

Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології

Липень/Вересень 2017
Том 11 №3

July/September 2017
Volume 11
Number 3

В НОМЕРІ:

ПЕДІАТРІЯ:

Актуальні проблеми педіатрії. Матеріали XII конгресу педіатрів України (10-12 жовтня 2017 р., м. Київ)

Ефективність застосування гомеопатичного комбінованого препарату при лікуванні інфекції верхніх дихальних шляхів у дітей дошкільного віку

Ефективність препаратів рослинного походження при риносинуситах з позиції доказової медицини

Застосування та ефективність препарату рослинного походження при респіраторній патології у дітей



International Journal of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology

МІЖНАРОДНИЙ ЖУРНАЛ ПЕДІАТРІЇ, АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ

Головний редактор

В.Г. Майданник (Київ, Україна)

Заступники головного редактора

О.З. Гнатейко (Львів, Україна)
Б.С. Каганов (Москва, Російська Федерація)
В.О. Бенюк (Київ, Україна)
В.М. Запорожан (Одеса, Україна)

Відповідальний секретар

Н.М. Суходольська

Науковий редактор

І.О. Мітюряєва

Редакційна колегія

Аббатов В.В. (Київ, Україна)	Федерація)	Маменко М.Є. (Луганськ, Україна)
Абатуров О.Є. (Дніпропетровськ, Україна)	Захарова І.М. (Москва, Російська	Маркін Л.Б. (Львів, Україна)
Авраменко Т.В. (Київ, Україна)	Федерація)	Маркевич В.Е. (Суми, Україна)
Антипкін Ю.Г. (Київ, Україна)	Зейгарник М.В. (Москва, Російська	Медвідь В.І. (Київ, Україна)
Аряєв М.Л. (Одеса, Україна)	Федерація)	Моренко М.О. (Астана, Казахстан)
Багдасарова І.В. (Київ, Україна)	Зрячкін М.І. (Саратов, Російська	Нечитайло Ю.М. (Чернівці, Україна)
Беляєва Л.М. (Мінськ, Білорусь)	Федерація)	Омельченко Л.І. (Київ, Україна)
Бойчук А.В. (Тернопіль, Україна)	Камілов А.І. (Ташкент, Узбекистан)	Павлишин Г.А. (Тернопіль, Україна)
Вдовиченко Ю.П. (Київ, Україна)	Квашніна Л.В. (Київ, Україна)	Пирогова В.І. (Львів, Україна)
Венцківський Б.М. (Київ, Україна)	Клименко Т.М. (Харків, Україна)	Потапов В.О. (Дніпропетровськ, Україна)
Волков І.К. (Москва, Російська Федерація)	Колоскова О.К. (Чернівці, Україна)	Сенаторова Г.С. (Харків, Україна)
Вороненко Ю.В. (Київ, Україна)	Коренєв М.М. (Харків, Україна)	Сміян І.С. (Тернопіль, Україна)
Вохідов А.В. (Душанбе, Таджикистан)	Коровіна Н.О. (Москва, Російська	Сміян О.І. (Суми, Україна)
Геппе Н.А. (Москва, Російська Федерація)	Федерація)	Содер О. (Стокгольм, Швеція)
Горєлов А.В. (Москва, Російська	Короленко В.В. (Київ, Україна)	Степанківська Г.К. (Київ, Україна)
Федерація)	Крамарєв С.О. (Київ, Україна)	Тяжка О.В. (Київ, Україна)
Гречаніна О.Я. (Харків, Україна)	Крючко Т.О. (Полтава, Україна)	Узакбаєв К.А. (Бішкек, Киргизстан)
Дудник В.М. (Вінниця, Україна)	Лінне Т. (Стокгольм, Швеція)	Хайтович М.В. (Київ, Україна)
Жабченко І.А. (Київ, Україна)	Лукашук В.Д. (Київ, Україна)	Шамсієв Ш.С. (Ташкент, Узбекистан)
Жук С.І. (Київ, Україна)	Мальцев С.В. (Казань, Російська	Шунько Є.Є. (Київ, Україна)
Зайцева О.В. (Москва, Російська	Федерація)	Чуриліна А.В. (Київ, Україна)

Видавці: Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
Євразійська асоціація педіатрів

Адреса редакції: вул. Л. Толстого, 10, 01601 Київ, Україна

E-mail: ijpog.editor@gmail.com; ijpog.editor@ukr.net

Тел.: +38 044 234 53 75; **Факс:** +38 044 235 53 45

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ У ДІТЕЙ

Пашенко І.В., Підкова В.Я., Круть О.С.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Функціональні гастроінтестинальні розлади є найпоширенішою патологією органів травлення в дитячому віці, що зустрічаються як у новонароджених та немовлят, так і у старших дітей та підлітків. Діагностика функціональної диспепсії (ФД) базується на різноманітній комбінації проявів порушення моторно-евакуаторної функції системи травлення, з незрілістю іннервації без структурних або біохімічних змін. З 2006 року в світовій практиці розпочалось широке використання Римських критеріїв III для діагностики ФД на основі доказової медицини. Але нові дослідження і подальша робота експертів по оновленню та уточненню критеріїв привела до прийняття у травні 2016 року Римських критеріїв діагностики IV (перегляду). Сучасна версія Римських критеріїв діагностики базується на анатомічному принципі та характеризує гастроінтестинальні розлади як «розлади взаємодії «кишка–головний мозок»» (disorders of gut-brain interaction). В останньому Римському перегляді надається перевага посиндромній діагностиці, відокремлюючи синдром епігастрального болю і постпрандіальний дистрес-синдром.

Мета дослідження: вивчити особливості проявів функціональних гастроінтестинальних розладів у дітей шкільного віку.

Матеріал та методи. Під спостереженням перебувало 65 дітей віком від 7 до 16 років (39 дівчаток і 26 хлопчиків) з підтвердженим діагнозом функціональної диспепсії, жителів м. Запоріжжя. Обстеження хворих включало: аналіз анамнестичних даних; загально клінічне обстеження, лабораторне (клінічний аналіз крові та сечі, копрограма, копроовоскопічний аналіз для виявлення гельмінтозів, визначення активності трансаміназ, загального білірубину та його фракцій, лужної фосфатази); інструментальні дослідження: ультразвукове обстеження органів гепатобіліарної системи і підшлункової залози (УЗД), фіброезофагогастроудуоненоскопія.

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами аналізу клінічних проявів виявлено, що абдомінальний больовий синдром спостерігався у всіх дітей, але синдром епігастрального болю був у 56,9% дітей. Ізольовані прояви постпрандіального дистрес-синдрому, такі як рання ситість, важкість після вживання їжі, високе здуття черева, спостерігались тільки у 3 дітей (4,62%). У 22 дітей (33,85%) відмічено сукупність проявів постпрандіального дистрес-синдрому з синдромом епігастрального болю. Супутньою патологією у 19 дітей з ФД (29,2%) були функціональні розлади біліарного тракту, у 9 (13,85%) – синдром подразненого кишечника, а в 2 випадках (3,08%) – гастрозофагальний рефлюкс. Тригерними факторами розвитку ФД були нераціональне харчування, спадкова схильність до гастродуоденальної патології, повторні курси призначення антибактеріальної терапії, емоціональні навантаження і супутні захворювання нервової системи.

Таким чином, синдром епігастрального болю, постпрандіальний дистрес синдром та функціональні розлади біліарного тракту є поширеними частинами функціонального спектру диспепсії у дітей. Ізольовані форми проявів ФД зустрічаються у дитячому віці рідко, що треба враховувати при призначенні лікування в клінічній практиці.

ОСОБЛИВОСТІ ЕКГ У ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Пеший М.М., Танянська С.М.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава

Проблема артеріальної гіпертензії (АГ) на сучасному етапі залишається актуальним питанням підліткової кардіології. Одним із основних факторів ризику розвитку гіпертонічної хвороби (ГХ) та ішемічної хвороби серця (ІХС) у дорослих є АГ в дитячому віці. Як відомо, при АГ нерідко спостерігаються різноманітні зміни з боку серцево-судинної системи, скрининговим методом яких у дітей із АГ є електрокардіографія (ЕКГ).

Нами обстежено 40 дітей віком 12-15 років (24 хлопчика і 16 дівчаток), у яких вперше було виявлено стійке підвищення АТ до високих цифр. Запис ЕКГ проводили по стандартній методиці у 12 відведеннях на апараті «Мідас ЕК1Т» (Україна).

Аналіз отриманих результатів дослідження свідчив, що у дітей з АГ частіше спостерігались порушення ритму серця та провідності. Так, синусова тахікардія відмічена у 16% дітей, тоді як синусова брадікардія реєструвалась тільки у 8% обстежених. У 18 дітей (45%) відмічена синусова аритмія, а у 8 – ектопічний ритм у вигляді суправентрикулярної та шлуночкової екстрасистолії. Уповільнення AV-провідності спостерігалось у 8%, міграція водія ритму по передсердям – 7,3 % дітей, синдром ранньої реполяризації шлуночків – у 6,7% обстежених, що свідчить про вплив вегетативної нервової системи на регуляцію ритму серця. Практично у всіх хворих (65%) відмічено порушення метаболічних процесів в міокарді лівого шлуночка у вигляді зниження зубця Т та змін сегменту ST відносно ізолінії. Ознаки електричної активності лівого шлуночка

ка спостерігались у 8% хворих з АГ, а 5% випадків відмічені ознаки гіпертрофії лівого шлуночка, що може бути маркером розвитку ГХ в подальшому.

Таким чином, у дітей з синдромом АГ спостерігаються різноманітні зміни на ЕКГ, що свідчить про підвищену чутливість міокарда до нейрогуморальних впливів та дисбаланс вегетативних реакцій, що визначає різноманітну клінічну симптоматику у цих хворих і необхідність враховувати її при призначенні лікувальних заходів хворим із АГ.

ПРОБЛЕМА ХАРЧУВАННЯ ШКОЛЯРІВ

Підкова В.Я., Пащенко І.В., Шульга А.О., Радутна О.А.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

Харчування школярів – це проблема, яка завжди знаходилась у полі зору педіатрів, дієтологів, а з деякого часу – і сімейних лікарів. У дитячому віці закладається основа майбутнього способу життя людини, а обраний алгоритм харчування може як знизити, так і підвищити ризик придбання в подальшому серйозних захворювань. В сучасних умовах це питання набуває актуальності завдяки формуванню у дітей взагалі і в школярів, зокрема, дієтичних звичок, що впливають на стан здоров'я дитини, як в короткостроковій перспективі (формування захворювань шлунково-кишкового тракту), так і в довгостроковій (ожиріння, цукровий діабет, гіпертонічна хвороба та ін.).

Нашою метою стало дослідити харчування і захворюваність школярів загальноосвітніх шкіл за результатами опитування школярів і їх батьків.

За результатами проведеного дослідження розбіжності у відповідях були значними. Так, 88% батьків вважають, що їхні діти харчуються 3-4 рази на день. Водночас, після опитування дітей, встановлено, що тільки половина опитаних школярів (43%) приймають їжу 3-4 рази на день, 39% – 2-3 рази, а 18% школярів – 1-2 рази на день. Значні відмінності в харчуванні встановлено між учнями молодших і старших класів: в той час, як серед першокласників близько 5% не дотримуються рекомендованого режиму харчування, серед старшокласників таких дітей – майже 75%. З віком у школярів формується звичка йти до школи без сніданку, причому частіше це явище стосується дівчаток (48%). Більшість опитаних школярів (74%) самостійно вибирають їжу в шкільних їдальнях. Не відвідують їдальні і взагалі не приймають їжу протягом навчального дня близько 19% старшокласників. Причини відмов від харчування в шкільних їдальнях такі: недостатність часу на перервах, черги в їдальнях, бідний асортимент, низькі смакові якості готових блюд. 6% дітей мають звичку взагалі не приймати їжу за межами дому. Серед відвідувачів їдальні більшість школярів – 55% в якості перекусів віддають перевагу здобі й печиву, 23% – чіпсам, сухарикам, цукеркам, 13% – газованим напоям, і тільки 9% – сокам та фруктам.

Що стосується вихідних днів, то за даними опитування, режим харчування школярів значно відрізняється від рекомендованих норм. Серед першокласників тільки 41% дітей харчуються 4 рази на день, 46% – тричі на день, 9% – двічі на день. З віком кількість школярів, які приймають їжу 4 рази на день у вихідні дні, зменшується до 18%.

Захворювання шлунково-кишкового тракту у дітей молодших класів, за даними батьків, спостерігаються в 11% опитуваних. З віком відсоток хвороб травної системи зростає до 37%. Збільшується кількість дітей із зайвою вагою (від 7% до 21%). За даними медичних обстежень відсоток захворювань шлунково-кишкового тракту у школярів більший.

Таким чином, порушення режиму харчування формує в школярів дієтичні звички, які в подальшому призводять до нерационального, незбалансованого харчування, і як наслідок – до формування порушень у стані здоров'я.

ОСОБЛИВОСТІ СТАНУ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ НА ТЛІ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Починок Т.В.¹, Павленко О.В.², Васюкова М.М.¹, Казакова Л.М.¹, Мельничук В.В.²

¹ Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ

² Національна академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, м. Київ

Мета – дослідити стан органів травної системи у дітей з недиференційованою дисплазією сполучної тканини (НДСТ).

Обстежено 150 дітей з НДСТ та 30 здорових дітей 14-18 років. Виявлено, що частота аномалій внутрішніх органів, за даними ультразвукового дослідження (УЗД), у вигляді деформації жовчного міхура з клінічними ознаками дисфункції жовчних шляхів корелювала з тяжкістю проявів НДСТ ($r=0,97$). В середньому у дітей з НДСТ зареєстровано 57% дітей з деформацією жовчного міхура (ДЖМ), у дітей з тяжкою формою НДСТ (10 фенотипових ознак та більше) ДЖМ виявили практично в кожному випадку (98%). У половини дітей при УЗД жовчного міхура виявлено осад в жовчі, що можна розцінити як фізико-хімічну стадію жовчнокам'яної хвороби з холестазом. Тільки у дітей з MASS –