

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

На правах рукописи
УДК: 616.233-002:616.34-008.87:-053.3

Юсупова Гулноза Аманиллаевна

**СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С
РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ БРОНХИТАМИ И ГОМЕОПАТИЧЕСКАЯ
ЕГО КОРРЕКЦИЯ**

14.00.09 – Педиатрия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Ташкент – 2011

Работа выполнена в Ташкентской медицинской академии Министерства
Республики Узбекистан

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Каримжанов Ильхам Асамович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Шамсиев Фуркат Мухитдинович

доктор медицинских наук
Умарова Адолат Абдурахимовна

Ведущая организация: Ташкентский институт усовершенствование
врачей

Защита диссертации состоится «___»_____2011 г. в «___» час на
заседании Специализированного Совета Д. 087.10.01.при Ташкентском
Педиатрическом медицинском институте по адресу: 100140, г. Ташкент, ул.
Богишамол,223.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ташкентского
Педиатрического медицинского института.

Автореферат разослан «___»_____2011 г.

**Ученый секретарь
Специализированного совета,
доктор медицинских наук**

Шарипова М.К.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИССЕРТАЦИИ

Актуальность работы. Рецидивирующие бронхиты (РБ) представляют собой одну из самых распространенных форм патологии органов дыхания в детском возрасте. Ими страдают 50-100 из 1000 детей в возрасте до 6 лет, а в экологически неблагоприятных зонах – 250 на 1000 детей (Таточенко В.Л., 2004). Изучение кишечной микрофлоры дошкольников, живущих в экологически неблагоприятных регионах, выявило у абсолютного большинства из них дисбактериоз кишечника и подверженность бронхолегочной патологии (Леванова Л.А., 2002). Дисбактериоз кишечника в современной дефиниции Отраслевого стандарта представлен как клинко-лабораторный синдром, возникающий при целом ряде заболеваний и клинических ситуаций, который характеризуется изменением качественного и /или количественного состава нормофлоры, метаболическими и иммунологическими нарушениями (Урсова Н.И., 2007). С другой стороны, поиск причин ухудшения здоровья детей и изучение механизмов развития болезней выявил ряд факторов, которые повышают риск развития многих патологических состояний. Одно из первых мест среди факторов риска занимают изменения в составе кишечной микробиоты, т.е. дисбактериоз является не только следствием различных заболеваний, но и способствует развитию патологического процесса в организме и в дальнейшем становится одним из факторов, обуславливающих тяжесть и длительность их течения (Корниенко Е.А., 2009). Не менее важными являются причины, связанные с изменением иммунного реагирования организма (Учайкин В.Ф., 2009). При анализе распространенности иммунопатологических синдромов у детей с дисбактериозами толстой кишки было установлено, что ведущее место в их структуре занимает инфекционный (57,1%), затем следуют аллергический (47,8%) и смешанный (37%) синдромы. Инфекционный синдром проявлялся рецидивирующим характером течения острых и хронических инфекционно-воспалительных заболеваний различной этиологии и локализации (Урсова Н.И., 2007).

Эти схемы сопряженности патологических процессов нацеливают на комплексный подход к профилактике и терапии патологических процессов, связанных с дисбактериозом. В связи с этим своевременная и качественная диагностика дисбактериоза кишечника, а также правильный выбор тактики лечения является важной задачей практического здравоохранения.

Применяемые ныне методы лечения дисбактериоза кишечника, такие как лечебное питание, пробиотики, антибактериальная терапия, фаготерапия, стимуляция роста микроорганизмов нормофлоры кишечника, энтеросорбенты, ферментные препараты, не всегда дает желаемый результат. В последнее время за рубежом в качестве одного из направлений клинической медицины широкое распространение получила гомеопатическая терапия. Клинический опыт исследователей Германии, России, Украины позволяет утверждать, что использование гомеопатических препаратов в лечении различных патологических состояний у детей можно считать

оправданным и необходимым в силу их высокой эффективности. Более того, в основе гомеотерапии заложены базисные положения ныне быстро утверждающейся концепции доказательной медицины: приоритетность клинической оценки эффективности лекарственных средств, необходимость тщательного наблюдения за динамикой развития клинических проявлений в процессе болезни и оценки закономерности реакций на вмешательство, изучение осложнений и изменения течения болезни, индивидуальный подбор. Особенно это важно у больных с рецидивирующими респираторными инфекциями, так как частая антибактериальная терапия вызывает сенсбилизацию организма, дисбиотические нарушения кишечника и приводит к снижению иммунитета. В связи с этим изучение микробиоценоза кишечника и его эффективная коррекция являются одним из путей профилактики хронических бронхолегочных заболеваний у детей, больных рецидивирующими бронхитами, что и определяет актуальность выбранного направления.

Степень изученности проблемы. В последние годы возрос интерес к изучению состояния микробиоценоза кишечника при различных заболеваниях (Максудова Л.И., 2001; Шоджалилова М.С., 2006; Ибрагимова Ф.А., 2010). Установлен довольно широкий спектр причин, приводящих к нарушениям микробиоценоза кишечника (Леванова Л.А. и др., 2001; Ланкина М.В., 2002; Чернуха М.Ю. и др., 2005).

Для успешного лечения основного заболевания, приведшего к дисбактериозу, и для ликвидации его последствий ведутся поиски эффективных лечебных воздействий (Бондаренко В.М., 2005; Грачева Н.М., 2006; Петрова М.С., 2007; Закирходжаев А.Х. и др., 2008). Имеются единичные работы об использовании гомеопатических препаратов для коррекции дисбактериоза кишечника у новорожденных и детей раннего возраста при диарейных заболеваниях, рецидивирующих респираторных инфекциях (Ильенко Л.И., 2000; Попкова А.М. и др., 2007). Работ, посвященных комплексной гомеотерапии отечественными препаратами, нет, что и побудило нас обратиться к данной проблеме.

Связь диссертационной работы с тематическими планами НИР. Диссертация выполнена в соответствии с планом научно-исследовательских работ Ташкентской медицинской академии (номер гос. регистрации 01.070069).

Цель исследования: совершенствование методов коррекции микробиоценоза кишечника у детей, больных рецидивирующими бронхитами, на основе углубленной комплексной оценки взаимосвязи состояния кишечной микрофлоры и иммунитета.

Задачи исследования:

1. Изучить состояние микробиоценоза кишечника у детей, больных рецидивирующими бронхитами.
2. Выявить факторы риска развития дисбактериоза кишечника и рецидивирующего бронхита у обследованных больных.

3. Определить взаимосвязь иммунного статуса и состояния кишечной микрофлоры у детей, больных рецидивирующими бронхитами.

4. Оценить эффективность традиционной терапии дисбактериоза кишечника у детей, больных рецидивирующими бронхитами.

5. Апробировать и оценить эффективность гомеопатической терапии в комплексной коррекции дисбактериоза кишечника и иммунитета у детей, больных рецидивирующими бронхитами.

Объект и предмет исследования. Под наблюдением находились 113 детей в возрасте от 1 года до 8,5 лет, из них 93 больных рецидивирующим бронхитом в стадии обострения (1-я группа), 62 мальчика и 31 девочка. Динамическое наблюдение проводили за 30 детьми в стадии ремиссии (2-я группа) среди 17 мальчиков и 13 девочек. Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей.

Методы исследования. *Клинический:* изучение анамнеза жизни, болезни, анализ истории болезни, оценка настоящего соматического статуса. *Лабораторный:* изучение общего анализа крови, кала, оценка выраженности дисбиотических сдвигов по показателям микрофлоры кала. *Бактериологическое исследование кала* для установления вида и степени дисбактериоза методом Н.М. Грачевой и соавт. (1986) и В.А. Знаменской и соавт. (1986) в модификации М.А. Баймуратовой, В.Э. Воронина (2004). *Анализ количественных характеристик иммунной системы* обследуемых детей проводился на основании изучения концентрации иммуноглобулинов G, A и M, относительного содержания Т-лимфоцитов, их регуляторных субпопуляций Т-хелперов, Т-супрессоров, В-лимфоцитов, CD4, CD8, CD16 и иммунорегуляторного индекса (ИРИ).

Результаты исследования обработаны статистически с применением современных вычислительных систем типа Pentium IV с помощью пакета стандартных программ Excel. Использовались библиотеки статистических функций с вычислением среднеарифметической (M), среднего квадратического отклонения (σ), стандартной ошибки (m), относительных величин (частота, %), а также с помощью критерия Стьюдента (t) с вычислением вероятности ошибки (P).

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Состояние микробиоценоза кишечника у детей, больных рецидивирующим бронхитом, характеризуется выраженностью дисбиотических нарушений в остром периоде заболевания, с уменьшением, но не купированием их в период ремиссии болезни, что позволяет думать о взаимосвязи и взаимообусловленности этих двух патологических состояний и рассматривать дисбактериоз кишечника не только как следствие бронхита, но и в качестве одного из факторов риска рецидивирования бронхолегочного процесса.

2. Дисбактериоз кишечника у детей, больных рецидивирующим бронхитом, является одной из ведущих причин формирования иммунной недостаточности, и эта сопряженность патологических процессов нацеливает

на комплексный подход к профилактике и терапии заболеваний, связанных с дисбактериозом.

3. Научно-обоснованный комплекс лечебно-профилактических мероприятий по оздоровлению и реабилитации детей, больных рецидивирующим бронхитом, включает широкое использование современных гомеопатических препаратов, отвечающих алгоритму качества: высокая эффективность, безопасность, доступность.

Научная новизна. Впервые изучено состояние микробиоценоза кишечника у детей, больных рецидивирующим бронхитом, и выявлена взаимосвязь между состоянием иммунитета и микрофлорой кишечника.

Впервые для коррекции микробиоценоза кишечника и иммунитета у детей, больных рецидивирующим бронхитом, применена комплексная гомеотерапия с использованием отечественных гомеопатических препаратов и оценена их эффективность.

Разработанные в ходе исследования новые подходы к лечению дисбактериоза кишечника у детей, больных рецидивирующим бронхитом, будут способствовать эффективной реабилитации данного контингента и предупреждению хронизации заболевания.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Результаты исследования будут использованы при реализации региональной программы, направленной на сохранение и укрепление здоровья детей, реабилитацию детей группы риска. Внедрение разработанной методики комплексной гомеопатической коррекции микробиоценоза кишечника и иммунитета в практическое здравоохранение у детей, больных рецидивирующим бронхитом, позволит повысить эффективность лечебных мероприятий и будет способствовать профилактике хронизации бронхолегочной патологии.

Реализация результатов. Результаты проведенных исследований внедрены в практику СП № 19 города Ташкента, отделения детской пульмонологии клиники ТМА, отделения детской пульмонологии городской детской больницы № 3, отделения детской пульмонологии объединённой детской клинической больницы г. Андижана, детского отделения клиники СамМИ и учебный процесс кафедры ВОП педиатрии лечебного факультета ТМА.

Апробация работы. Материалы диссертации доложены на 4-м съезде микробиологов Узбекистана (2008), 6-м съезде педиатров Республики Узбекистан (Ташкент, 2009); на заседании кафедры ВОП педиатрии ТМА (2010); межкафедральном апробационном совете ТМА (2010); межкафедральном апробационном совете ТашПМИ (2010); научном семинаре Специализированного совета при ТашПМИ (2011).

Опубликованность результатов. По теме диссертации опубликовано 16 работ, из них 3 журнальных статьи, 11 тезисов и 1 методическая рекомендация и оформлено 1 рационализаторское предложение №571 от 16.11.2009 г.

Структура и объем диссертации. Работа, изложенная на 111 страницах компьютерного набора, состоит из введения, обзора литературы, раздела «Материал и методы исследования», трех глав результатов собственных исследований, заключения, выводов и практических рекомендаций. Библиографический указатель включает 213 источников, в том числе 178 русскоязычных и 35 иностранных авторов. Работа иллюстрирована 12 таблицами и 11 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении изложена актуальность изучаемой проблемы, цель и задачи, научная новизна, научная и практическая значимость результатов исследования, основные положения, выносимые на защиту, внедрение результатов в практику здравоохранения, апробация диссертации, структура и объем диссертации.

В первой главе, посвященной обзору литературы, представлены последние литературные данные о современном состоянии проблемы нарушения микробиоценоза кишечника при рецидивирующих респираторных инфекциях у детей и новых подходах к лечению; обоснована эффективность и целесообразность использования в педиатрической практике гомеопатических препаратов.

Во второй главе дается подробная клиническая характеристика обследованных больных и описание методов исследования.

Для решения поставленных задач были обследованы 113 детей в возрасте от 1 года до 8,5 лет из них 93 больных рецидивирующим бронхитом в стадии обострения (1-я гр.), 62 мальчика и 31 девочка. Динамическое наблюдение проводили за 30 детьми в стадии ремиссии (2-я группа) среди 17 мальчиков и 13 девочек. Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей. Исследования проведены на базе детского отделения клиники Ташкентской медицинской академии. Распределение обследованных больных в зависимости от возраста и пола представлены в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от возраста и пола

Возраст, лет	Всего		Мальчики		Девочки	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1-3	49	52,7	32	51,7	17	54,8
3-6	24	25,8	17	27,4	7	22,6
6-9	21	21,5	13	20,9	7	22,6
Всего	93	100	62	100	31	100

В работе использованы клинические (сбор анамнеза, оценка соматического статуса), бактериологические (кал на дисбактериоз), иммунологические (оценка состояния клеточного и гуморального иммунитета) и статистические методы исследования.

В третьей главе анализируются клиничко-лабораторные проявления дисбактериоза кишечника у детей, больных рецидивирующим бронхитом.

Клиническими проявлениями дисбактериоза кишечника у обследованных нами больных были боли в животе (81,7%), чаще приступообразного характера, появляющиеся через 2-3 часа после еды, сопровождающиеся вздутием живота, урчанием, позывами на дефекацию (рис. 1).

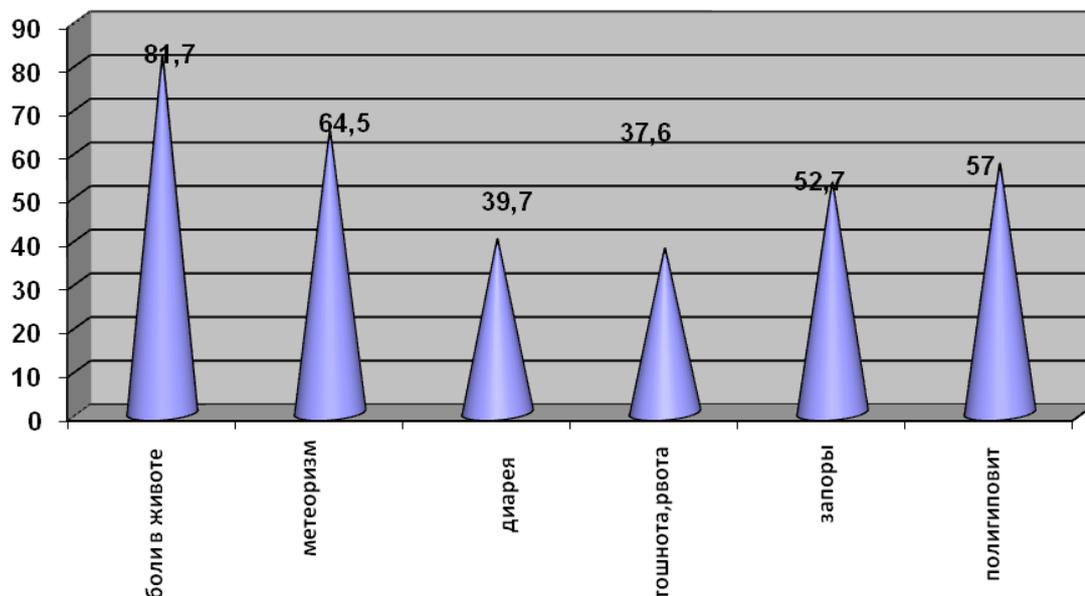


Рис. 1. Клинические признаки дисбактериоза кишечника у детей, больных рецидивирующим бронхитом

У детей раннего возраста в клинике преобладали такие симптомы, как общее беспокойство, повышенная возбудимость, метеоризм (64,5%), диарея (39,7%), тошнота и рвота (37,6%), признаки полигиповитаминоза (57%).

У детей старшего возраста часто отмечались упорные запоры (52,7%), боли в животе (81,7%).

Компенсированный дисбактериоз кишечника I степени отмечался у 26,9%, субкомпенсированный II степени у 42,3%, декомпенсированная форма дисбактериоза III степени у 30,8% больных (рис. 2).

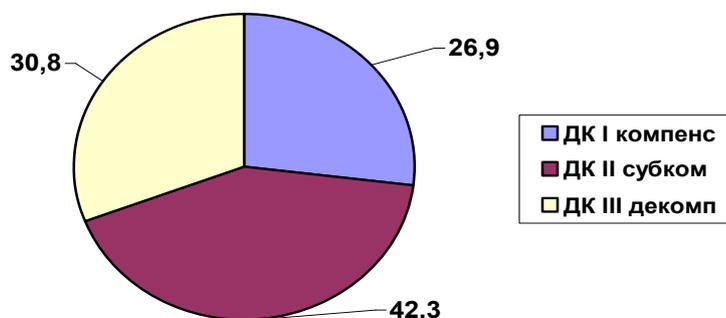


Рис. 2. Распределение больных в зависимости от степени тяжести дисбактериоза кишечника

Виды дисбактериоза у детей, больных рецидивирующим бронхитом, представлены на рисунке 3.

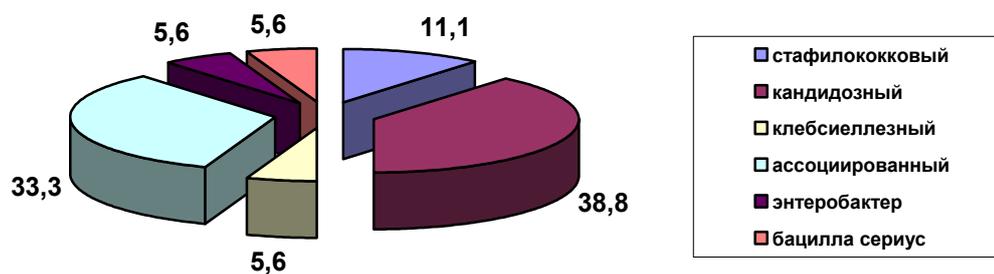


Рис. 3. Виды дисбактериоза у детей с рецидивирующим бронхитом

Бактериологический диагноз кишечного дисбактериоза был подтвержден у 100% больных в стадии обострения и у 56,7% в стадии ремиссии.

В стадии обострения рецидивирующего бронхита отмечались дисбиотические нарушения II-III степени тяжести, а у детей с рецидивирующим бронхитом в стадии ремиссии выявлен дисбактериоз I-II степени тяжести. Показатели кишечной микрофлоры у детей, больных рецидивирующим бронхитом, представлены в таблице 2.

Таблица 2
Показатели кишечной микрофлоры у детей, больных рецидивирующим бронхитом, log(КОЕ/г)

Микроорганизмы	Норма, n=20	Больные рецидивирующим бронхитом		P
		стадия обострения, n=26	стадия ремиссии, n=26	
Бифидобактерии	10^{9-10}	7,3±0,35	8,1±0,27	< 0,001
Лактобактерии	10^{7-8}	5,6±0,33	7,4±0,36	< 0,001
Общее кол-во аэробов	10^{7-8}	4,2±0,19	5,8±0,21	< 0,001
Кишечная палочка Л(+)	10^{7-8}	5,5±0,11	6,7±0,22	< 0,001
Кишечная палочка Л(-)	10^{2-5}	-	1,01±0,19	< 0,001
Энтерококки	10^{6-8}	5,7±0,17	4,6±0,20	< 0,001
Стафилококки золотистые	-	2,7±0,43	1,1±0,27	< 0,001
Грибы рода Кандида	10^{2-4}	4,7±0,9	3,2±0,4	< 0,001

Дисбиотические сдвиги в большинстве случаев сопровождались выделением бактерий условно-патогенной группы.

В период обострения рецидивирующего бронхита при бактериологическом исследовании кала у 69,2% детей выявлена условно-

патогенная микрофлора в титрах 10^4 и выше, причем наиболее часто встречались золотистый стафилококк и грибы рода Кандида.

В четвёртой главе на основании результатов изучения факторов риска развития рецидивирующего бронхита и дисбактериоза кишечника у детей, состояния иммунного статуса обосновывается причинно-следственная взаимосвязь дисбактериоза кишечника, рецидивирующего бронхита и состояния иммунитета.

Установлено, что более чем у половины (65,6%) обследованных детей в периоде новорожденности констатирована перинатальная энцефалопатия, 21,5% детей перенесли внутричерепную родовую травму, 14 (15,1%) родились недоношенными, гнойно-септические заболевания в периоде новорожденности отмечались у 16 (17,2%).

Основному диагнозу в 95,7% случаев сопутствовали анемия гипохромного характера, в 43,0% – рахит, в 35,5% – аллергия, в 12,9% – хроническое расстройство питания (рис. 4).

У 47,3% обследованных детей в семьях отмечались часто болеющие простудными заболеваниями родственники, у 39,7% детей среди ближайших родственников диагностирована хроническая бронхолегочная патология, у 53,8% детей семейный фон был отягощен аллергическими заболеваниями.

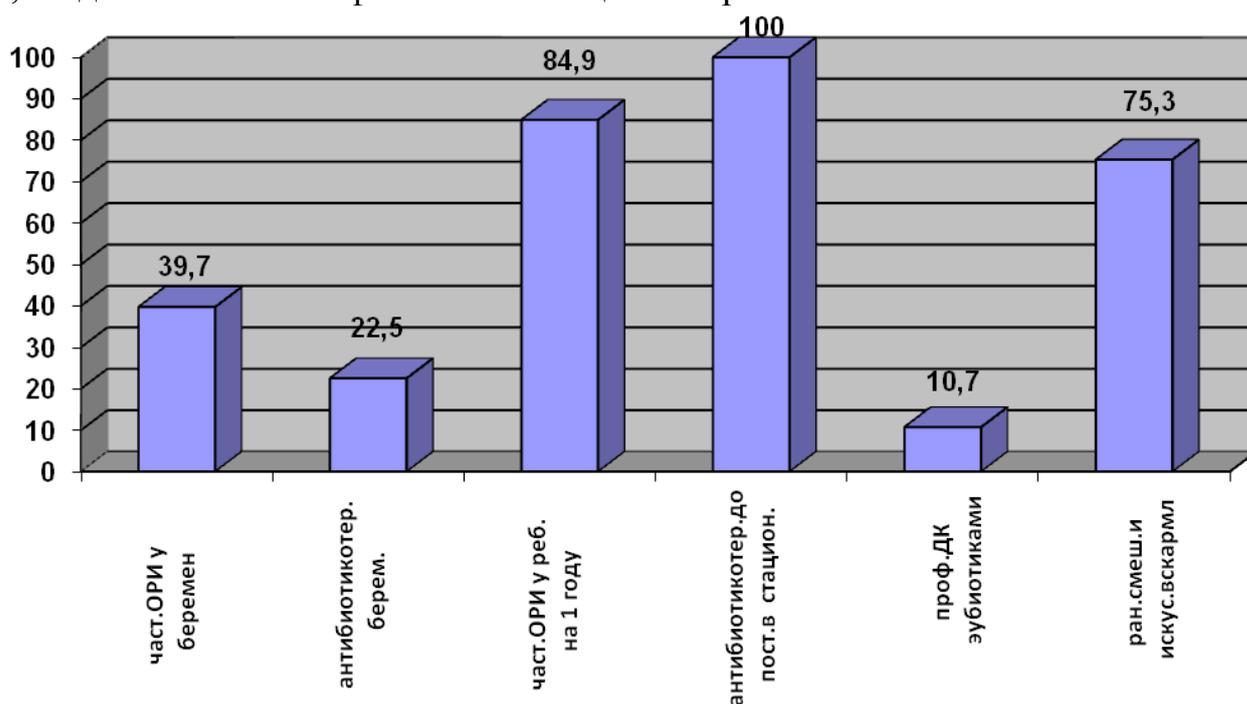


Рис. 4. Распространенность факторов риска развития дисбактериоза среди обследованных детей

Среди обследованных нами больных отмечалась большая распространенность таких факторов риска развития дисбактериоза кишечника, как частые заболевания на первом году жизни, антибиотикотерапия до поступления ребенка в стационар, раннее смешанное и искусственное вскармливание, лечение матери антибиотиками во время

беременности и др. Необходимо отметить, что только 10,7% детей во время антибиотикотерапии с профилактической целью получали эубиотики.

В формировании дисбиоза кишечника большое значение имеет характер питания ребенка. Среди обследованных нами детей на естественном вскармливании в течение первого года жизни находились 24,7%, смешанном – 43,1%, искусственном – 32,2% детей. На момент обследования питание соответственно возрасту получали 40,8% пациентов. Хорошие жилищные условия и достаточную материальную обеспеченность имели только 19,4% обследованных больных, с высшим образованием были 22,6% отцов и 10,8% матерей. Следствием этих фоновых состояний является развитие иммунодефицита.

Изучение иммунного статуса у детей с рецидивирующим бронхитом, осложненным дисбактериозом кишечника, показало, что в обеих возрастных группах (1-3 и 4-7 лет) имеется достоверное повышение числа лимфоцитов периферической крови в стадии обострения заболевания до $51,1 \pm 3,5$ и $50,1 \pm 3,2$ против $39,5 \pm 1,72$ и $37,5 \pm 1,72$ в контрольной группе. При изучении клеток Т-системы крови детей, больных рецидивирующим бронхитом, выявлено снижение относительного числа СД3+клеток в стадии обострения заболевания – $53,1 \pm 3,8$ и $57,3 \pm 4,1$ против $57,3 \pm 2,41$ и $58,5 \pm 2,41$.

При анализе содержания СД4+клеток отмечено достоверное снижение их до $29,5 \pm 2,6$ и $26,0 \pm 2,6$ против $35,2 \pm 1,52$ и $32,1 \pm 1,52$.

Относительное количество СД8+клеток достоверно возрастало до $27,3 \pm 1,0$ и $26,9 \pm 1,7$ против $22,2 \pm 0,78$ и $23,2 \pm 0,78$. Соотношение СД4+/СД8+ свидетельствовало о значительном снижении ИРИ до 1,06 у детей 1-3 лет и до 0,98 у детей 4-7 лет в стадии обострения заболевания.

Нарушения иммунного статуса, особенно его клеточного звена, были более выражены при кандидозном дисбактериозе как в ассоциированном, так и в изолированном виде. Это дает основание думать, что глубина нарушения иммунитета зависит от вида дисбактериоза. Полученные данные указывают на имеющийся у детей с рецидивирующим бронхитом и дисбактериозом кишечника дефицит клеточного и гуморального звеньев иммунитета. Обнаруженные изменения иммунного статуса, являясь интегральным показателем, отражающим неблагоприятное суммарное влияние ряда факторов на организм ребенка, позволили понять учащение числа случаев рецидива заболевания.

В пятой главе работы дается сравнительная характеристика эффективности традиционной терапии и комплексной гомеопатической терапии дисбактериоза кишечника у детей, больных рецидивирующим бронхитом.

Проанализировав средние значения показателя \log (КОЕ/г) нормофлоры кишечника в динамике заболевания в зависимости от проводимой терапии, мы установили, что в группе больных, получавших антибиотикотерапию и симптоматическую терапию рецидивирующего бронхита, дисбиотические изменения в микрофлоре кишечника прогрессируют.

Происходит дальнейшее достоверное снижение показателя log концентрации бифидобактерий – с $7,3 \pm 0,35$ до $5,1 \pm 0,32$ КОЕ/г испражнений (при норме 10^{9-10} КОЕ/г) и лактобактерий – с $5,6 \pm 0,33$ до $4,2 \pm 0,31$ КОЕ/г (при норме 10^{7-8} КОЕ/г); отмечается рост представителей условно-патогенной микрофлоры, в том числе и в ассоциациях (*Klebsiella* + *Staph. aureus* или *Staph. aureus* + *Candida*), т.е. имело место нарастание в динамике заболевания степени дисбактериоза кишечника.

В группе больных, получавших в комплексе традиционной терапии пробиотики, существенных изменений в средних значениях log концентрации нормофлоры кишечника в динамике заболевания не выявлено, и дисбиотические изменения не прогрессировали. Средние значения log концентрации бифидобактерий, лактобактерий оставались сниженными, но практически в тех же пределах, что и до начала лечения, дальнейшего роста представителей условно-патогенной микрофлоры не наблюдалось.

Нами апробирован метод комплексной гомеотерапии в коррекции дисбактериоза кишечника у больных рецидивирующим бронхитом и проведена сравнительная оценка его эффективности с традиционной терапией. Препаратами выбора явились отечественные гомеопатические препараты ARBIO-1 и ARBIO-2.

Эффективность препаратов ARBIO-1 и ARBIO-2 оценивалась по улучшению общего состояния, купированию катаральных симптомов, срокам нормализации стула, показателям копрологического исследования и степени выраженности дисбактериоза. Среди больных, получавших препараты ARBIO-1 и ARBIO-2, купирование катаральных проявлений и нормализация стула в первые трое суток наступили у 43% больных, в течение от 4 до 7 дней – у остальных 57%. Наряду с улучшением клинических проявлений заболевания отмечалось улучшение показателей микрофлоры кишечника (рис. 5).

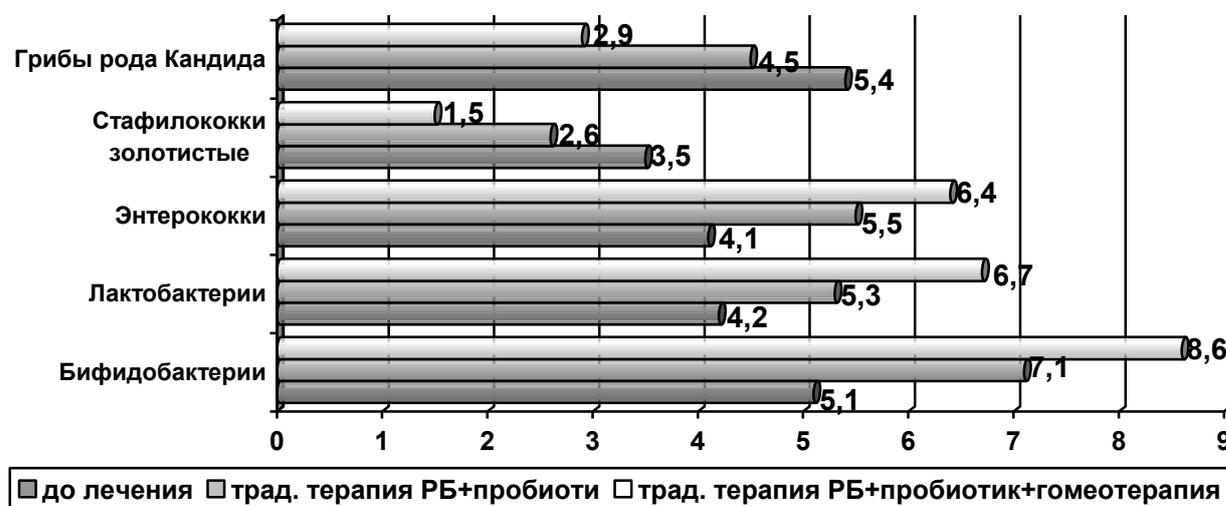


Рис. 5. Средние значения показателей log (КОЕ/г) нормофлоры кишечника на фоне традиционной и гомеопатической терапии

На фоне улучшения микробиоценоза кишечника при включении в комплекс лечения гомеопатических препаратов отмечалось улучшение показателей иммунитета (рис. 6).

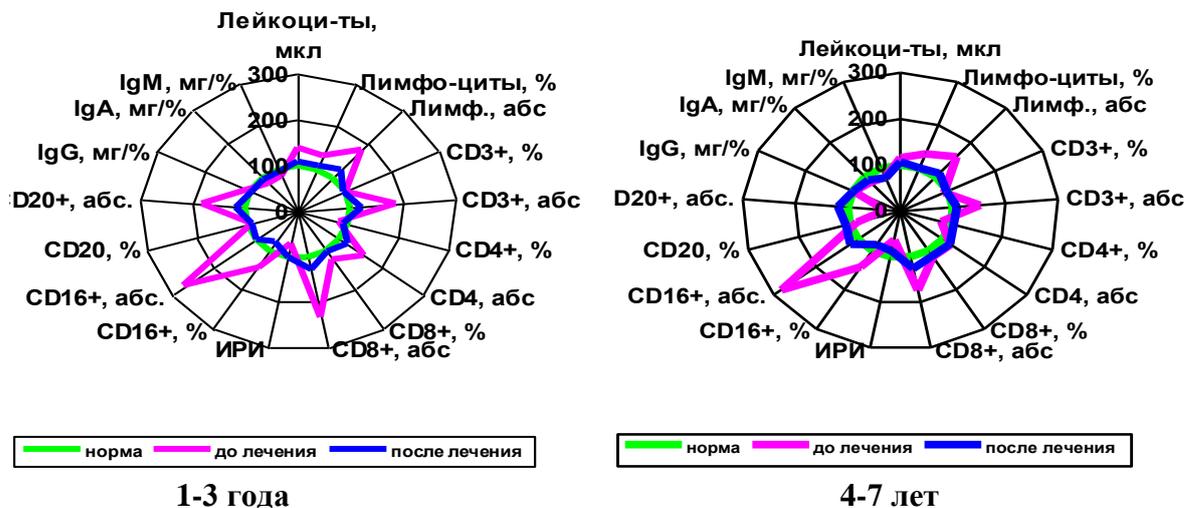


Рис. 6. Показатели иммунного статуса у больных рецидивирующим бронхитом, осложненным дисбактериозом кишечника, до и после лечения

Как видно из диаграммы, у больных рецидивирующим бронхитом обеих возрастных групп на фоне гомеопатической терапии произошло улучшение показателей иммунного статуса практически по всем параметрам.

Результаты исследования подтверждают положение об эффективности использования в комплексе совместимых и дополняющих друг друга гомеопатических препаратов. Побочных эффектов при применении препаратов ARBIO-1 и ARBIO-2 мы не наблюдали.

Катамнестические наблюдения (первые 6 мес. жизни) свидетельствовали о длительном эффекте лечения гомеопатическими препаратами. Нормализация микрофлоры кишечника среди детей, получавших ARBIO-1 и ARBIO-2, наблюдалась у 77,7%, в контрольной группе – у 50%.

Таким образом, выраженность дисбиотических нарушений в кишечнике у детей, больных рецидивирующим бронхитом, высокий удельный вес факторов риска развития заболевания, особенности его течения и отсутствие достаточного эффекта от традиционной терапии диктуют необходимость поиска новых подходов к терапии этих больных. Включение в комплекс лечения больных рецидивирующим бронхитом, осложненным дисбактериозом кишечника, гомеопатических препаратов ARBIO-1 и ARBIO-2 можно считать оправданным и необходимым в силу их высокой эффективности и отсутствия побочных эффектов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение состояния микробиоценоза кишечника и иммунитета у детей, больных рецидивирующим бронхитом, и результаты усовершенствованных методов их коррекции позволяют сделать следующие **выводы:**

1. Состояние микробиоценоза кишечника у детей, больных рецидивирующим бронхитом, характеризуется наличием дисбиотических нарушений в 100% случаев в остром периоде заболевания и в 56,7% – в периоде ремиссии, причем в стадии обострения отмечаются преимущественно проявления субкомпенсированного (42,3%) и декомпенсированного (30,8%), а в стадии ремиссии – компенсированного дисбактериоза (64,7%).

2. Ведущими факторами риска развития дисбактериоза кишечника и рецидивирующего бронхита являются отягощенность семейного фона частыми простудными заболеваниями (47,3%), хронической бронхолегочной патологией (39,7%), аллергическими заболеваниями (53,8%), частые заболевания ребенка на первом году жизни и антибиотикотерапия (84,9%), наличие хронических очагов инфекции у ребенка (74,2%), анемия (95,7%), дефекты вскармливания (75,3%).

3. Установлена роль дисбактериоза кишечника в формировании иммунной недостаточности у больных рецидивирующим бронхитом, проявляющейся дефицитом клеточного и гуморального звеньев иммунитета, снижением иммунорегуляторного индекса до 1,06 у детей 1-3 лет и до 0,98 у детей 4-7 лет в стадии обострения заболевания.

4. Анализ эффективности традиционной терапии дисбактериоза кишечника у детей, больных рецидивирующим бронхитом, показывает, что при монотерапии антибиотиками отмечается прогрессирование дисбиотических изменений в кишечнике; при включении в комплекс пробиотиков, усугубления степени тяжести дисбактериоза кишечника не наблюдается, но и выраженной положительной динамики показателей микрофлоры кишечника не отмечается.

5. Включение в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий больным рецидивирующим бронхитом, осложненным дисбактериозом кишечника, гомеопатических препаратов АРБИО-1 и АРБИО-2 приводит к ускорению купирования клинических проявлений в бронхах, нормализации дисбиотических нарушений в кишечнике и улучшению показателей иммунитета.

Практические рекомендации:

1. Для повышения эффективности патогенетической терапии рецидивирующего бронхита у детей рекомендуется определение состояния микробиоценоза кишечника и иммунитета.

2. В комплекс лечения рецидивирующего бронхита у детей рекомендуется включать гомеопатический препарат АРБИО-1 по 2-3 капли 3 раза в день в течение 1 месяца.

3. Для коррекции дисбактериоза кишечника у детей, больных рецидивирующим бронхитом, рекомендуется гомеопатический препарат АРБИО-2 по 2-3 капли 3 раза в день в течение 1 месяца.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Юсупова Г.А., Каримжанов И.А., Каримова М.Н., Даминова М.Н. Факторы риска дисбактериоза у детей // Актуальные вопросы современной гастроэнтерологии и гепатологии: Научно-практическая конференция для гастроэнтерологов и врачей общей практики. – Ташкент, 2007. – С. 165-167.
2. Каримова М.Н., Юсупова Г.А., Даминова М.Н. Эффективность применения гомеопатических средств в лечении и реабилитации часто болеющих детей // Педиатрия Узбекистана: реформирование и стратегия развития: Республиканская научно-практическая конференция. – Ташкент, 2007. – С. 156.
3. Каримжанов И.А., Юсупова Г.А., Каримова М.Н., Ибрагимова Ф.М. Новые подходы к лечению и реабилитации детей, больных рецидивирующим бронхитом // Международный конгресс пульмонологов центральной Азии. – Ташкент, 2008. – С. 48-49.
4. Каримжанов И.А., Юсупова Г.А., Каримова М.Н., Умрзакова Д. Микрофлора кишечника у детей с рецидивирующим бронхитом // 4-й съезд микробиологов Узбекистана. – Ташкент, 2008. – С. 157-158.
5. Каримова М.Н., Даминова М.Н., Юсупова Г.А. Оценка эффективности гомеопатической терапии в лечении дисбактериоза кишечника у детей рецидивирующим бронхитом // 4-й съезд микробиологов Узбекистана. – Ташкент, 2008. – С. 160-161.
6. Умрзакова Д., Юсупова Г.А., Каримова М.Н., Арсланова Г.Н. Новые подходы к коррекции микробиоценоза кишечника у детей с рецидивирующим бронхитом // Медико-биологические основы формирования здоровья детей и подростков: Республиканская научно-практическая конференция. – Ташкент, 2008. – С. 256.
7. Каримжанов И.А., Юсупова Г.А., Каримова М.Н., Абдусагатова Ш.Ш. Роль дисбактериоза кишечника в формировании иммунной недостаточности у детей, больных рецидивирующим бронхитом // Педиатрия. – Ташкент, 2009. – № 1-2. – С. 20-22.
8. Юсупова Г.А. Комплексная гомеопатия в коррекции рецидивирующего бронхита осложненного дисбактериозом кишечника у детей // Патология. – Ташкент, 2009. – № 4. – С. 67-69.
9. Юсупова Г.А., Каримова М.Н., Юлдашева Г.Г. Эффективность применения гомеопатического средства у детей больных рецидивирующим бронхитом. // Дни молодых ученых: Материалы научно-практической конференции аспирантов, соискателей и студентов. – Ташкент, 2009. – С. 150.
10. Каримжанов И.А., Юсупова Г.А. Нарушения микробиоценоза кишечника у детей больных рецидивирующим бронхитом // 6-й съезд педиатров Республики Узбекистан. – Ташкент, 2009. – С. 219.

11. Юсупова Г.А., Каримжанов И.А. Состояние микрофлоры толстой кишки у детей больных рецидивирующим бронхитом // Проблемы современной микробиологии и биотехнологии: Республиканская научная конференция. – Ташкент, 2009. – С. 127.
12. Юсупова Г.А., Каримжанов И.А. Комплексная гомеопатия в лечении дисбиотических нарушений у детей, больных рецидивирующим бронхитом // Проблемы современной микробиологии и биотехнологии: Республиканская научная конференция. – Ташкент, 2009. – С. 128.
13. Юсупова Г.А. «Способ лечения рецидивирующего бронхита у детей с применением комплексной гомеопатии». Рационализаторское предложение: № 571. 16.11.2009 г.
14. Юсупова Г.А. Клинико-иммунологическая оценка дисбиотических нарушений толстого кишечника у детей, больных рецидивирующим бронхитом и пути его коррекции // Врач-аспирант. – Воронеж, 2010. – №2 (39). – С. 296-302.
15. Юсупова Г.А., Каримжанов И.А. Комплексная гомеотерапия дисбактериоза кишечника и частых простудных заболеваний у детей // Актуальные проблемы педиатрии: Республиканская научно-практическая конференция. – Ташкент, 2010. – С. 121.
16. Юсупова Г.А., Каримжанов И.А. Дисбактериоз кишечника у детей с рецидивирующим бронхитом и их комплексная гомеопатическая коррекция: Метод. рекомендации. – Ташкент, 2010. – 18 с.

Тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасига талабгор Г.А.Юсупованинг 14.00.09 – педиатрия ихтисослиги бўйича «Қайталанувчи бронхит ўтказган болаларда ичак микробиоценозининг холати ва унинг гомеопатик коррекцияси» мавзусидаги диссертациясининг

РЕЗЮМЕСИ

Таянч (энг муҳим) сўзлар: болалар, қайталанувчи бронхит, ичак микробиоценози, иммунитет холати, гомеопатик даво.

Тадқиқот объектлари: эрта ва мактаб ёшидаги 113 та қайталанувчи бронхитли болалар – асосий гуруҳ. 20 та соғлом болалар – контрол гуруҳ.

Тадқиқот мақсади: ичак микрофлораси холати ва иммун тизимини бир-бирига боғлиқлигини комплекс баҳолаш асосида қайталанувчи бронхитли бемор болаларда ичак микробиоценозини коррекция қилиш усуллари тақомиллаштириш.

Тадқиқот методлари: клиник, лаборатор, бактериологик, иммунологик.

Олинган натижалар ва уларнинг янгилиги: текширув жараёнида ишлаб чиқилган натижалар қайталанувчи бронхитли бемор болаларда ичак дисбактериозини даволашга янгича ёндашувида шу гуруҳ болаларини касалликнинг сурункали бронх-ўпка патологиясига ўтишини олдини олиш учун ва самарали реабилитация ўтказишда қўлланилади.

Амалий аҳамияти: олинган натижалар регионал муаммони хал қилиш, хавф гуруҳига кирувчи болалар соғлигини сақлаш ва мустахкамлашга қаратилади. Ишлаб чиқилган усул Соғлиқни Сақлаш тизими амалиётига тадбиқ қилинишда, қайталанувчи бронхитли бемор болалар ичак микробиоценозини ва иммун тизимини комплекс равишда гомеопатик коррекция қилиш йўли билан сурункали бронх-ўпка касалликларни олди олинадиган ва даволаш самарадорлиги оширилади.

Тадбиқ этиш даражаси ва иқтисодий самарадорлиги: ўтказилган текширувлар натижалари Тошкент шаҳар №19 оилавий поликлиникасига, ТТА шифохонаси болалар пульмонология бўлимига, №3 шаҳар болалар шифохонаси болалар пульмонология бўлимига, Андижон шаҳар бирлашган болалар клиник шифохонасини болалар пульмонология бўлимига, СамМИ клиникаси болалар бўлими амалиётига тадбиқ этилган. Ўтказилинган ишлар натижасида рационализаторлик таклиф киритилган «Қайталанувчи бронхит билан бемор бўлган болаларни даволашда комплекс гомеопатияни қўллаш» № 571. 16.11.2009 й.

Қўлланиш соҳаси: педиатрия.

РЕЗЮМЕ

диссертации Юсуповой Гулнозы Аманиллаевны на тему: «Состояние микробиоценоза кишечника у детей с рецидивирующими бронхитами и гомеопатическая его коррекция» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.09 – Педиатрия

Ключевые слова: дети, рецидивирующий бронхит, микробиоценоз кишечника, состояние иммунитета, гомеопатическая терапия.

Объект исследования: 113 детей раннего и дошкольного возраста, больных рецидивирующим бронхитом (основная группа) и 20 практически здоровых детей (контрольная группа).

Цель работы: совершенствование методов коррекции микробиоценоза кишечника у детей, больных рецидивирующими бронхитами, на основе углубленной комплексной оценки взаимосвязи состояния кишечной микрофлоры и иммунитета.

Методы исследования: клинические, лабораторные, бактериологические, иммунологические.

Полученные результаты и их новизна: разработанные в ходе исследования новые подходы к лечению дисбактериоза кишечника у детей, больных рецидивирующим бронхитом, будут способствовать эффективной реабилитации данного контингента и предупреждению хронизации заболевания.

Практическая значимость: результаты исследования будут использованы при реализации региональной проблемы, направленной на сохранение и укрепления здоровья детей, реабилитацию детей группы риска. Внедрение разработанной методики комплексной гомеопатической коррекции микробиоценоза кишечника и иммунитета в практическое здравоохранение у детей, больных рецидивирующим бронхитом, позволит повысить эффективность лечебных воздействий и будет способствовать профилактике хронизации бронхолегочной патологии.

Степень внедрения и экономическая эффективность: результаты проведенных исследований внедрены в практику работы СП № 19 города Ташкента, отделения детской пульмонологии клиники ТМА, пульмонологии городской детской больницы № 3, отделения детской пульмонологии объединённой детской клинической больницы г. Андижана, детского отделения клиники СамМИ. По результатам исследования оформлено рационализаторское предложение «Способ лечения рецидивирующего бронхита у детей с применением комплексной гомеопатии» (№ 571. 16.11.2009 г.).

Область применения: педиатрия.

RESUME

Thesis of Yusupova Gulnoza Amanillayevna on the scientific degree competition of the candidate of medical sciences in medical speciality 14.00.09 – Paediatrics: «Condition of microbiocenosis in children with relapsing bronchitis and its homeopathic correction»

Key words: Children, relapsing bronchitis, dysbacteriosis, immunity, homeopathic therapy.

Subject of research: 113 children early and preschool age, patients with relapsing bronchitis – main group. 20 practically healthy children – control group.

Purpose of work: To improve the correction methods of microbiocenosis of intestine in children patients with relapsing bronchitis on the basis of deep complex assessment of relationship of intestinal microflora condition and immunity.

Methods of research: Clinical, laboratory, bacteriological, immunological.

The results obtained and their novelty: Developed in investigation new approaches to the treatment dysbacteriosis in children, patients with relapsing bronchitis will promote effective rehabilitation of this contingent and to predict chronization of diseases.

Practical value: Results of study will be used in realization of regional problems. Directed on preservation and strengthening of children health, rehabilitation of children risk group. Applying of developed techniques of complex homeopathic correction of microbiocenosis in children, patients with relapsing bronchitis allows to increase efficacy of therapeutic effect and will promote in prophylactics of chronization of bronchi-pulmonary pathology.

Degree of embed and economic effectivity: Performed study results were applied in practice in family policlinics №19, Tashkent city, of the department of children pulmonology of TMA, of the department of children pulmonology of citizen children hospital №3, at the department of children pulmonology of united children clinics of Andijan city, and children department of Samarkand Medical Institute clinic. On the basis of the results of researches was drawn up rationalization proposal “Method of treatment of relapse bronchitis at children with application complex homeopathy” № 571. 16.11.2009y.

Field of application: Paediatrics.

Соискатель _____