

УДК: 616.22/342-002-008.87-097-085-035:616-053.2-056.43:613.2
DOI: 10.24061/2413-4260.IX.4.34.2019.9

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ *CAGA N. PYLORI*-АСОЦІЙОВАНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ В ДІТЕЙ ІЗ ХАРЧОВОЮ АЛЕРГІЄЮ

І. Я. Лозюк

Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний
медичний університет»
(м. Чернівці, Україна)

Резюме. За даними світової статистики запальні захворювання верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ЗЗВВШКТ) посідають провідне місце у структурі гастроентерологічних захворювань у дітей, тригерним чинником розвитку яких є *H. pylori*, реалізація патогенного впливу якого на слизову оболонку (СО) відбувається за наявності сприятливих умов, що створюються зокрема харчовою гіперреактивністю. Рекомендації щодо діагностики та лікування хворих з гелікобактер-асоційованими ЗЗВВШКТ постійно удосконалюються, проте за умов поєднання з харчовою алергією (ХА) ця проблема ще до кінця не вирішена та викликає багато дискусій.

Мета роботи – оцінити ефективність комплексного лікування ЗЗВВШКТ в дітей із цитотоксичним штамом *Caga N. pylori* та ХА із включенням імунокорегуючого засобу.

Матеріали та методи. Ретельне клінічно-параклінічне та інструментальне дослідження до, через 4 тижні після лікування та в річному катамнезі проведено 44 дітям із *Caga N. pylori*-асоційованими ЗЗВВШКТ та ХА віком 7-18 років. Оцінено ефективність комплексного лікування з додаванням до протокольного імунокорегуючого засобу на основі аналізу часу клінічної редукції основних гастроентерологічних синдромів та шкірних проявів ХА, нормалізації показників імунограми, ендоскопічної та морфологічної картини слизової оболонки (СО) шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК), функціонального стану шлунка, досягнення ерадикації *H. pylori*.

Обговорення. За умови включення до лікування імунокорегуючого засобу в дітей із ЗЗВВШКТ у поєднанні з ХА відмічено більш швидке зникнення основних гастроентерологічних синдромів захворювань, покращення ендоскопічної (90,9 %) та морфологічної (81,8 %) картини, нормалізація функціонального стану шлунка (93,7 %) при перевищенні ерадикаційного порогу у 80,0 %, у 3,2 рази частіше нівелювалися шкірні прояви ХА при зниженні індексу SCORAD до 18,92 ум.од., у 2,4 рази частіше встановлено нормалізацію імунологічних зрушень.

Висновок. Діти із ЗЗВВШКТ, асоційованими із цитотоксичним штамом *Caga N. pylori*, у поєднанні з ХА, потребують проведення комплексного лікування з включенням імунокорегуючого засобу, що дозволяє досягти швидкої клінічно-параклінічної та ендоскопічно-морфологічної ремісії, підвищити ефективність ерадикації на 22,7 %, знизити ризик розвитку рецидивів у 2,33 рази.

Ключові слова: діти; запальні захворювання верхніх відділів шлунково-кишкового тракту; харчова алергія; лікування.

Вступ

Запальні захворювання верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ЗЗВВШКТ) посідають провідне місце серед захворювань гастроуденальної ділянки в дітей старшої вікової категорії, часто характеризуються коморбідністю перебігу та розвитком ускладнень. Незважаючи на мультифакторність ЗЗВВШКТ, провідним етіологічним чинником їх розвитку є *H. pylori*, генетична структура якого зумовлює гетерогенність клінічного перебігу.

Останнім часом все більше з'являється робіт, у яких встановлено взаємозв'язок між перебігом захворювань шлунково-кишкового тракту та наявністю харчової алергії (ХА). Так, доведено спільний взаємодоповнюючий патогенетичний вплив ХА та патології верхніх відділів шлунково-кишкового тракту в дітей, що проявляється особливими механізмами розвитку запального процесу та клінічним перебігом [5]. Крім того, встановлено особливості клінічно-морфологічних змін слизової оболонки (СО) у дітей із ХА та визначено необхідність проведення ендоскопічного та імунологічного досліджень дітям із атопічним дерматитом [1].

Є світові регламентовані настанови щодо лікування гелікобактер-асоційованих захворювань

гастроуденальної ділянки в дітей [2, 7], окремо алергодерматозів [3]. Однак складність патогенетичних механізмів розвитку коморбідної патології спричиняє певні проблеми щодо пошуку адекватної ефективної терапії. Результати лікування ЗЗВВШКТ недостатньо задовільні, незважаючи на синтез нових поколінь ліків, розробку і впровадження нових схем і підходів, включаючи ерадикацію *H. pylori* [7]. На жаль сьогодні все частіше реєструють випадки резистентності *H. pylori* до відомих антибактеріальних препаратів, тому активно розробляються нові схеми лікування [6]. Також продовжуються пошуки щодо покращення ефективності алерген-специфічної терапії при харчовій гіперчутливості [4]. Проте дані щодо комплексного лікування поєднаної патології поодинокі, незважаючи на зростання частоти захворювань.

Тому метою нашої роботи було оцінити ефективність комплексного лікування ЗЗВВШКТ в дітей із цитотоксичним штамом *Caga N. pylori* та ХА із включенням імунокорегуючого засобу.

Матеріали та методи дослідження

Комплексно обстежено 44 дитини із ЗЗВВШКТ, асоційованими з *Caga N. pylori* в поєднанні з ХА,

віком 7-18 років, з них 54,5 % хлопчиків та 45,5 % дівчаток, $p > 0,05$. За нозологічною структурою переважали особи з хронічним гастродуоденітом (ХГД) – 68,2 % та 9,1 % склали пацієнти з хронічним гастритом, 22,7 % – ерозивно-виразковими ураженнями (ЕВУ) шлунково-кишкового тракту.

Клінічно-параклінічне та інструментальне обстеження дітей проводили відповідно до наказів МОЗ України №767 від 27.12.2005 року [2] та №670 від 04.07.2016 року [3], адаптованої клінічної постанови, заснованої на доказах «Атопічний дерматит» Державного експертного центру МОЗ України від 2016 року з урахуванням критеріїв входження дітей у дослідження (наявність ЗЗВВШКТ; шкірних проявів ХА; вік від 7 до 18 років; інформаційна згода батьків та пацієнтів на проведення запланованого обстеження), невходження (наявність ускладнень ЗЗВВШКТ; супутньої хронічної патології запального характеру; нехарчової алергії, шкірних проявів системних захворювань, вродженого імунодефіциту; інших імунозалежних захворювань; вік дитини до 6 років; отримання антибактеріальних та протиалергічних засобів впродовж останніх 3 місяців; терапія системними глюкокортикоїдами тривалістю більше 14 днів впродовж останніх трьох місяців; непідписання інформованої згоди батьками та пацієнтом на проведення запланованого обстеження; гіперчутливість до медикаментозних засобів, запропонованих в схемі лікування) та виходу пацієнта з дослідження (рішення припинити свою участь у дослідженні; недотримання комплаєнсу; поява у процесі дослідження критеріїв виключення).

Оцінка клінічних проявів ЗЗВВШКТ та ХА до та після лікування включала визначення вираженості ознак за візуально-аналоговою шкалою та тяжкості шкірних проявів ХА за шкалою SCORAD.

Функціональний стан ШКТ оцінювали шляхом визначення кислотопродукувальної функції шлунку на основі топографічної інтрагастральної рН-метрії (Чорнобровий В.М., 1990). Ендоскопічне дослідження проводили за стандартними методиками з трактуванням змін слизової оболонки гастродуоденальної ділянки відповідно до «Сіднейської системи» (1990) із урахуванням особливостей в дітей (Долецький С.Я., 1984) з подальшим проведенням морфологічного дослідження з метою оцінки змін слизової оболонки шлунку та ДПК з використанням візуально-аналогової шкали напівкількісної оцінки морфологічних змін M.F.Dixon (1996) в балах (0-3 ступені вираженості) за п'ятьма ознаками: вираженість хронічного запалення, його активність, засівання *H. pylori*, наявність атрофії та кишкової метаплазії, а також оцінкою стану ворсинок, власної пластинки та епітеліального шару клітин з характеристикою інфільтрації клітинними елементами власної пластинки та міжепітеліального шару. Ідентифікація *H. pylori* проводилася декількома методами: напівкількісна оцінка засівання *CO* *H. pylori* за методом Аруїна Л.І. (1998), цитоскопічна діагностика *H. pylori* при ендоскопії; визначення антигену *CagA* *H. pylori* в калі та специфічних імуноглобулінів класів М, А та G до антигену *CagA* *H. pylori* у сироватці крові методом імуно-

ферментного аналізу (ІФА). Імунологічний статус оцінювали на основі аналізу показників клітинної (Т- та В-лімфоцити, імунорегуляторний індекс), фагоцитарної (фагоцитарне число та фагоцитарний індекс) та гуморальної (циркулюючі імунні комплекси, концентрація Ig A, G, M, E) ланок імунітету у сироватці крові за загальноприйнятими методиками.

Залежно від схеми лікування діти розподілені на 2 групи: I група (22 особи) – діти із ЗЗВВШКТ, асоційованими з *CagA* штамом *H. pylori*, та ХА, що отримували протокольне лікування та імунокорегуючий засіб (рослинний біогенний препарат українського виробництва, діючою речовиною якого є ехінацея пурпурова, що чинить імуномодулюючу та протизапальну дію) по 100 мг 1 раз на добу дітям до 12 років та по 100 мг 2 рази на добу дітям після 12 років впродовж 10 днів; II група (22 особи) – діти із ЗЗВВШКТ, асоційованими з *CagA* штамом *H. pylori*, та ХА, які отримували лише протокольне лікування.

Була використана наступна схема антихелікобактерної терапії: препарат вісмуту (4-8 мг/кг/добу) + ніфурател (15 мг/кг/добу) + амоксицилін (25 мг/кг/добу) протягом 7-10-14 днів; у разі підвищення кислотопродукувальної функції шлунка додавали дітям до 12 років – фамотидин (1-2 мг/кг/добу), після 12 років – езомепразол (0,5-0,8 мг/кг/добу).

Порівняльну оцінку ефективності різних методів лікування проводили на основі аналізу часу редукції основних симптомів захворювання, терміну зникнення ознак запалення *CO* шлунку та ДПК та ознак ХА, розрахунку епідеміологічних показників ефективності лікування, тривалості ремісії.

Одержані результати аналізували за допомогою комп'ютерних пакетів Statistica 6.0 StatSoft Inc. та Excel XP для Windows з використанням параметричних і непараметричних методів обчислення з урахуванням зниження відносного ризику небажаної події та мінімальної кількості хворих, яких необхідно пролікувати для отримання одного позитивного результату.

Усі дослідження проведені з дотриманням основних положень та етичних принципів проведення наукових медичних досліджень за участю людини.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз клінічних проявів ЗЗВВШКТ показав позитивну динаміку основних синдромів у більшості дітей груп порівняння незалежно від схеми лікування. Проте, у хворих, які отримували комплексну терапію, діагностовано більш швидку редукцію гастроентерологічних симптомів ЗЗВВШКТ та шкірних проявів ХА, ніж у пацієнтів, що отримували лише протокольне лікування. Так, біль у дітей I групи в середньому нівелювався на (4,3 ± 0,4) добу після початку лікування, що на 2,5 доби швидше, ніж в осіб II групи, в яких больовий синдром зникав в середньому лише на (6,8 ± 0,3) добу, $p < 0,05$. Така ж тенденція виявлена щодо симптомів диспепсичного (I група – на (4,1 ± 0,2) добу, II група – на (6,3 ± 0,3) добу, $p < 0,05$) та астеновегетативного (I група – на (4,6 ± 0,1) день, II група – на (6,4 ± 0,2) день, $p < 0,05$) синдромів.

При зверненні до лікаря з суб'єктивними озна-

ками ЗЗВВШКТ у всіх дітей діагностовано шкірні прояви раніше встановленої ХА переважно у вигляді дифузних висипань на шкірі ексудативно-сквамозного характеру з ліхеніфікацією, що характеризувалися тяжким перебігом з високим індексом SCORAD, свербіжем та порушенням сну.

Після проведеного лікування свербіж шкіри зник у всіх дітей, які отримували комплексне лікування, та лише у 63,6 % осіб, що перебували на протокольній терапії, хоча вираженість даної ознаки у решта хворих II групи зменшилась.

У більшості пацієнтів груп порівняння діагностовано позитивну динаміку шкірних проявів ХА з кращими результатами в осіб, що отримували комплексне лікування (рис.).

Так, лише у третини (27,3 %) дітей I групи та у 77,3 % пацієнтів II групи після лікування залишились шкірні прояви ХА ($\chi^2=9,11$, $p<0,01$). При чому в жодної дитини, яка отримувала комплексну

терапію, не виявлено дифузних висипів на шкірі після лікування попри їх наявність у 40,9 % осіб при поступленні. Також у цій групі зменшилась кількість дітей із розповсюдженою формою з 45,5 % до 4,5 %, $p<0,01$. Натомість у II групі в I дитини з дифузною формою не виявлено позитивної динаміки шкірних ознак ХА, проте кількість осіб із розповсюдженою формою зменшилась вдвічі (54,5 % та 27,3 %, $p>0,05$).

Аналіз динаміки індексу SCORAD в процесі лікування в групах порівняння попри майже однакові значення при поступленні показав статистично значущу різницю показників після лікування з кращим регресом в дітей I групи. Так, індекс SCORAD у середньому в дітей I групи зменшився після лікування на 37,19 ум.од. (з $56,11 \pm 16,29$ ум.од. до $18,92 \pm 7,43$ ум.од., $p<0,05$), тоді як в II групі – лише на 13,51 ум.од. (з $52,33 \pm 19,93$ ум.од. до $38,82 \pm 9,32$ ум.од., $p>0,05$).

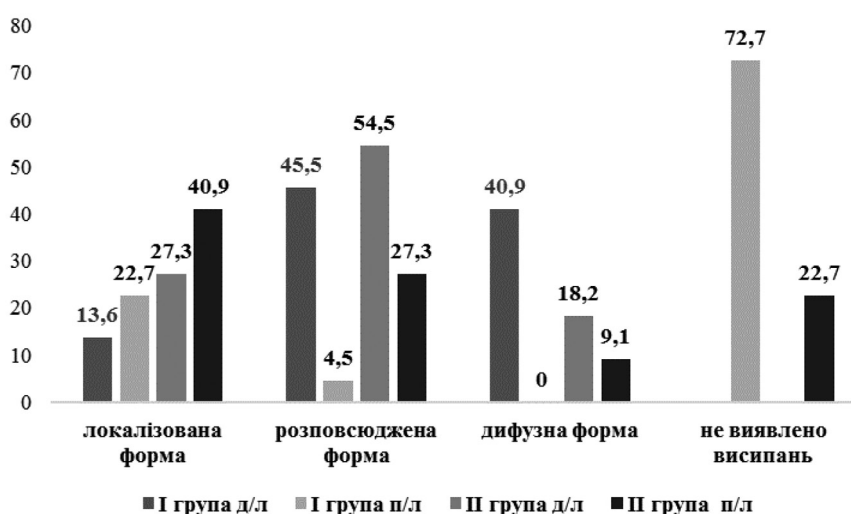


Рис. Шкірні прояви харчової алергії в дітей із запальними захворюваннями верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, (%) (д/л - до лікування, п/л – після лікування)

Слід зазначити, що в дітей груп порівняння до лікування зареєстровано виражений дисбаланс імунологічних показників із переважним зниженням Т-лімфоцитів, фагоцитарної активності нейтрофілів, IgA на тлі підвищення рівня В-лімфоцитів, циркулюючих імунних комплексів, загального IgE. Після лікування у 86,4 % хворих, що отримували комплексне лікування відмічено нормалізацію імунологічних показників, тоді як в групі дітей, які отримували лише протокольну терапію, цей показник становив 36,4 % ($\chi^2=9,58$, $p<0,05$). У 13,6 % дітей I групи та у 59,1 % осіб II групи не виявлено істотних змін після лікування в показниках імунограми, при чому у 4,5 % хворих II групи зареєстровано погіршення показників після лікування.

Відмічено розбіжності також і в динаміці рівня загального IgE в дітей груп порівняння після лікування. Так, у пацієнтів, які в комплексному лікуванні отримували імунокорегуючий засіб, рівень загального IgE знизився з ($387,4 \pm 35,7$) МО/мл до ($62,5 \pm 5,8$) МО/мл, $p<0,05$, натомість у II групі попри зниження показника в ході лікування різниця була незначною між значеннями до –

($341,6 \pm 31,9$) МО/мл та після – ($294,8 \pm 24,7$) МО/мл проведеної терапії $p>0,05$. Причому у 22,7 % дітей II групи діагностовано підвищення рівня загального IgE після лікування.

Результати ендоскопічного дослідження дітей після лікування показали кращу регенерацію СО шлунка та ДПК в дітей I групи з ЕВУ порівняно з хворими II групи. Так, у всіх осіб, що отримували комплексне лікування, на місці виразки відмічали наявність «білого рубця», тоді як у двох дітей, що отримували лише протокольне лікування, – рубця червоного кольору. Ознаки гастродуоденіту зберігалися лише 9,1 % осіб I групи, тоді як в хворих II групи діагностували у 45,5 % випадків ($p<0,05$).

У 72,7 % дітей I групи та у 68,2 % осіб II групи до лікування зареєстровано підвищення кислотопродукувальної функції шлунка. У процесі лікування більш швидко нормалізацію показників діагностовано в пацієнтів, що отримували комплексну терапію (93,7 % проти 53,3 %, $\chi^2=4,66$, $p<0,05$).

Дані морфологічного дослідження СО шлунка та ДПК в дітей груп порівняння підтвердили кращу ефективність комплексної терапії. Так, незважаючи на позитивну динаміку морфологічних по-

казників у дітей груп порівняння, у 18,2 % хворих I групи (n=11) встановлено I ступінь активності запалення, у решта осіб відмічено морфологічну ремісію, тоді як в II групі (n=11) у 63,6 % пацієнтів діагностовано ознаки II та III ступеня активності запалення (р<0,05). Також у дітей I групи не спостерігали набряк інтерстицію та фіброзні зміни строми, тоді як у всіх дітей II групи зареєстровано лише зменшення набряку інтерстицію зі збереженням у 36,4 % випадків фіброзних змін та у 27,3 % - порушення мікроциркуляції.

На жаль, у жодній групі нами не досягнуто повної ерадикації *H. pylori*, проте у дітей I групи цей показник перевищив 80,0% поріг (90,9 % проти 68,2 %, р<0,05).

Отже, включення в лікування дітей із ЗЗВВШКТ, асоційованих із цитотоксичним штамом *CagA H. Pylori*, та ХА знизить показник відносного ризику розвитку рецидивів у 2,33 рази ($\chi^2=6,77$, р<0,05) при мінімальній кількості хворих, яких необхідно пролікувати для досягнення позитивного результату – 1,57.

Річне лонгітудинальне спостереження за дітьми підтвердило ефективність комплексного лікування. Так, в I групі спостереження рецидивів ЗЗВВШКТ діагностовано лише у 9,1 % дітей, а шкірні прояви ХА – у 22,7 % пацієнтів, що у 4,0 рази та у 2,6 рази відповідно рідше, ніж в дітей II групи (рецидив ЗЗВВШКТ – у 36,4 % хворих, а шкірні прояви ХА – у 59,1 % пацієнтів). Через рік *H. pylori* діагностовано у 4,5 % дітей I групи та у 27,7 % пацієнтів II групи.

В цілому, слід зазначити, що застосування імунокорегуючого засобу в комплексному лікуванні дітей із ЗЗВВШКТ за наявності шкірних проявів

ХА та цитотоксичного штаму *CagA H. pylori* дозволило досягти більш швидкого нівелювання як суб'єктивних, так і об'єктивних проявів захворювань. Це, на нашу думку, можна пояснити підвищенням реагування макроорганізму на агресивний вплив зовнішніх чинників, зокрема токсигенного штаму гелікобактеру та харчового алергену, оскільки відомо, що за умов засівання цитотоксичним штамом *CagA H. pylori* відбувається більш виражений пошкоджуючий вплив на СО шлунка та ДПК. Проте, за умови ХА в дитини спостерігається зниження імунореактивності макроорганізму, у зв'язку з чим не спостерігається адекватної відповіді на патоген, а це, у свою чергу, призводить до більш виражених запальних змін в СО та запуску імунопатологічних процесів у шкірі, тим самим підтримуючи запалення. Тому, включення імунокорегувального засобу дозволяє нормалізувати імунну відповідь на дію зовнішнього агента.

Висновок

Отримані нами результати показали, що дітям із ЗЗВВШКТ, асоційованими з *CagA* штамом *H. pylori*, на тлі ХА доцільно до протокольного лікування додавати імунокорегуючий засіб з метою покращення імунної відповіді макроорганізму на вплив інфекційного патогену і харчового алергену та, як наслідок, більш швидкого настання клінічно-лабораторно-інструментальної ремісії.

Конфлікт інтересів

Автор не заявляв будь якого конфлікту інтересів.

Джерела фінансування. Самофінансування.

Література

1. Макрова ДО, Ревна МО, Гурина ОП, Насыров РА. Клинико-эндоскопическое и иммуногистохимическое исследования в диагностике и характеристике особенностей поражения желудочно-кишечного тракта у детей с пищевой аллергией. Вопросы детской диетологии. 2015;13(5):5-12.
2. Про затвердження уніфікованих протоколів за спеціальністю «Дитяча гастроентерологія». Наказ МОЗ України від 29.01.2013 р. № 59 [Інтернет]. Київ: МОЗ України; 2013 [цитовано 2019 Вер 14]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0059282-13/print>
3. Про затвердження Протоколів діагностики та лікування алергологічних хвороб у дітей. Наказ МОЗ України від 27.12.2005 р. № 767. [Інтернет]. Київ: МОЗ України; 2005 [цитовано 2019 Вер 14]. Доступно: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20051227_767.html
4. Пахольчук ОП. Короткострокові результати фармакотерапії в дітей із симптомами харчової гіперчутливості на шкірі. Фармакологія та лікарська токсикологія. 2018; 3(59):73-8.
5. Юдицкий АД. Особенности патогенеза гастродуоденальной патологии у детей с алергодерматозами (обзор литературы). Бюллетень медицинских Интернет-конференций [Интернет]. 2014[цитировано 2019 Сен 8];4(8):983-85. Доступно: <http://medconfer.com/files/archive/Bulletin-of-MIC-2014-08.pdf#page=9>
6. Brennan DE, Dowd C, O'Morain C, McNamara D, Smith SM. Can bacterial virulence factors predict antibiotic resistant *Helicobacter pylori* infection? *World J Gastroenterol*. 2018;24(9):971-81. doi: 10.3748/wjg.v24.i9.971.
7. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, Gisbert JP, Kuipers EJ, Axon AT, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection – the Maastricht V/Florence Consensus Report. *Gut*. 2017;66(1):6-30. doi: 10.1136/gutjnl-2016-312288.

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД
ЛЕЧЕНИЯ CAGA H. PYLORI–АССОЦИИРОВАННЫХ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ
С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ**

И. Я. Лозюк

**Высшее государственное учебное заведение
Украины «Буковинский государственный
медицинский университет»
(г. Черновцы, Украина)**

Резюме. По данным мировой статистики воспалительные заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ВЗВОЖКТ) занимают существенное место в структуре гастроэнтерологических заболеваний у детей, триггером развития которых является *H. pylori*, реализация патогенного влияния которого на слизистую оболочку (СО) осуществляется при наличии благоприятных условий, что обусловлено пищевой гиперреактивностью. Рекомендации по диагностике и лечению больных с хеликобактер-ассоцированными ВЗВОЖКТ постоянно совершенствуются, но при условии совмещения с пищевой аллергией (ПА) эта проблема еще полностью не решена и вызывает много дискуссий.

Цель работы – оценить эффективность комплексного лечения ВЗВОЖКТ у детей с цитотоксическим штамом *CagA H. pylori* и ПА с добавлением иммунокорректирующего препарата.

Материал и методы. Детальное клинико-параклиническое и инструментальное исследование до и через 4 недели после лечения, а также в катамнезе до года проведено 44 детям с *CagA H. pylori*-ассоцированными ВЗВОЖКТ и ПА в возрасте 7-18 лет. Оценена эффективность комплексного лечения с добавлением к протокольному иммунокорректирующего препарата на основании анализа времени клинической редукции основных гастроэнтерологических синдромов и кожных проявлений ПА, нормализации показателей иммунограммы, эндоскопической и морфологической картины СО желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), функционального состояния желудка, достижения эрадикации *H. pylori*.

Обсуждение. При условии включения в лечение иммунокорректирующего препарата у детей с ВЗВОЖКТ в сочетании с ПА отмечено более быстрое исчезновение основных гастроэнтерологических синдромов заболевания, улучшение эндоскопической (90,9 %) и морфологической (81,8 %) картины, нормализация функционального состояния желудка (93,7 %) при превышении эрадикационного порога в 80,0 %, в 3,2 раза чаще нивелировались кожные проявления ПА при снижении индекса SCORAD до 18,92 у.е., в 2,4 раза чаще отмечено нормализацию иммунологических сдвигов.

Вывод. Дети с ВЗВОЖКТ, ассоциированными с цитотоксическим штаммом *CagA H. pylori*, в сочетании с ПА требуют проведения комплексного лечения с включением иммунокорректирующего средства, что позволит достичь быстрой клинико-параклинической и эндоскопически-морфологической ремиссии, повысит эффективность эрадикации на 22,7 %, снизит риск развития рецидивов в 2,33 раза.

Ключевые слова: дети; воспалительные заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта, пищевая аллергия, лечение.

**A DIFFERENTIATED APPROACH
TO THE TREATMENT
OF CAGA H. PYLORI – ASSOCIATED
INFLAMMATORY DISEASES OF THE UPPER
GASTROINTESTINAL TRACT WITH FOOD
ALLERGY**

I. Lozyuk

**Higher State Educational Establishment
of Ukraine «Bukovinian State
Medical University»
(Chernivtsi, Ukraine)**

Summary. According to world statistics, inflammatory diseases of the upper gastrointestinal tract (IDUGIT) occupy a leading place in the structure of gastroenterological diseases in children, the trigger factor for the development of which is *H. pylori*, the realization of which pathogenic effect on mucosa occurs in the presence of favorable conditions created in particular by food hyperreactivity. Recommendations for the diagnosis and treatment of patients with Helicobacter-associated IDUGIT are continually being improved, however, when combined with food allergy (FA), this problem has not yet been fully resolved, and there is much discussion.

The aim of the study was to evaluate the effectiveness of complex treatment of IDUGIT in patients with cytotoxic strain *CagA H. pylori* and FA with the inclusion of an immuno-correcting agent.

Material and methods. Detail clinical, paraclinical, and instrumental studies were performed to 44 children with *CagA H. pylori*-associated IDUGIT and FA, 7-18 years of age, before and in 4 weeks after treatment, and in the annual catamnesis. The effectiveness of complex treatment with the addition of protocol immunocorrective agent on the basis of the analysis of time of clinical reduction of the main gastroenterological syndromes and skin manifestations of FA, normalization of indicators of immunogram, endoscopic and morphological picture of stomach and duodenum mucosa, functional state of the stomach, achieving eradication of *H. pylori*.

Discussion. With the inclusion in the treatment of immunocorrective agent in children with IDUGIT in combination with FA, a faster disappearance of the main gastroenterological syndromes of diseases, improvement of endoscopic (90.9%) and morphological (81.8%) picture, normalization of the functional state of the stomach was noted. %) when the eradication threshold was exceeded by 80,0%, skin manifestations of FA were reduced 3.2 times more often by reducing the SCORAD index to 18.92 p., normalization of immunological shifts was found 2.4 times more frequently.

Conclusion. Children with IDUGIT associated with the cytotoxic strain of *CagA H. pylori*, in combination with FA, require complex treatment with the inclusion of an immuno-correcting agent, which will allow rapid clinical-paraclinic and endoscopic-morphological efficacy, 7 %, will reduce the risk of relapse by 2.33 times.

Keywords: Children; Inflammatory Diseases of the Upper Gastrointestinal Tract; Food Allergy; Treatment.

Контактна інформація:

Лозюк Ірина Ярославівна - асистент кафедри педіатрії та медичної генетики, Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці, Україна)

Контактна адреса: пл. Театральна 2. м. Чернівці, 58002, Україна

Контактний телефон: +38(095)4204628

e-mail: irynalozyuk@ukr.net

Контактная информация:

Лозюк Ирина Ярославовна - ассистент кафедры педиатрии и медицинской генетики Высшего государственного учебного заведения Украины «Буковинский государственный медицинский университет» (г. Черновцы, Украина)

Контактный адрес: ул. Театральная 2. г.Черновцы, 58002, Украина

Контактный телефон: +38 (095) 4204628

e-mail: irynalozyuk@ukr.net

Contact Information:

Irina Lozyuk - Assistant Professor, Department of Pediatrics and Medical Genetics Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University» (Chernivtsi, Ukraine).

Contact Address: Teatralna Square, 2, Chernivtsi, 58000, Ukraine.

Contact phone: +38 (095) 4204628

e-mail: irynalozyuk@ukr.net

© О.О. Старець, Т.М. Хіменко, 2019

© I. Lozyuk, 2019

Надійшло до редакції 02.10.2019 р.

Підписано до друку 15.12.2019 р.
