успіхів застосування мікробіологічної терапії в клінічній практиці [2,3,6].

Гостру діарею внаслідок застосування антибактеріальних препаратів називають антибіотик-асоційованою діареєю. Така діарея спостерігається з частотою від 5% до 25% випадків антибіотикотерапії. Патогенез ідіопатичної антибіотик-асоційованої діареї залишається не вивченим, вона не викликає тяжких ускладнень, припиняється відразу після відміни антибіотика. Від ідіопатичної антибіотик-асоційованої діареї Clostridium difficile-діарея відрізняється тяжким перебігом (псевдомембранозний коліт з летальністю до 30%), потребує обов'язкового призначення антибіотиків (ванкоміцин або метронідазол) та інфузійної терапії з метою детоксикації токсинів А і В, які продукує цей мікроб-анаероб [10]. Антибіотик-асоційовану діарею не можна пояснити дисбактеріозом кишечника – це різні поняття. Дисбактеріоз – не діагноз, не нозологічна одиниця: це клініко-лабораторний синдром, мікробіологічний феномен, який не може розглядатись з позицій клінічної діагностики і терапії. Термін „дисбактеріоз” не відображає стан мікробіоценозу кишечника: мікрофлора фекалій не відповідає мікрофлорі поверхні слизової оболонки і тій різноманітній флорі, яка знаходиться в численних криптах слизової кишечника. Результати вивчення кількох видів бактерій у частинці фекалій не можуть достовірно свідчити про стан усєї складної мікробіологічної системи кишечника.

За визначенням ВООЗ пробіотики – „живі мікроорганізми, які приносять користь здоров'ю людини”; пребіотики – продукти метаболізму і стимулятори росту бактерій; синбіотики – комбіновані препарати пробіотиків з пребіотиками. Рекомендовано застосування цих препаратів у таких випадках: транзиторна діарея мандрівників, з метою підвищення толерантності до лактози, ротавірусна інфекція, профілактика і лікування антибіотик-асоційованої діареї, лікування atopічного дерматиту та інших алергійних, інфекційних та вторинних імунодефіцитних станів. Застосування пробіотиків і пребіотиків в клінічній практиці носить емпіричний характер: покращення клініко-лабораторних показників, тобто усунення дисбактеріозу, можна сподіватись не раніше, ніж через 3 - 4 тижні від початку їх застосування [2,3].

В науковій літературі немало повідомлень про те, що позитивний ефект пробіотиків має транзиторний характер або зовсім відсутній. Необхідне подальше вивчення складних механізмів впливу мікрофлори кишечника та мікробіологічної терапії на організм дитини, а також визначити шкідливі трансгенні та імунопатологічні ефекти біопрепаратів. Від властивостей мікрофлори кишечника залежить стан відживлення, про що свідчить значна відмінність мікрофлори кишечника у худих і у хворих на ожиріння. Обмежений біохімічний потенціал макроорганізму доповнюють внутрішні ферментні системи кишкових симбіонтів. Кишкова мікрофлора хворих на ожиріння більш ефективно добуває калорії із вмісту кишечника, ніж „слабша” мікрофлора худих, які втрачають з фекаліями набагато більше калорій. Можливо, мікробіоценоз кишечника причетний до розвитку ожиріння і маніпуляції з мікрофлорою кишечника можуть суттєво вплинути на метаболічний гомеостаз дитини.

Велике значення має порушення бар'єрної функції слизової оболонки кишків і асоційованої з нею слизовою лімфатичної системи – Mucose-Associated Lymphoid Tissue. Отримані переконливі дані про транслокацію до кровоплину мікрофлори кишків з наступним розвитком системної запальної відповіді. Отже, генетично детермінований характер системних запальних реакцій хворої дитини означає клінічний прогноз діарейних захворювань [4], тому лікування діареї у дітей не повинно переступати через ту межу, коли починають лікувати анализи, а не хворого. Якщо прийняти за аксіому вислів „смерть сидить в кишках”, тоді стає обґрунтованим положення, що дев'ять десятих здоров'я і щасливого довголіття людини залежить від нормальної функції травного тракту.

ЛІТЕРАТУРА

1. Возіанова Ж.І., Андрейчин М.А., Крамарев С.О. та ін. Інфекції – реальна загроза населенню України // Інфекційні хвороби. – 2007. – №1. – С. 76-78.

2. Зайцева Н.Е., Сапа И.Ю. Основы применения микробиологической терапии в клинической практике // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2007. – №3. – С. 49-52.
3. Козько В.Н. Эубиоз, дисбактериоз, пробиотики // Лікування та діагностика. – 2001. – №2. – С. 21-27.
4. Коссак Б.Й. Патогенетичні особливості термінальних станів неонатального періоду // Медико-соціальні проблеми дитячого віку: Матеріали науково-практичної конференції. – Тернопіль, 2007. – С. 70-71.
5. Незгода І.І., Боднарюк О.В. Ротавірусна інфекція у дітей, сучасні підходи до лікування // Інфекційні хвороби. – 2007. – №1. – С. 30-33.
6. Няньковський С.Л., Шаєвська Х., Заричанський Я. Роль пробіотиків у вигодовуванні дітей, профілактиці і лікуванні захворювань у дітей та дорослих // Сучасна педіатрія. – 2006. – №2. – С. 212-218.
7. Панишко Ю.М., Ковцун В.І., Козій Р.С. Вода – джерело життя та здоров'я // Здоровий спосіб життя. Збірник наукових статей. – Львів, 2006. – Вип. 16. – С. 24-32.
8. Панишко Ю.М., Ковцун В.І., Козій Р.С. Вода – джерело життя та здоров'я. Дослідження лікаря Ф. Батмангхеліджа про воду // Здоровий спосіб життя. Збірник наукових статей. – Львів, 2007. – Вип. 18. – С.33-37.
9. Хайтович Н.В. Клиническое питание в педиатрии (Обзор литературы) // Современная педиатрия. – 2007. – №1. – С. 210-214.
10. Kelly C.P., Pothoularis C., La Mont J. T. Clostridium Difficile colitis // The New England Journal of Medicine. – 1994. – V. 330, №4. – P. 257-262.
11. Phumaphi J., Judd J. Clinical management of acute diarrhea // WHO/UNICEF Joint statement. – 2004. –P. 2-7.

Л.І. КОТИК

ДЕФІНІЦІЯ ПОНЯТТЯ «СІЛЬСЬКЕ ПОСЕЛЕННЯ» В КОНТЕКСТІ ФОРМУВАННЯ СУСПІЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я

У статті розкриті та проаналізовані погляди різних вчених на дефініцію поняття "сільське поселення". Акцентована увага на впровадження в наукове середовище концепційних підходів до розуміння поняття "село".

У статтє раскрыты та проанализированы взгляды разных ученых на дефиницию понятия «сельское поселение». Внимание акцентировано на внедрение в научную среду концептуальных подходов к пониманию понятия "деревня".

The opinion different scientifics on the determination the conception "village" opened and analyzed in the article. Attention is accented on the introduction of modern conception " village " in the science sphere.

Значна частина населення світу проживає в специфічних соціально-економіко-культурних утвореннях під назвою «сільські поселення». Специфіка формування мікроклімату даних утворень, їхній спосіб життя, а також переважаючі цінності безпосередньо впливають на формування суспільного здоров'я та майбутнього генофонду людства. Виходячи з цього, актуальними стають дослідження пов'язані з теоретичним вивченням функціонування сільських утворень на початку ХХІ століття.

На сьогоднішній день в світовій науці не сформувалося єдиного підходу до дефініції поняття „село” та критерію віднесення населеного пункту до адміністративної одиниці село. Так, згідно „Великого тлумачного словника сучасної української мови”, село – це 1) населений пункт (звичайно невеликий) неміського типу, жителі якого займаються переважно обробіткою землі; 2) сільська місцевість взагалі [1, с. 1113].

Подібного визначення дотримується й доц. М. Влах, яка в праці „Географія населення: словник-довідник” зазначає, що село – це 1) поселення, населення якого зайнято переважно у сільському господарстві; 2) історичний тип великих сільських поселень, що виконували роль місцевого центру для хуторів та дрібних поселень [2, с. 127].