

проявів функціональної диспепсії. Діагностика функціональної диспепсії передбачає різноманітну комбінацію проявів порушення моторно - евакуаційної функції системи травлення, пов'язана з незрілістю іннервації без структурних або біохімічних змін. У той час як особливості ПДС у дорослих достатньо досліджені і, за даними літератури, спостерігаються майже у 10% населення, в педіатрії своєчасна діагностика його у різних вікових групах має певні труднощі.

Мета дослідження: оцінка вікових особливостей перебігу ПДС у дітей та підлітків.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходились діти двох вікових груп з проявами ПДС: 1 група -23 дитини (12 дівчаток і 11 хлопчиків) віком від 6 до 12 років, 2 група - 25 пацієнтів (12 дівчаток і 13 хлопчиків) підліткового віку. Обстеження хворих включало: аналіз анамнестичних даних; загальні клінічні та біохімічні обстеження, інструментальні дослідження: ультразвукове обстеження органів гепатобіліарної системи і підшлункової залози, фіброезофагогастродуоденоскопія. Верифікація наявності інфекції *Helicobacter pylori* проводилась неінвазивними методами - дихальним уреазним тестом або визначенням антигену *Helicobacter pylori* в калі ПЛР.

Результати дослідження та їх обговорення. У всіх пацієнтів виявлені скарги загального характеру і диспепсичні прояви - стомлюваність, головний біль, зниження апетиту, нудота, відрижка, відчуття переповнення в епігастрії і здуття шлунку, періодичне блювання, метеоризм. Діти молодшої вікової групи часто мали труднощі з описом свого відчуття дискомфорту, що може стати причиною несвоєчасної діагностики функціональних розладів травлення. При проведенні порівняльного аналізу виявлено, що тригерними факторами розвитку ПДС у молодшій групі були нераціональне харчування, швидке ковтання недостатньо розжованої їжі, спадкова схильність до гастродуоденальної патології, повторні курси призначення антибактеріальної терапії та супутні захворювання нервової системи. У старшій віковій групі мали місце зазначені фактори, але 44% підлітків пов'язували появу ПДС з емоціональними навантаженнями. Ізольовані прояви ПДС, такі як рання ситість, важкість після вживання їжі, високе здуття черева, спостерігались у 9 дітей молодшого віку (39,1%) і 7 підлітків (28%). У 23 дітей 1 групи (60,9%) та 18 (72%) з 2 групи відмічена сукупність проявів ПДС з синдромом епігастрального болю. В старшій групі скарги на періодичну печію були у 48% пацієнтів, тоді як у молодшій групі на це вказало тільки 2 дітей (8,69%). У підлітковому віці до ПДС і ЕБС приєднувались і прояви синдрому подразненого кишечника (СПК), який був діагностований у 7 (28%) пацієнтів, в той час, як у молодшій групі прояви СПК виявлені у 3 (13%) дітей.

Висновки. Діагностику та лікування функціональних розладів травлення і ПДС у дітей необхідно проводити з урахуванням вікових особливостей перебігу. Нормалізація способу життя, елімінаційна дієта та призначення прокінетиків забезпечило зменшення проявів ПДС у всіх пацієнтів, що сприяло поліпшенню якості життя хворих дітей.

ТЕНДЕНЦІЇ ДИТЯЧОГО ХАРЧУВАННЯ

Підкова В.Я., Пащенко І.В., Круть О.С., Соляник О.В., Безсмертна Ж.В., Дейнега В.А.
Запорізький державний медичний університет

Питання харчування, вигодовування дітей завжди знаходяться в полі зору не тільки нутріціологів, дієтологів, але й педіатрів, сімейних лікарів та лікарів вузьких спеціальностей.

Наш багаторічний досвід спостереження за дітьми різного віку, за їх фізичним, нервово-психічним, соціальним розвитком та харчуванням надає право говорити про визначені окремі закономірності, формування означених стереотипів поведінки та харчових звичок і вподобань.

Матеріали та методи. Під нашим наглядом знаходилось більше 2000 дітей різного віку, статі та стану здоров'я. Розподілили всю досліджувану групу за віком на три підгрупи, в які увійшли: дошкільнята (587 дітей), діти молодших класів (837 дітей) та старшокласники (645 дітей). Вивчали кратність харчування, раціони, кількісний та якісний склад продуктів, харчові вподобання. Дослідження проводилось понад 20 років. З'явилася можливість порівняти зміни, що відбуваються з часом.

Результати. У групі дошкільнят відзначено, що з часом кратність годувань зберігається на рівні 4-5 разів, незалежно від того, чи організована дитина, чи ні. Серед харчових уподобань за 20 років відбулися зміни. Якщо на початку століття найсмачнішими продуктами дошкільнята вважали цитрусові, виноград, яблука, моркву, то через 10 років це були льодяники, здоба, десерти, торти; а в останні часи - бургери, пепсі-кола, шоколад та картопля "фрі".

В групі дітей молодших класів кратність годувань і режим харчування, в більшості випадків, зберігається на рівні 4: сніданок - вдома; другий сніданок, інколи й обід - в школі; а вечірній обід відбувається вдома. Серед харчових уподобань діти відзначають бутерброди з ковбасою, сосиски, солодкі газовані напої, печиво, цукерки; в останнє десятиріччя з'явилися чіпси, сухарики, шаурма.

В групі старшокласників зберігається найбільший відсоток дітей, які не дотримуються режиму харчування. Так, близько 80% підлітків не снідають, причому більшість із них - дівчатка. З віком відмова від сніданку стає все більш розповсюдженим явищем, що свідчить про формування в школярів перших ознак нераціональної харчової поведінки. Шкільні обіди серед старшокласників залишаються не в тренді, тому найчастіше вони або самостійно вибирають їжу в шкільних їдальнях, або взагалі їх не відвідують. Серед причин для відмови від харчування в їдальнях найчастіше зустрічаються такі як: великі черги, недостатньо часу на перервах, незручність їдальні, незначний вибір продуктів, несмачна їжа. Серед харчових уподобань у старшокласників залишаються чіпси, сухарики, шаурма, бургери, шоколадні батончики, кока- та пепсі-кола, солодкі газовані напої; останнім часом з'явилися кава на ходу, енергетичні напої та, навіть, слабоалкогольні напої.

Висновки. Змінюється час, змінюються діти, змінюються вподобання, але незмінно залишаються в раціонах наших дітей продукти, які ми називаємо "харчовим сміттям", шкідливими продуктами, що призводить до формування в майбутньому нової, нерациональної харчової поведінки та нових харчових звичок вже наступного покоління. Тому ми вважаємо доцільним не тільки спостерігати, а й впливати на стан харчування дітей, особливо шкільного віку. Майданчиком для впливу може стати організація та удосконалення просвітницької роботи лікарів з питань здорового харчування серед вчителів, батьків, школярів із залученням всіх до активних змін.

ПАРАДИГМА СІМЕЙНО ОРІЄНТОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В НЕОНАТАЛЬНИХ ВІДДІЛЕННЯХ

Плеханова Т.М., Остронецька В.М.

Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро

Мета. Сімейно орієнтована медична допомога в неонатальних стаціонарах дозволяє знизити ризики "некомфортних" умов для батьків/родини, надає можливість відчутти їх важливу роль у лікуванні немовлят, дозволяє оволодіти необхідними навичками для подальшого догляду за дитиною, сформувати партнерські взаємовідносини між членами родини та медичними працівниками.

Матеріали та методи. Проведено анонімне анкетування матерів, діти яких лікувалися в неонатальних відділеннях ДСКМЦ матері та дитини ім. проф. М.Ф.Руднева. Це були жінки різного віку: 26-35 років (59%), 18-25 років (30%), старші 35 років (7%), молодші 18 років (3%). Більшість з них мала вищу (67%) та спеціальну середню (22%) освіту. В кожній третій жінки (29,6%) дитина була другою або третьою.

Результати дослідження та їх обговорення. Анкети жінок були розділені на 3 групи. Респонденти 1-ої групи (55%) - матері, які почали доглядати за дітьми з перших днів. Майже усі жінки (94%) мали бажання та були готові допомагати своїй дитині, комфортно почували себе біля них, не відчували тривоги (84%), вважали себе активними учасниками обстеження і лікування дітей (79%). Більшість (69%) відмітила, що вже на 3-4 добу впевнено виконувала такі навички, як годування, в тому числі й годування через зонд, сповивання, гігієнічні процедури. Ці матері виглядали врівноваженими і формували позитивний психологічний клімат у відділенні, а 65% з них були готові підтримувати інших жінок. У більшості з них (85%) була впевненість у позитивних результатах лікування. Вони могли оцінити стан дитини, добре розуміли поведінкові реакції та особливості своїх дітей (74%), високий ступінь довіри до медичних працівників мали 98%. Респонденти 2-ї групи (33%), які почали доглядати за дітьми на другому тижні, також швидко оволоділи навичками, але впевненість з'явилася тільки на 6-7 день догляду. Невпевненість у своїх діях відчували 32%, їм були необхідні постійні консультації та допомога медичних працівників. Слід відмітити, що підвищений рівень тривоги в цій групі мали 40% матерів, а в позитивних результатах лікування сумнівалися 18%. Не відчували психологічного комфорту й вимагали тривалих спілкувань 30% респондентів даної групи. Повністю довіряли медичним працівникам 87%. До виписування та догляду в подальшому були готові 93%, але сподівалися на консультативну допомогу й надалі. До 3-ї групи (12%) увійшли матері, які не перебували з дітьми постійно (за різних обставин). На більшість запитань респонденти цієї групи відповіли: "Не можу оцінити", "Маю сумніви", "Не впевнена" (63%). Біля дітей вони почували себе "зайвими", в основному наглядали за діями медичних працівників. Простими навичками догляду оволоділи 86% жінок, але жодна з них не могла оцінити стан дитини та її поведінкові реакції. В них було мало запитань стосовно обстеження та лікування, частіше запитували "Коли нас випишуть додому?". Більшість (87%) були готові до виписування дитини, при цьому маючи на увазі "Вдома і стіни допомагають", "У мене буде багато помічників".

Висновки. Чим раніше мати/родина мають можливість бути біля дитини, брати участь у виходжуванні, вигодовуванні, обговорювати діагностичні та лікувальні процедури з лікарем, тим вищий рівень їх психологічного комфорту, ступінь довіри до медичних працівників, більша впевненість у позитивних результатах. Вважаємо за необхідне проводити постійне анкетування батьків дитини і в подальшому, що дозволить поліпшити догляд за дитиною в стаціонарних умовах, налагодити спадкоємність у наданні медичної допомоги на амбулаторному етапі. Такий підхід може бути дієвим запобіжником скарг та конфліктних ситуацій.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ МІКРОБІОМУ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

Попов С.В., Профатило А.О.

Сумський державний університет

Процеси адаптації новонародженого до позаутробного існування є важливими факторами, які визначають подальший успішний ріст і розвиток дитини. Досить важливе місце займають події, що відбуваються в шлунково-кишковому тракті, які мають відношення перш за все до заселення його мікроорганізмами з формуванням відносно сталої спільноти в подальшому житті. Роль мікробіому важко переоцінити - на даний момент він впливає не тільки на соматичний розвиток, особливості місцевої та системної імунної відповіді, патогенез захворювань, але й на інтелектуальний розвиток також. Генетичні фактори, особливості перебігу неонатального періоду, здоров'я матері і дитини, навколишнє середовище надають різноспрямований модулюючий вплив на процес утворення мікробіому. Вивчення цих факторів має велике значення для розуміння розвитку функціональних відхилень і захворювань органів та систем у новонародженого, дитини старшого віку і дорослого.

Стандартним і діючим положенням є уявлення про те, що заселення кишечника відбувається після народження. Натомість, деякі дослідження вказують на можливість присутності мікроорганізмів в кишечнику у плода ще до народження. Молекулярними методами