

**Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»
Всеукраїнська громадська організація
«Асоціація педіатрів-гастроентерологів та
нутріціологів України»**



**МАТЕРІАЛИ
науково-практичної конференції
з міжнародною участю**

**“СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ
ПЕДІАТРИЧНОЇ ДІЄТОЛОГІЇ”**



20 квітня 2017 року, м. Чернівці

Чернівці, 2017

УДК 616-053.2:615.874.2:613.2

Сучасні проблеми педіатричної дієтології / Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, Чернівці, 20 квітня 2017 р. – Чернівці: Медуніверситет, 2017. – 115 с.

У збірнику представлені матеріали тез науково-практичної конференції з міжнародною участю “Сучасні проблеми педіатричної дієтології” (Чернівці, 20.04.2017 р.) зі стилістикою та орфографією в авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам дитячої дієтології та нутриціології.

Науково-практична конференція внесена до Реєстру з’їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій, які проводимуться у 2017 році, Міністерства охорони здоров’я України.

Наукова та загальна редакція –

д.мед.н., професор

Сокольник С.В.

Редактор та коректор –

к.мед.н.

Андрійчук Д.Р.

©Медуніверситет, 2017

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ДІЄТИЧНОГО ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ

Сорокман Т.В.

Кафедра педіатрії та медичної генетики

Вищий державний навчальний закладу України

«Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

Харчування є одним із основних факторів, що визначають здоров'я населення і сприяють активному довголіттю. Дисбаланс надходження з їжею макро- і мікронутрієнтів зумовлює зниження опірності організму до несприятливих факторів навколишнього середовища і створює умови для розвитку тієї чи іншої патології. Захворювання, виникнення і розвиток яких пов'язаний із неправильним харчуванням, називають аліментарно-залежними.

В основі розвитку аліментарно-залежних захворювань лежать багатофакторні порушення, які реалізуються на рівні геному, протеому і метаболому людини. Результати численних досліджень свідчать про те, що різні компоненти їжі, природні біологічно активні сполуки рослинного походження, а також активні проміжні метаболіти, що утворюються в результаті їх гідролізу, є потужними факторами, що чинять цілеспрямований і опосередкований вплив на експресію генів, синтез білків, в тому числі і ферментів, які визначають специфічність, кінетичні особливості і спрямованість метаболічних процесів.

Корекція порушень харчового статусу і зниження ризику розвитку при адекватному забезпеченні енергетичних і пластичних потреб організму є одним із центральних місць в стратегії лікувально-профілактичних заходів у хворих дітей. На всіх етапах надання медичної допомоги при гострих і хронічних захворюваннях необхідна адаптація дієтичного (лікувального) харчування до

індивідуальних особливостей дитини на основі даних геномного, протеомного і нутріметаболомного аналізу (персоналізована дієтотерапія).

Лікувальне харчування – харчування, яке забезпечує задоволення фізіологічних потреб організму дитини в харчових речовинах і енергії з урахуванням механізмів розвитку захворювання, особливостей перебігу основного і супутнього захворювань і виконує профілактичні та лікувальні завдання.

Лікувальне харчування є невід'ємним компонентом лікувального процесу і профілактичних заходів, включає в себе харчові раціони, які мають встановлений хімічний склад, енергетичну цінність, складаються з певних продуктів, у тому числі спеціалізованих продуктів лікувального харчування, що піддаються до відповідної технологічної обробки.

Харчові раціони, які мають встановлений хімічний склад, енергетичну цінність, складаються з:

- традиційних харчових продуктів, вироблених із продовольчої сировини, отриманої за традиційною технологією або з використанням біотехнології;

- спеціалізованих продуктів – харчових продуктів із встановленим хімічним складом, енергетичною цінністю і фізичними властивостями, доведеним лікувальним ефектом, які надають специфічний вплив на відновлення порушених або втрачених у результаті захворювання функцій організму, профілактику цих порушень, а також на підвищення адаптивних можливостей організму.

- продуктів дієтичного (лікувального) харчування - харчових продуктів, призначених для використання в складі лікувальних дієт, отриманих шляхом технологічної або хімічної модифікації традиційних харчових продуктів (у тому

числі продукти низькокалорійні, безсольові, збагачені вітамінами, мінеральними речовинами тощо);

- харчових інгредієнтів: концентратів харчових речовин (білка, поліненасичених жирних кислот, харчових волокон, вітамінів, мінеральних речовин тощо) - сумішей у сухому або рідкому вигляді, що застосовуються в якості компонента приготування готових страв для дієтичного (лікувального і профілактичного) харчування (у тому числі суміші білкові композитні сухі);

- продуктів, які призначені для вживання їх в якості самостійних продуктів (страв) замість окремого прийому їжі або раціону в цілому (у тому числі суміші для ентерального харчування, призначені для нутритивної підтримки).

- біологічно активних добавок до їжі - концентратів природних і (або) ідентичних природним біологічно активних речовин (у тому числі поліненасичених жирних кислот, харчових волокон, вітамінів, мінеральних і біологічно активних речовин), а також пробіотичних мікроорганізмів, призначених для вживання одночасно з їжею.

Загальні практичні рекомендації щодо зміни характеру харчування:

- споживати різноманітну їжу, що включає різні продукти, як тваринного, так і рослинного походження. Інші продукти тваринного походження (молоко, сир, м'ясо, риба, яйця) містять незамінні амінокислоти, що не синтезуються в організмі і обов'язково повинні поступати з їжею в певних кількостях. Вони також характеризуються високим вмістом вітамінів групи В, ніацину, фолієвої кислоти, кальцію, міді, заліза, цинку. Продукти рослинного походження є джерелом рослинного білка, поліненасичених жирних кислот, вітамінів (С, фолату, В6, каротиноїдів), мінеральних речовин (калію, кальцію і магнію), харчових волокон. При достатньому розмаїтті їжі і правильному поєднанні

харчових продуктів доповнюються корисні властивості харчових продуктів, забезпечується постачання організму необхідними харчовими речовинами і енергією для побудови і поновлення органів і тканин, для здійснення нормальної життєдіяльності.

- споживати кілька разів на день протягом цілого року різноманітні овочі і фрукти, переважно в свіжому вигляді. Рекомендується споживати не менше 400г овочів (крім картоплі) і фруктів в день. Завдяки включенню в раціон сирих овочів і фруктів, їх соків, сухофруктів в дієті буде забезпечено достатню кількість розчинних харчових волокон, вітамінів С, Р, К, фолієвої кислоти, каротину, мінеральних речовин (калію, магнію), а також міститиметься ряд біологічно активних речовин, таких як фітостерини і флавоноїди, що грають важливу роль у профілактиці аліментарно-залежних захворювань.

- споживати кілька разів на день хліб і хлібобулочні вироби, зернові продукти, макаронні вироби, бобові. Різні сорти хліба (пшеничний, житній, відрубні, з борошна грубого помелу) є хорошим джерелом вітамінів групи В, калію, заліза, фосфору, а також містять значні кількості харчових волокон. З великої різноманітності круп (гречана, вівсяна, перлова, ячна, рис, пшоно і ін.) в раціон харчування слід включати круп'яні вироби, так як у них містяться значні кількості білка, харчових волокон, вітамінів групи В, магнію, заліза. Бобові, включаючи горох, квасолю, сочевицю, горіхи, є хорошим джерелом рослинного білка, харчових волокон, міді, цинку, заліза. Засвоєння мікроелементів, що містяться в цих продуктах, поліпшується при одночасному їх споживанні з продуктами тваринного походження, в тому числі з нежирним м'ясом або рибою.

- споживати щодня молоко, сир, кисломолочні продукти (сир, кефір, кисле молоко, ацидофілін, йогурт), у тому числі з низьким вмістом жиру.

Включення в раціон молочних продуктів не тільки забезпечує організм повноцінними тваринними білками, оптимально збалансованими за амінокислотним складом, а й є хорошим джерелом легкозасвоюваних сполук кальцію і фосфору, а також вітамінів А, В₂, Д. В кисломолочних продуктах, в яких зберігаються основні корисні властивості молока, містяться мікроорганізми, що перешкоджають розвитку гнильних бактерій у товстому кишечнику.

- контролювати вміст у раціоні загальної кількості жиру, замінювати більшу частину насичених жирів, що містяться в продуктах тваринного походження, поліненасиченими жирними кислотами, джерелами яких є переважно рослинні олії. Включення в раціон 20-25 г рослинних олій забезпечує потребу організму в поліненасичених жирних кислотах, вітаміні Е, а також у деяких речовинах (фосфатиди, стерини та ін.), що володіють важливою біологічною дією, в тому числі сприяють правильному обміну жирів в організмі.

- підтримувати масу тіла в рекомендованих межах за рахунок як енергетичної збалансованості харчування (відповідність калорійності раціону енерготратам організму), так і постійного рівня фізичної активності.

- дотримуватися раціонального водного режиму як важливої умови збереження здоров'я. Рекомендується споживання 1,5-2 л рідини в день.

- дотримуватися правил кулінарної обробки і гігієнічних правил прийому їжі.

Отже, правильний ріст і розвиток дитячого організму неможливі без забезпечення його повноцінним харчуванням. Так, недолік білків в їжі може привести до затримки фізичного та розумового розвитку дитини, уповільнення статевого дозрівання. Водночас надмірне споживання багатих вуглеводами і

жирами їжі може призвести до надмірно раннього статевого дозрівання, ожиріння і як наслідок – розвитку багатьох супутніх йому захворювань. Споживання в дитячому віці надмірної кількості білків сприяє розвитку гнильних процесів в кишечнику і дисбактеріозу. Тому так важливо з дитячих років харчуватися правильно, раціонально, з урахуванням індивідуальних особливостей обміну речовин в організмі і інтенсивності фізичних навантажень.

CYCLIC VOMITING SYNDROME IN CHILDREN:

A REVIEW OF THE PROBLEM

Andriychuk D.R., Marchuk Yu.F.*

Department of Pediatrics and Medical Genetics

Department of Clinical Immunology, Allergology and Endocrinology*

Higher State Educational Establishment of Ukraine

«Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

Cyclic vomiting syndrome (CVS) is a condition with a specific pattern of vomiting with three main features: paroxysmal, stereotypical, and intervening periods of wellness. There is not one single test that confirms CVS; correct diagnosis is made by having a doctor take a careful history, performing a careful physical examination, and conducting tests to exclude other diseases.

Patients present with vomiting episodes that tend to recur in a cyclical pattern, such as every 2 weeks, or every 2 months. The vomiting is paroxysmal, or with sudden onset. Most patients with CVS feel well, until they get a sudden attack of nausea, which usually progresses to vomiting a little later. The nausea and vomiting often start in the evening, and many times can even wake the patient from sleep.

Second, the vomiting episodes are stereotypical. Each vomiting “attack” resembles similar episodes they have had previously. Very often, the attacks last between 8 and 24 hours. However, for some patients, attacks can be as brief as 1-2 hours, and for others they can last several days. Episodes often begin with nausea, and progress to vomiting, with some people vomiting several times an hour. During the vomiting episodes, patients often like to be left alone or be in a quiet place. Other symptoms can also occur during the episode, including severe stomach pain, diarrhea, and headache. Patients can become disoriented, irritable and turn pale and clammy during an attack. Some patients vomit to the point of dry heaves or become

dehydrated. The episodes often resolve by themselves without any obvious intervention or explanation.

Third, most patients feel completely well in between episodes (intervening wellness). After the episode resolves, the affected patient often returns to feeling “normal” within a few hours, and starts drinking and eating. The period of wellness in between episodes is between 1 and 3 months for most patients. However, some patients will have more frequent episodes (every 1-3 weeks), and others will have episodes that occur rarely (every 6-12 months).

In some patients, CVS may be triggered by either physical or psychological stress. Physical stresses that can trigger episodes include infections such as colds and viruses. Some women may develop CVS or migraines around their menstrual periods. Psychological factors also play a role. Some patients will have episodes triggered by negative (unhappy) stressors, such as tests or term papers. Other patients will have episodes triggered by positive stressors (such as holidays and visits with relatives). However, a large group of patients cannot identify a specific stressful event as a trigger for CVS. While the illness is not caused by stress, stress can make things worse, and CVS is a stressful illness. Therefore, in many patients, treatments to promote relaxation (counseling, yoga, acupuncture) may help. We don't know about the role of diet in CVS. However, some patients with migraine headaches do benefit from avoiding certain foods such as caffeine, smoked cheeses, chocolate, and legumes. Since there is no proof diet plays a role, we don't routinely recommend dietary modifications, but this is something to be discussed with your physician.

Treatment for CVS is divided into two major types: abortive therapy and prophylactic therapy. Abortive therapy means giving treatments to stop the episode once it starts, and only giving that treatment during the episode. In contrast,

prophylactic therapy means giving a medication every day, whether the child is well or sick, in order to prevent episodes from coming on.

Once a CVS episode starts, it can be very hard to stop. For many patients, the best treatment is supportive, and can, in severe cases, include intravenous fluids and a quiet room in a hospital. Anti-nausea medicines, including ondansetron (Zofran), promethazine (Phenergan), and chlorpromazine (Thorazine) are sometimes used to reduce the feelings of nausea. Because patients may be anxious and just feel lousy during an attack, they may benefit from an antianxiety medication such as lorazepam (Ativan). Other patients may benefit from antimigraine treatments like sumatriptan (Imitrex). After enough time passes (usually hours to days), most patients come out of the episode.

Prophylactic treatments are medications given on a daily basis to try to prevent episodes from coming on. Studies suggest that in patients with frequent episodes (every 1-2 months), prophylactic treatment can lessen the frequency and severity of episodes. Therefore, in patients having frequent episodes (i.e. every 1-2 months,) prophylactic treatment should be considered. However, if episodes are infrequent (i.e. once a year), prophylactic therapy is probably unnecessary. Prophylactic medications include cyproheptadine, propranolol, and amitriptyline.

**ПРИНЦИПИ КОРЕКЦІЇ СИНДРОМУ
ЦИКЛІЧНОГО БЛЮВАННЯ В ДІТЕЙ**

Андрійчук Д.Р., Марчук Ю.Ф.*

Кафедра педіатрії та медичної генетики

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології*

Вищий державний навчальний закладу України

«Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

Синдром циклічного блювання – це захворювання переважно дитячого віку, що проявляється стереотипними повторними епізодами блювання, що змінюються періодами повного благополуччя.

Ацетонемічний синдром зустрічається у 4-6 % дітей у віці від 1 до 12-13 років. Частіше зустрічається серед дівчаток (співвідношення дівчатка/хлопчики складає 11/9). Дуже часто (практично у 90 % випадків) перебіг кризів погіршується розвитком багаторазового невпинного блювання, що визначається як ацетонемічне. Приблизно 50% пацієнтів потребують купування ацетонемічного кризу шляхом внутрішньовенного введення рідини.

Тому, метою нашого дослідження було простежити особливості лікування ацетонемічного синдрому в дітей.

Нами було обстежено та проліковано 15 дітей із синдромом циклічного блювання у віці від 3 до 8 років, які лікувалися в інфекційному відділенні анестезіології та інтенсивної терапії обласної дитячої клінічної лікарні міста Чернівці. Верифікація клінічного діагнозу та лікування проводилася відповідно до протоколів лікування дітей за спеціальністю «Дитяча гастроентерологія» (наказ МОЗ України від 29.01.2013 року № 59).

Всі діти поступали в стаціонар в приступному періоді та мали ознаки дегідратації II ступеня за ізотонічним типом, що вимагало проведення

інфузійної регідратаційної терапії. Також використовувалися спеціальні дієти «BRAT» (Bananas – банани, Rice – рис, Applesauce – пюре з печеного яблука, Toast – підсушений хліб) або BRATT (плюс Tea – чай), або BRATTY (плюс Yogurt – йогурт), яку призначали залежно від стану дитини та віку.

Залежно від лікувальної тактики діти були розділені на 2 групи: I група (12 дітей) – інфузія проводилася 0,9% фізіологічним розчином натрію хлориду та 5% розчином глюкози, II група (13 дітей) – до основних інфузійних середників додавався ксилат в дозі 10 мл/кг/добу.

У хворих I групи середня тривалість приступного періоду складала 3,2 дні, середня кількість епізодів блювання – 7,4. Покращення стану хворі відчували приблизно на 3 день лікування, біль в животі зникав на 2 день, ацетон в біологічних рідинах зникав на 4 добу. Хворі II групи, які в комплексному лікуванні, отримували ксилат, мали в цілому кращі показники за дітей I групи: середня тривалість приступного періоду складала 2,4 дні, що на 56% менше порівняно із дітьми I групи. Середня кількість епізодів блювання була 3,6, що менше на 50% порівняно із аналогічним показником у дітей I групи. Покращення самопочуття та зникнення абдомінального болю відбувалося на 20 % швидше ніж у дітей I групи. Ацетон в біологічних рідинах зникав на 3 день після застосування ксилату у складі інфузійної терапії (на 25% відсотків швидше порівняно із дітьми I групи), що дозволяло швидше переводити дітей в соматичні стаціонари.

Таким чином, застосування ксилату в комплексній терапії синдрому циклічного блювання в дітей дозволяє скоротити тривалість приступного періоду приблизно на 56%, суттєво зменшити кількість епізодів блювання, досягти покращення стану хворого більш швидше, що дозволить його перевід в соматичне відділення, та зменшить страждання хворої дитини.

**ПЕРЕБІГ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ В ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД
ХАРЧУВАННЯ ТА ТРИВАЛОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ**

Андрійчук Д.Р., Марчук Ю.Ф.*

Кафедра педіатрії та медичної генетики

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології*

Вищий державний навчальний закладу України

«Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

Однією з найрозповсюдженіших хвороб серед хронічної патології шлунково-кишкового тракту є виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки. Поширеність виразкової хвороби серед дитячого населення становить у різних країнах від 5 до 15% (в середньому 7-10%). До цього часу етіопатогенез виразкової хвороби є предметом дискусії. Останнім часом найбільш поширеним є визнання мультифакторної етіології виразкової хвороби. Вважають, що виразкова хвороба виникає внаслідок складної взаємодії біологічних, психологічних, генетичних, соціальних та інфекційних чинників.

Тому метою дослідження було встановити особливості перебігу виразкової хвороби в дітей залежно від тривалості захворювання.

Проведено комплексне клінічне та інструментально-лабораторне обстеження 50 дітей, хворих на виразкову хворобу, віком 7–18 років, які проживали м. Чернівці та Чернівецькій області.

Верифікація клінічного діагнозу проводилася відповідно до протоколів лікування дітей за спеціальністю «Дитяча гастроентерологія» (наказ МОЗ України від 29.01.2013 року № 59).

Усім дітям проводилося анкетування з уточненням анамнестичних соціальних, екологічних, спадкових, побутових та інших особливостей дітей.

Клінічне дослідження проводили за загальноприйнятою методикою обстеження пацієнта. При оцінюванні стану здоров'я враховували самопочуття, працездатність, успішність у школі, перенесені інфекційні хвороби, порушення зору, слуху, порушення статури. Особливу увагу приділяли скаргам дитини на біль, його локалізацію, характер, чинники, які посилюють та полегшують біль, сезонність болю.

Середній вік дітей, хворих на ВХ, склав $14,8 \pm 2,0$ років. Мешканцями сільської місцевості були 47,5 % дітей. Загальна кількість обстежених, що проживала у м. Чернівці складала 52,5 % хворих дітей. Серед обстежених дітей дещо переважали хлопчики (53,5 %).

Враховуючи важливу роль харчування в розвитку ВХ, проведений аналіз раціонів харчування в обстежених дітей. Виявлено, що тільки у $(28,2 \pm 4,1)$ % дітей основної групи мало місце природне вигодовування. Решта дітей $(71,8 \pm 4,1)$ % знаходилися на штучному вигодовуванні ($\varphi=2,17$, $p<0,05$). Серед дітей групи порівняння $(67,5 \pm 7,5)$ % дітей знаходилися на природному вигодовуванні, $(32,5 \pm 7,5)$ % дітей – на штучному. Крім того, більшість дітей основної групи $(89,6 \pm 4,5)$ % і $(48,4 \pm 8)$ % дітей групи порівняння харчувалися нерегулярно, ($\varphi=2,21$, $p<0,05$), вживали теплу їжу лише 1-2 рази на день (54,6 %). У структурі харчування вірогідної різниці у вживанні основних груп продуктів між групами дітей, що порівнюються, не виявлено ($\varphi=1,23$, $p>0,05$). Так, у харчовому раціоні дітей у ранньому та старшому віці відмічалось зниження вживання овочів, фруктів, молочних продуктів, м'яса, риби при постійному надлишку хліба, макаронно-круп'яних виробів та солодощів, як наслідок – поряд із енергетичною та вітамінною недостатністю проявлявся і дефіцит білка, в тому числі тваринного.

Зафіксовано практично однакову кількість дітей із тривалістю виразкової

хвороби до року та „стажем” захворювання більше 3 років як в основній групі. Більшу частину хворих (86,7 %) склали особи старшої вікової групи.

У дітей спостерігалися 3 основні клінічні синдроми: больовий, диспепсичний та астеновегетативний.

Больовий синдром спостерігався у 100 % дітей, в основному мав ниючий характер та локалізувався, переважно, в епігастрії та пілородуоденальній зоні незалежно від тривалості захворювання. Біль, який з'являвся натще та через 1-1,5 год після їди був домінуючим по часу появи.

Відзначено вірогідну різницю вираженого больового синдрому в дітей. Так у дітей, що хворіють менше року виражений больовий синдром спостерігався у $83,3 \pm 7,7$ %, у дітей із тривалістю захворювання 1-3 роки – у $13,3 \pm 2,3$ % та більше 3-х років – у $3,4 \pm 0,4$ %, ($p < 0,05$).

Наступним важливим синдромом, який характерний для виразкової хвороби, є диспепсичний.

У середньому диспепсичний синдром реєструвався у 68,3 %. Провідним симптомом серед хворих дітей була нудота (90,8 %). Вірогідними виявилися у дітей із тривалістю виразкової хвороби до року схильність до закрепів (83,3 %), із тривалістю захворювання понад 3 роки – схильність до проносу (85, 3 %) та зниження апетиту (100 %) ($p < 0,05$).

Крім больового та диспепсичного синдромів у 62,5 % дітей відмічали наявність астеновегетативного синдрому.

Основним симптомом серед дітей із тривалістю ВХ до року були емоційна лабільність – 92 % дітей; у 83 % спостерігали головний біль та слабкість, в'ялість, втомлюваність; у 25 % – кардіалгії; у 42 % – поганий сон; 54 % дітей відчували мерзлякуватість.

Із зростанням тривалості перебігу виразкової хвороби вірогідно починають зростати та переважають ознаки ваготонії: емоційна лабільність, підвищене потовиділення, мерзлякуватість. Крім того, у всіх дітей із тривалістю захворювання 1-3 роки спостерігалася слабкість, в'ялість, втомлюваність; сонливість та головний біль – у 83 % та 92 % дітей відповідно. У 100 % дітей, що страждають виразковою хворобою більше 3-х років, спостерігалися емоційна лабільність, слабкість, в'ялість та втомлюваність. 83% дітей цієї підгрупи турбував головний біль, у 93 % спостерігалосся підвищене потовиділення та у 90 % – мерзлякуватість.

Отже із зростанням тривалості захворювання зменшувалася кількість дітей із больовим синдромом (22,5 %) та збільшувалася – із диспепсичним (68,3 %) та астеновегетативним синдромами (62,5 %).

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ ТА МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ

Безрук Т.О., Безрук В.В.*

Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини*

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

Проблема лікування коморбідної патології є однією з актуальних в практичній медицині, це пов'язано із вимушеним застосуванням широкого спектру різноманітних лікарських препаратів та їх побічною дією. Також слід враховувати вікові аспекти впливу «масованої» медикаментозної терапії на організм, зокрема підлітків. Одним із напрямків вирішення цієї проблеми є застосування ліків, що мають багатогранну лікувально-профілактичну дію та зменшують медикаментозне навантаження на організм. Пилок квітковий (ПК) є універсальним оздоровчим продуктом, володіє широким спектром дії на обмін речовин, функцію різних органів та систем.

Метою даної роботи було вивчення ефективності застосування пилку квіткового в комплексному лікуванні підлітків на хронічний пієлонефрит (ХП) із супутніми захворюваннями гастроудоденальної та гепатобіліарної систем.

Обстежено 18 підлітків віком від 16 до 18 років. Перша група - 10 пацієнтів, хворих на ХП, які отримували разом зі стандартним лікуванням ПК впродовж 4 тижнів (із розрахунку 250 мг/кг маси тіла хворого двічі на добу до вживання їжі, у вигляді водної суспензії в об'ємі 50 мл. Контрольна група - 8 хворих отримували тільки стандартне лікування ХП. Отримані результати обстеження порівнювалися між собою та даними практично здорових

однolitків. Обробка даних проводилася стандартними методами варіаційної статистики та кореляційного аналізу.

Аналіз динаміки перебігу захворювання після лікування пацієнтів на ХП першої групи вказує чіткі позитивні зрушення зі сторони клінічних і лабораторних даних. Покращились загальний стан і самопочуття пацієнтів, апетит, збільшилась толерантність до фізичного навантаження ($p < 0,05$). Спостерігався позитивний асоціативний зв'язок між застосуванням ПК та сприятливою динамікою перебігу захворювання: зменшення больового, інтоксикаційного та астеновегетативного синдромів. Відмічалось зменшенням добової протеїнурії ($r = 0,64$; $p < 0,05$), покращення показників крові: підвищення кількості гемоглобіну ($r = 0,37$; $p < 0,05$), еритроцитів ($r = 0,35$; $p < 0,05$) та збільшення кількості Т-лімфоцитів активних з $23,68 \pm 1,29\%$ до $29,78 \pm 0,96\%$; ($p < 0,05$), НСТ-тесту стимульованого з $21,96 \pm 1,20\%$ до $25,52 \pm 1,00\%$; ($p < 0,05$). Було відмічено кращу толерантність до антибактеріальної терапії (зниження відсотку і м'якість побічних проявів у пацієнтів першої групи), що отримували в комплексній терапії лікування ХП пилок квітковий.

**КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ
СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ
У ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

Безрук Т.О., Безрук В.В.*

Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини*

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

У патогенезі розвитку коморбідних станів важливою є роль системи антиоксидантного захисту (АОЗ) та пероксидного окислення ліпідів (ПОЛ) і білків; одним із таких «прикладів» є «поєднання» у пацієнтів хронічного пієлонефриту (ХП) та хронічної патології системи травлення, що значно ускладнює функціональну здатність системи антиоксидантного захисту організму людини.

З метою вивчення шляхів корекції порушень системи антиоксидантного захисту у хворих з коморбідною патологією обстежено 64 хворих на ХП із супутніми ураженнями шлунково-кишкового тракту, 10 хворих на ХП без супутніх уражень системи травлення та 12 практично здорових осіб; пацієнти, що хворіли на ХП із супутніми ураженнями шлунково-кишкового тракту були розділені на 2 групи: 1 група (контрольна) – 30 осіб, яким призначали тільки стандартний комплекс лікування, 2 група (основна) – 34 хворих, яким додатково у лікувальний комплекс включали препарат «Ербісол». Пацієнтам основної групи до стандартного лікування, що проводилося згідно протоколів МОЗ України, додатково призначали „Ербісол” по 2 мл внутрішньом’язово 1 раз на добу впродовж 18-20 днів у вечірній час. Лабораторні дослідження

здійснювали у перші три доби перебування хворих у клініці та після курсу лікування.

У хворих на ХП із супутніми ураженнями гастродуоденальної і біліарної систем спостерігається посилення процесів ПОЛ і зниження АОЗ (збільшення вмісту малонового діальдегіду до $17,14 \pm 0,62$ мкмоль/л ($p < 0,05$), дієнових кон'югат до $86,54 \pm 4,27$ мкмоль/л ($p < 0,05$), рівня окислювально-модифікованих білків сироватки крові до $79,83 \pm 4,54$ E₃₇₀/г білка плазми ($p < 0,05$) та зниження активності каталази до $132,9 \pm 4,19$ мкмоль/хв.гНв ($p < 0,05$), підвищення – глутатіонпероксидази до $271,3 \pm 14,16$ нмоль/хв. гНв ($p < 0,05$) та церулоплазміну до $112,2 \pm 8,36$ Е/г білка плазми ($p < 0,05$)).

При включенні до комплексу базисної терапії препарату «Ербісол» встановлено зниження показників пероксидного окислення ліпідів та підвищення рівня факторів системи антиоксидантного захисту ($p < 0,05$): рівень альдегідо- та кетоніохідних основного характеру знизився у середньому на 23,56%, в той час як у хворих контрольної групи – тільки на 5,76%; рівень малонового діальдегіду у хворих основної групи знизився на 40,06%, у хворих контрольної групи – 19,93%. Активність глутатіонпероксидази ($178,2 \pm 6,35$ нмоль/хв. гНв) та рівень глутатіону відновленого ($0,88 \pm 0,01$ мкмоль/мл) в крові були вірогідно кращими в кінці лікування хворих основної групи порівняно із контрольною, хоча ще вірогідно відрізнялись від аналогічних параметрів у практично здорових людей ($p < 0,001$).

**СТАН ЛАНОК ІМУННОЇ СИСТЕМИ
У ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

Безрук Т.О., Безрук В.В.*

**Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб
Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини***

**Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна**

За даними багатьох дослідників у хворих з коморбідною патологією визначаються зміни імунної відповіді.

Мета роботи – вивчення факторів та механізмів системного імунітету у хворих на хронічний пієлонефрит (ХП) із та без супутніх уражень органів травлення; дослідження проведені у 94 хворих на ХП із супутніми ураженнями шлунково-кишкового тракту (72 пацієнти), хворі на ХП без супутніх уражень системи травлення (22 пацієнти). З метою оцінки стану ланок імунної відповіді організму у коморбідного хворого проводилось поглиблене імунологічне дослідження: визначали вміст у периферійній крові Т-лімфоцитів (Е-РУК), активних Т-лімфоцитів (А-Е-РУК), Т-супресорів (Ts), Т-хелперів (Th), співвідношення Т-хелпери/Т-супресори, В-лімфоцитів (ЕАС-РУК), фагоцитарну активність, фагоцитарне число, НСТ-тест спонтанний та стимульований, рівень циркулюючих імунних комплексів, рівень імуноглобулінів класів М, А, G.

За результатами досліджень можна стверджувати, що загострення ХП на тлі загострення хронічного захворювання органів травлення (загострення, нестійка ремісія), призводить до певного напруження системи як клітинного, так і гуморального імунітету, а також факторів неспецифічного захисту. У хворих на ХП із супутніми ураженнями травної системи в залежності від віку

визначені наступні зміни імунної відповіді: серед дітей підліткового віку та у хворих молодого віку більш суттєва активація клітинної та гуморальної ланок імунітету (підвищення кількості лейкоцитів за рахунок нейтрофілів та моноцитів ($p < 0,05$), вища відносна кількість О-лімфоцитів, рівень ЦІК та імуноглобулінів класів А та G ($p < 0,05$), зниження Т-клітин, Т-хелперів, активних Т-лімфоцитів ($p < 0,05$)), у хворих літнього віку – переважно неспецифічних факторів захисту (підвищення рівня паличкоядерних нейтрофілів, В-клітин, вірогідне збільшення еозинофілів у периферичній крові ($p < 0,05$), а показники стимульованого НСТ-тесту були нижчими ($p < 0,05$).

**ВИКОРИСТАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ХАРЧОВИХ ПРОДУКТІВ ДЛЯ
ЛІКУВАННЯ ТА КОРЕКЦІЇ ДІЄТИ ДІТЕЙ ІЗ РОЗЛАДАМИ
БІЛІАРНОГО ТРАКТУ**

Воронцова Т.О., Горішній І.М., Шультгай Л.М., Волянська Л.А., Кубей І.В.

Кафедра дитячих хвороб з дитячою хірургією

Вищий державний навчальний заклад України

«Тернопільський державний медичний

університет ім. І.Я.Горбачевського», Тернопіль, Україна

Функціональні порушення моторики жовчного міхура та тонусу сфінктерного апарату внаслідок неузгодженого скорочення жовчного міхура та сфінктерного апарату досить широко розповсюджені серед дитячого населення. Основні причини виникнення дисфункції біліарного тракту можна об'єднати в три напрямки: первинні – це особливості гладком'язових волокон жовчного міхура, дизкоординація роботи жовчного міхура з протоками без органічних перешкоджень; вторинні – органічні та запальні зміни жовчного міхура, сфінктера Одді, травної системи, паразитарні захворювання; та психоемоційні фактори. Не виключено, що в більшості дітей з проблемами біліарного тракту ці причини можуть поєднуватись в різних комбінаціях. Тому лікування може бути досить тривалим, нерідко в схемах лікування переважає поліпрагмазія. В лікуванні та харчуванні дітей із функціональними розладами біліарного тракту значну підмогу надають функціональні харчові продукти для спеціального дієтичного споживання. В нашій практиці ми використовували продукцію виробництва НВ ТОВ «Житомирбіопродукт», яка дозволяє зменшити поліпрагмазію в лікуванні дітей та мати ефективну терапію та продукти для корекції дієтичного харчування.

Так, зазвичай гіпокінетичний варіант дизфункції жовчного міхура поєднується з гіпокінетичними закрепками, гіпотонією кишечника. В таких випадках ми використовували шрот льону, який за рахунок вмісту олії має ніжний холекінетичний ефект, а клітковина та слиз з насіння льону, які утворюється в рідкому середовищі травного тракту, формують м'які калові маси, що легко проходять навіть по гіпотонічним відрізкам кишечника. Також в якості холінокінетиків використовували харчові продукти для спеціального дієтичного споживання – олії насіння льону, розторопші плямистої, гарбуза. Зручність використання олій в дитячій практиці полягає в тому, що їх можна застосовувати під час їжі, добавляючи у страви, які не підлягають термічній обробці.

В лікуванні дітей з гіперкінетичним та гіпертонічним типом функціональних розладів біліарного тракту рекомендована седативна терапія. З цією метою ми використовували рослинний протистресовий комплекс, який містить ліпофільні комплекси зародків пшениці, кісточок винограду, олію м'яти перцевої, екстракт валеріани та шишок хмелю хмелю.

Особливості цього ліпофільного комплексу полягає в тому, що що поряд із седативним ефектом має холекінетичну і спазмолітичну дію, що гарно поєднується з основним медикаментозним лікуванням.

На базі Тернопільської обласної дитячої поліклініки проведено обстеження і амбулаторне лікування 12 дітей віком 6-15 років із функціональними розладами біліарного тракту. У 7 (58,33%) дітей було виявлено дисфункцію біліарного тракту у вигляді дисфункції жовчного міхура за гіпокінетичним типом, у 5 (41,66%) за гіперкінетичним.

5 пацієнтам з функціональними розладами біліарного тракту за гіперкінетичним типом після проведеного медикаментозного лікування було

запропоновано ввести в харчування «Шрот насіння льону» по ½-1 ч.л. 3 рази в день, Протистресовий комплекс в дозі від 2 до 5 крапель 2-3 рази в день, «Олію плодів розторопші» по ½-1 ч.л. 3 рази в день. 7 пацієнтам з гіпокінетичним варіантом дисфункції жовчного міхура, що поєднувався з атонічними закрепками, рекомендували на початку лікування «Шрот з насіння льону» по ½-1 ч.л. 3 рази в день; пізніше, через 2 тижня, - «Шрот зародків пшениці» або «Шрот насіння вівса» для стимуляції перстальтики. Як холінокінетики використовували харчові продукти для спеціального дієтичного споживання – олії насіння льону, розторопші плямистої, гарбуза по 1ч.л. 1-3 р. в день. Тривалість корекції харчування становила 1 місяць. Контрольні огляди дітей проводили через 2 тижні і через 1 місяць.

Через 1 місяць дієтичного харчування у всіх хворих спостерігали зменшення проявів диспепсичного синдрому. На 10 день у більшості хворих (10 - 83,66%) відмічалось покращення апетиту, зменшення больового синдрому, нудота зникла у 9 пацієнтів (75,00%) на 7 день, у 8 хворих (66,33%) покращився стілець, випорожнення кишечника відбувалось щодня. У трьох пацієнтів в біохімічному аналізі крові зменшились ознаки холестазу. На УЗД внутрішніх органів у 83,33 % хворих зменшились прояви дискінезії жовчовивідних шляхів – збільшилось скорочення жовчного міхура, відсутні ознаки застою жовчі. Розміри печінки зменшились у всіх дітей, наявність осаду в просвіті жовчного міхура не відмічалось у жодної дитини.

Отже, використання в комплексному лікуванні та дієтичному харчуванні дітей із функціональними розладами біліарного тракту харчових продуктів для спеціального дієтичного споживання дозволяє зменшити поліпрагмазію, підвищити ефективність медикаментозного лікування, корегувати дієту.

**ФУНКЦІОНАЛЬНІ РОЗЛАДИ ДЕФЕКАЦІЇ У ДІТЕЙ –
ЛІКУВАННЯ І ДІЄТИЧНЕ ХАРЧУВАННЯ**

Воронцова Т.О., Федорців О.Є., Стеценко В.В., Мудрик У.М., Бурбела Е.І.

Кафедра дитячих хвороб з дитячою хірургією

Вищий державний навчальний заклад України

«Тернопільський державний медичний

університет ім. І.Я. Горбачевського», Тернопіль, Україна

В останні роки хронічні запори у дітей стали однією з актуальних проблем педіатрії. Затримка стільця в дитячому віці, якщо вона спочатку носить функціональний характер, з часом може стати хронічною, що вимагає постійного прийому проносних. Як наслідок, спостерігається порушення мікрофлори і розвиток дизбактеріозу кишечника, тріщини прямої кишки, енкопрез, а також зміна загального стану дитини: погіршення самопочуття, головний біль, зниження успішності, що пояснюється синдромом інтоксикації. Згідно з уніфікованими протоколами з дитячої гастроентерології, мета лікування функціональних запорів і синдрому подразненого кишечника – зменшення больового і диспепсичного синдромів, ліквідація порушень моторно-евакуаційної функції кишечника і корекція психовегетативних розладів. При цьому в лікуванні запору рекомендуються препарати, які збільшують об'єм калових мас і полегшують дефекацію: пребіотики, легкі жовчогінні препарати. З огляду на ці рекомендації, ми включили в комплекс лікування дітей з вищевказаними проблемами кишечника шрот льону. У насінні льону містяться сполуки, які мають специфічний біологічною дією і функціональними властивостями.

Насіння льону містять значну частину жиру (35-45%), який характеризується високим рівнем поліненасичених жирних кислот (ПНЖК)

сімейства омега-3, з яких 9-10% складають пальмітинова і стеаринова, близько 20% мононенасичених жирних кислот (переважно олеїнова кислота) і більше 70% альфа-ліноленової кислоти. Зміст харчових волокон досягає 28% від маси цільних насіння при співвідношенні розчинних (у вигляді слизу) і нерозчинних фракцій від 20:80 до 40:60. Льняний слиз – це полісахариди, до складу яких входять пентози, гексози, уронові кислоти. Слиз, огортаючи стінки шлунка і кишечника, заспокоює і захищає слизову від подразнень, подовжує дію ліків, сприяє загоєнню ерозій і зменшенню болювого синдрому та запальних процесів. Ця ж слиз має властивість прискорювати просування їжі і калових мас. Тому шрот льону відноситься до м'якодіючих проносних засобів. Набухаючи в шлунково-кишковому тракті, харчові волокна підсилюють перистальтику і сприяють швидкому просуванню і спорожненню кишкового вмісту, мають сорбційні, детоксичні, антиоксидантні властивості, покращують відтік жовчі, відновлюють вітамінний і мінеральний баланс організму, нормалізують флору кишечника. У насінні льону багатий склад макро- і мікроелементів (калій, кальцій, магній, залізо, марганець, мідь, цинк, хром, алюміній, нікель, йод, бор), вони концентрують селен. Жири насіння льону та жирні кислоти, що входять до їх складу, мають послаблюючу і жовчогінну дію. Поєднання цих факторів: збільшення жовчовиділення, прискорення пересування харчової маси – створює оптимальні умови для поліпшення роботи кишечника.

Поліненасичені жирні кислоти лляного масла можуть бути сировиною для синтезу в організмі простагландинів, які розглядаються як універсальні захисні засоби проти шкідливої дії багатьох речовин, в тому числі і соляної кислоти. Слиз м'яко механічно подразнює кишечник, особливо товстий. При атонічних запорах внаслідок цього підвищується тонус кишки. При спастичних

запорах за рахунок огортання слизової оболонки слизом льону, зменшується подразнення кишковим вмістом стінки кишки, і її тонус знижується.

Ще одною проблемою, з якою стикаються батьки, а відповідно, і лікарі, є кардинальна зміна раціону харчування хворої дитини: відмова від звичних продуктів і введення нових, від яких діти часто відмовляються. Вирішенням цієї проблеми є поступове введення шроту льону в основні продукти харчування, до яких звикла дитина. Крім того, приємний смак шроту, який нагадує смак горіха, дозволяє використовувати його у вигляді десертів – цукерок, основою для створення яких є шрот. Існує цілий ряд рецептів, які ми успішно застосовуємо в дієтичному харчуванні хворих дітей.

У комплексному лікуванні дітей від 12 років з функціональними запорами застосовували шрот насіння льону в дозі 1 чайна ложка на 50-100 мл рідини (води, компоту, кефіру, соку) 3 рази в день. У молодших дітей дозу зменшували згідно з формулою перерахунку дорослої дози на дитячу. Тривалість курсу від 2 до 3 тижнів, з повторним призначенням через 1 місяць. Спостерігалися 2 групи дітей шкільного віку від 8 до 13 років, групи були з функціональними запорами. Одна група (10 дітей) була контрольною, брала комплексне лікування згідно Протоколів. У другій групі (12 дітей) на тлі комплексного лікування застосовували шрот насіння льону. Результати оцінювали через 1,5 місяці. У 9 дітей 1-ї групи відзначали поліпшення спорожнення кишечника, стілець був 1 раз в 1-2 дня, але при цьому при скасуванні медикаментозного лікування у половини дітей запори поверталися. У другій групі у всіх дітей відзначалася ліквідація запорів, причому досягнення ефекту було вже на другому тижні лікування, і зберігалось при скасуванні медикаментозних препаратів. При наявності больового синдрому він зменшувався без призначення спазмолітиків. Повторне застосування шроту

льону вже як самостійне лікування підтримувало отриманий результат. Необхідно відзначити, що застосування шроту знімає поліпрагмазію в лікуванні закріпів, так як прийом шроту разом з рідиною або готовими продуктами, сприймається дітьми як їжа, а не ліки. Крім того, економічний аспект також буде позитивним моментом в лікуванні дітей з запорами, адже шрот льону за ціною виграє на тлі інших проносних. Таким чином, включення шроту насіння льону в комплексну терапію функціональних запорів у дітей сприяє нормалізації стільця і ліквідації синдромів і симптомів, які супроводжують хронічні запори.

ОСОБЛИВОСТІ ДІЄТОТЕРАПІЇ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ДІТЕЙ

Гінгуляк М.Г.

Кафедра педіатрії та медичної генетики,

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

Бронхіальна астма (БА) – це хронічне алергічне запалення бронхів, є досить складною хворобою, що виникає з різних причин в будь-якому віці. Дієтичне харчування при бронхіальній астмі не є лікувальним методом, однак воно допомагає стабілізувати перебіг хвороби і уникнути чи послабити виникнення рецидивів.

Основною метою дієтотерапії при БА є нормалізація імунітету, зниження рівня запалення бронхів, стабілізація мембран клітин-мастоцитів, зменшення явищ бронхоспазма, виведення з раціону продуктів, які можуть провокувати напади, відновлення чутливості слизової бронхів, а також зниження проникності кишечника для харчових алергенів.

Сьогодні до складу багатьох продуктів входять різноманітні барвники, які можуть провокувати виникнення БА вже у ранньому віці, крім того немовлят алергія може виникнути за рахунок неправильно харчування матері під час вагітності. Якщо жінка вживала високо алергенні продукти в підвищеній кількості (мед, цитрусові, шоколад), то дитина автоматично входить в групу ризику по виникненню захворювання. Якщо певний продукт спровокував харчову алергію, то необхідно його відразу ж і назавжди прибрати з щоденного раціону.

Дієта при бронхіальній астмі у дітей повинна бути ретельно продумана з урахуванням особливостей організму і наявності протипоказань. Харчування дитини повинно бути збалансованим і повноцінним. В раціон необхідно

включати овочі, фрукти, протеїни, злаки, що залежить від наявності або відсутності симптомів харчової алергії, ступеня тяжкості та фази перебігу – загострення чи ремісія.

Основний принцип дієти – виключення продуктів з високим антигенним потенціалом. Теоретично можлива алергічна реакція на будь-який продукт. Деякі з них володіють більш вираженими сенсibiliзуючими властивостями. У першу чергу це стосується білкових продуктів- риби, морепродуктів, рибної ікри, яєць, м'яса качки і гуски, бобових, горіхів. Досить часто виникають алергічні реакції на цитрусові, дині, персики, малину, полуницю, томати, шоколад і мед. У період загострення бронхіальної астми їх бажано повністю виключити з раціону. Обмежується споживання манної крупи, пшеничного хліба, цільного коров'ячого молока, сиру, сметани, жирних сортів яловичини свинини, курки. Незважаючи на досить суворі обмеження, раціон повинен залишатися різноманітним та повноцінним. Протизапальний ефект дієти забезпечується обмеженням легкозасвоюваних вуглеводів (цукор, мед, варення, сиропи) і кухонної солі до 6 г на добу.

Дозволяється вживати за відсутності індивідуальної непереносимості: топлене вершкове масло, лляне, кукурудзяне, рапсова, соняшникова, соєва та оливкова олія як джерело жирних кислот омега-3 і омега-9; яблука – доступне джерело пектину, які можна вживати як сирими, так і печеними, в яблучному пюре або запеченими з іншими продуктами; зелені овочі: капуста, патисони, кабачок, зелень петрушки, молодий зелений горошок, кріп. стручкова квасоля, світла гарбуз – що є прекрасним ліками для розслаблення спазмованих гладких м'язів бронхів; цільні злаки, сочевицю. коричневий рис, насіння кунжуту, сир, тверді сири – забезпечують організм необхідною кількістю харчового кальцію, фосфору, магнію і сприяють зниженню проникності слизової кишечника і

нормалізації обмінних процесів; цитрусові багаті вітаміном С і допомагають у боротьбі з вільними радикалами, які накопичуючись в стінках бронхів призводять до алергічної реакції; груші, сливи, світлі сорти черешні, біла і червона смородина, агрус – є біофлавоноїдами і нейтралізують окислювальний процес в організмі; моркву, солодкий перець, капуста брокколі, помідори, листові зелені – багаті бета-каротином і селеном і підтримують організм, підвищуючи його імунітет; крупи (крім манної) – джерело вітаміну Е, наповнюють організм продуктами окисної реакції; йогурти без фруктових добавок, негострі сорти сиру – джерело кальцію і цинку, так необхідних для хворих на астму; печінка – не тільки прекрасний кровообразуючий продукт, але й чудовий джерело міді, важливою складовою нормальної життєдіяльності всього організму; злаки, хліб пшеничний другого сорту, бобові, насіння гарбуза, зернові хлібці, проста сушка, кукурудзяні та рисові пластівці – сприяє відновленню нормальної імунної реактивності організму і збагачують його цинком; пісні сорти м'яса яловичини, кролика, свинини, конини, індички багаті фосфором і білковими тваринними продуктами, а також містять необхідні нашому організму харчові волокна.

В той же час потрібно пам'ятати, що причинами розвитку алергічних реакцій можуть стати не самі продукти, а хімічні добавки, що використовуються у харчовій промисловості. У сучасному виробництві харчових продуктів у розвинених країнах застосовується більш 500 барвників, емульгаторів, ароматизаторів і консервантів. Негативний вплив роблять: тартразин, саліцилати, глутамат, нітрит, сульфат і бензоат натрію. Крім цього потрібно завжди пам'ятати про можливу наявність прихованих алергенів. Такими можуть бути горіхи в кондитерських виробах, соя у складі м'ясних напівфабрикатів, антибіотики в коров'ячому молоці. Необхідно звести

до мінімуму вживання консервів, напівфабрикатів та кондитерських виробів тривалого зберігання.

Значне місце в розвитку бронхіальної астми займає чутливість до спор цвілевих грибів. Грибкові алергени можуть перебувати на овочах, фруктах, сирах, сирі. Тому всі вживані продукти повинні бути свіжими, зберігати їх у холодильнику дозволяється не більше 1 доби, а овочі і фрукти перед вживанням слід ретельно мити.

Страви рекомендується тушкувати, запікати або варити. М'ясні, курячі і рибні бульйони викликають більш виражену алергічну реакцію, ніж саме зварене м'ясо або риба, тому супи з м'яса, риби і птиці готують з триразовою заміною бульйону. Яйця термічно обробляють протягом 15 хв, овочі не пасерувати. Смажені страви необхідно повністю виключити. Деякі особливості має дієтичний режим при аспіринової бронхіальній астмі, при якій протипоказані продукти, що містять в якості консервантів ацетилсаліцилову і бензойну кислоти. Харчовий барвник жовтого кольору тартразин також здатний викликати важкий бронхоспазм у хворих з астматичною тріадою. Ця речовина може входити до складу макаронних виробів, пряників, готових пудингів, морозива, цукерок і кольорового зефіру, газованих напоїв і соків. У той же час слід обмежити вживання продуктів, що містять натуральні саліцилати. Їх містять малина, абрикоси, апельсини, виноград, вишня, гвоздика, ожина, полуниця, агрус, м'ята, персики, сливи та яблука. Саліцилати містяться у багатьох продуктах, а чутливість хворих різна, тому необхідний індивідуальний підхід.

Діти повинні щоденно споживати багато продуктів, багатих магнієм, так як це єдине натуральне засіб, що розширює бронхи і допомагає запобігти спазми. Магнієм багаті такі продукти: горіхи, зелені листові овочі,

сухофрукти. В раціон дитини, яка страждає від астми, бажано включити велику кількість жирної риби, зокрема, такий як лосось, тунець, сардини, оселедець. В організмі дитини, що страждає від астми, недостатня кількість вітамінів групи В і С, тому дуже важливо включити в щоденний раціон продукти, багаті ними. У період загострення дитині потрібно пити багато води і розбавлених натуральних фруктових соків, так як це допоможе зменшити виділення слизу.

Таким чином дієтотерапія при БА дає можливість зменшити важкість перебігу захворювання та зменшити кількість рецидивів якщо однією з причин є харчова алергія.

ОСОБЛИВОСТІ ВИГОДОВУВАННЯ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ХАРЧОВОЮ НЕПЕРЕНОСИМІСТЮ

Кизима Н.В., Бойко Л.О.

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб

Міська клінічна лікарня №6, дитяче поліклінічне відділення

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна

На сучасному етапі спостерігається стрімке зростання імунних захворювань, в тому числі харчової алергії. За даними літератури клінічні прояви харчової алергії зустрічаються у 3-35% населення, але імунологічними дослідженнями цей діагноз підтверджено лише у 1-4% пацієнтів. У ранньому віці специфічна діагностика алергії утруднена. Сьогодні серед реакцій підвищеної чутливості на харчові продукти у малюків виділяють як імунні так і неімунні реакції, але в обох випадках догляд та організація харчування у дітей з харчовою непереносимістю часто визиває труднощі, особливо при штучному вигодовуванні. З метою оцінки результатів дієтотерапії взяли під нагляд 18 пацієнтів, віком 2-6 місяців на штучному вигодовуванні молочними сумішами з коров'ячого молока. Хворі страждали на atopічний дерматит з легким та середньоважким перебігом. У малюків окрім типового сипу діагностували гастроентестинальні розлади, зокрема здуття живота, не регулярні зригування, рідкі випорожнення з домішками слизу, незвареними грудочками молочної суміші або схильність до закріпів. В анамнезі у 11 (61,1%) пацієнтів батьки страждали на харчову алергію в дитинстві, у 1 (5,5%) – батько хворіє псоріазом. Лабораторні обстеження включали загальноклінічні аналізи, визначення загального і специфічних імуноглобулінів Е до харчових алергенів. З метою виключення білків коров'ячого молока в харчування призначили високоадаптовані суміші з частковогідролізованим гіпоалергенним білковим

комплексом. Контрольні відвідування були на 2 тижні, через 1 та 2 місяці або за вимогою. В результаті імунологічне обстеження не виявило підвищеного рівня імуноглобулінів Е у більшості пацієнтів – 16 (88,7%). Зменшення симптомів гастроентестинальних розладів і сипу відмітили наприкінці першого місяця спостереження у 12 (66,5%) малюків, тільки у 2 (11,1%) симптоми залишилися через 2 місяці дієтотерапії. Погіршення стану або побічні реакції не відмічені.

Таким чином, використання високоадаптованих молочних сумішей з частковогідролізованим гіпоалергенним білковим комплексом в харчуванні дітей з проявами харчової непереносимості є ефективним та безпечним.

ОСОБЕННОСТИ ДИЕТОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО ТРАНЗИТА

Коноплицкий В.С., Якименко А.Г., Лукьянец О.А.

Кафедра детской хирургии

Винницкий национальный медицинский

университет им. Н.И. Пирогова, Винница, Украина

Вступление. Нарушение толстокишечного транзита в виде запоров, «болезнь цивилизации», наиболее широко распространено в промышленно развитых странах. Около 2% населения планеты подвержено этой патологии, 3-5% всех посещений педиатра и 20-25% посещений гастроэнтеролога связано с запорами. Не смотря на успехи современной педиатрической науки, данная проблема далека от своего разрешения, что делает ее крайне актуальной на современном этапе развития человечества.

Материал и методы исследования. В период с 2000 по 2011 гг. под нашим наблюдением в клинике детской хирургии Винницкого национального медицинского университета им. Н.И.Пирогова находилось 280 детей в возрасте от 3 до 17 лет с нарушениями толстокишечного транзита в виде хронических запоров. У всех детей длительность заболевания составляла не менее одного года.

Обсуждение результатов исследования. Для нормализации перистальтической активности толстой кишки в комплексе лечебных мероприятий нами первостепенное значение отводилось рациональному питанию. В качестве долгосрочной диеты использовали стол №3, эффект от которого достигается за счет применения группы пищевых продуктов, способствующих опорожнению дистальных отделов толстой кишки:

1. Продукты, богатые растительной клетчаткой (овощи, фрукты, хлеб из муки грубого помола, каши из растительных злаков). Данные, в большей степени балластные, продукты дают большое количество непереваренных остатков, которые возбуждают двигательную активность пищеварительного канала за счет механического раздражения;
2. Сахаристые вещества, которые способствуют привлечению жидкости в кишку с разжижением каловых масс и развитию кислого брожения, продукты которого возбуждают секрецию и перистальтику кишок;
3. Продукты, содержащие органические кислоты, которые возбуждают секрецию кишок и их перистальтическую активность;
4. Пищевые продукты, богатые солью, что способствует привлечению жидкости в кишку и разжижению каловых масс;
5. Жиры и богатые ими продукты, которые способствуют размягчению каловых масс и делают их более «скользкими»;
6. Холодные пищевые продукты раздражают терморцепторы и возбуждают двигательную активность кишечной стенки;
7. Продукты, содержащие или образующие углекислоту, что возбуждает перистальтическую активность за счет химического и отчасти механического раздражения, обеспечивая также увеличение внутрикишечного и внутрибрюшного давлений. Из соков лучшим послабляющим эффектом, по нашим данным, обладают: свекольный, морковный, капустный, томатный, абрикосовый, сливовый. Из рациона нами исключались продукты, замедляющие кишечный транзит: крепкий чай, какао, черный кофе, шоколад, кизил, гранат, бруснику, чернику, груши, макаронные изделия, кисели, нежные сыры, горячие жидкости и блюда.

Наблюдение за анализируемой группой больных осуществлялось на протяжении периода от одного года до трех лет. Все дети дважды в год проходили стационарные курсы стимулирующей терапии, которые включали массаж передней брюшной стенки, электрофорез с прозеринном на крестцовую область, прием эубиотиков, пробиотиков и т. д. Обязательным условием было неукоснительное соблюдение предписанного рациона питания. У всех детей в обозначенный период наблюдения отмечалась нормализация режима опорожнения, а также характеристики каловых масс, которые согласно Бристольской шкале кала соответствовали 3 и 4 типа.

Выводы. 1. Важной составляющей лечебных и реабилитационных мероприятий при комплексном лечении детей с нарушениями толстокишечного транзита должна быть сбалансированная диета.

2. Длительная и планомерная диетотерапия питание у детей с нарушениями толстокишечного транзита согласно столу №3 позволяет нормализовать режим опорожнения кишки и консистенцию каловых масс.

**THE INFLUENCE OF NUTRITION ON BRAIN FUNCTION AND THE
STATE OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM IN CHILDREN OF
DIFFERENT AGES**

Khlunovska L.Yu.

Department of Pediatrics and Medical Genetics

Higher State Educational Establishment of Ukraine

«Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

The fact that nutrition has a significant effect on the state of the central nervous system (CNS) and mental activity of the child has a long time no doubt. The lack of a number of important nutrients in the diet: protein, vitamins, macro- and microelements (especially iron, iodine and zinc), as well as polyunsaturated fatty acids (PUFA) and other essential nutritional factors has the most unfavorable effect on the development and function of the brain. Particularly great is the role of these nutrients in the development of cognitive functions in childhood. Among the most important cognitive functions are reaction time, attention and memory.

Given the fact that the structural development of the brain begins in the prenatal period and ends after 3 years of age, it can be assumed that the lack of certain nutrients in the infancy and early childhood can lead to disruption in the development and function of the brain. This is confirmed by numerous studies of children in developing countries, in situations of hunger and social upheaval, which show that a lack of food leads to severe brain disorders that often do not recover even when the nutritional deficiency is compensated.

Malnutrition in the early stages of pregnancy can cause a violation of the development of the fetal brain. Therefore, the child may have problems with behavior and intellectual development. Scientists from the University of Texas, USA, and the course of the study found that the lack of nutrients in the first half of pregnancy

adversely affects the formation of connections between brain cells, cell division and the level of growth factors in the fetus.

The child's intellectual abilities must be taken care of before its born. Therefore, during pregnancy, you need to eat foods that develop the child's brain. It is useful to eat foods rich in lecithin, which is found mostly in egg yolks, liver and meat, eat foods that contain a lot of iron and zinc (such as liver, eggs, nuts, buckwheat, cheese, fish, milk).

Cognitive impairment is inherent for many childhood diseases. For example, it is known that excessively high sugar content in the diet of children is accompanied by violations of behavior in the form of hyperactivity. A similar effect is caused by a deficiency of a number of vitamins, as well as inadequate intake of iron and zinc. The emergence in children of a condition known as «attention deficit and hyperactivity disorder» is associated with a deficiency of PUFA or the consumption of substances from the conventional group of «antinutrients» (food additives: artificial colors, flavors, preservatives, etc.).

The consequence of inadequate iron supply is primarily a violation of the myelination of nerve fibers, which is clinically manifested by a decrease in the conductivity of signals along the nerve pathways. Reducing the conductivity of sound and other signals slows down the perception of information, reduces the response amplitude and the reaction rate of the child. These violations persist not only during the period of the disease, but also in subsequent years of life. To date, there are reliable epidemiological evidence of decreased intelligence, especially cognitive functions, impaired behavior and decreased motor activity in children who have experienced anemia in early childhood.

In experimental studies, it was shown that zinc deficiency in the early neonatal period causes, in addition to a decrease of growth, also impairment of motor

functions. In children born from zinc-deficient mothers, some behavioral features were noted that indicate a change in the function of the hippocampus. Long-term studies of children with zinc deficiency showed a decrease in their ability to study.

Experimental studies demonstrate that the inclusion of additional choline in the diet of pregnant women alters the structure and function of the hippocampus in newborns: an increase in the activity of the response of nerve cells, an increase in the branching of pyramidal cells of the hippocampus. These data suggest that enrichment of the choline diet increases the activity of the physiological functions of the hippocampal pyramidal cells, including electrophysiological properties and morphology.

The data of modern studies show that insufficient of PUFA in the diet is accompanied by a decrease in visual acuity of infants. In clinical studies, it was demonstrated that the sensitivity of the retina (and visual acuity) depends on the availability of PUFA and increases with the additional inclusion of it in the baby's diet. In the work of D. Hoffman et al., who studied the effect of additional PUFA administration in the diet of children of the first year of life, demonstrated an increase in the rate of retina response to a light pulse when PUFA were included in the diet.

So, the peculiarity of micronutrients is that their deficiency causes changes in the most subtle and essential sphere for the life of person, the sphere of cognitive functions, which include memory, attention, ability to concentrate and training, emotional sphere, etc. These disorders can be little appreciable At the early stages of development, but can lead to long-term adverse effects in the CNS, which may be accompanied by a decrease in the ability to study, behavioral disabilities and ultimately a decline in quality of life.

RISK FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF THE GASTROINTESTINAL TRACT CONGENITAL MALFORMATIONS

Lastivka I.V., Khlunovska L.Yu.

Department of Pediatrics and Medical Genetics

Higher State Educational Establishment of Ukraine

«Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

Abnormalities of the gastrointestinal tract are one of the most prognostically unfavorable congenital malformations (CM), which can be found in fetuses. They form about 11% of prenatally detected malformations.

The purpose of research was to study the epidemiology and risk factors in the development of the gastrointestinal tract congenital malformations (GIT CM) among infants of Chernivtsi region.

It was analyzed medical documentation of children with GIT CM for the 2005-2015 years. Diagnosis of CM included clinical examination, genealogical analysis, the use of instrumental methods, and in cases of death of patients – data of pathological anatomical autopsy.

Risk factors included sex of the newborn, number of pregnancies, age of parents, family education, ethnicity, bad habits, diseases at the time of conception and during pregnancy, recurrent miscarriages in early pregnancy and stillbirth in anamnesis.

Results. For 2005 – 2015 years in Chernivtsi region were born 109,217 babies, 3430 had different CM. GIT CM suspected in 74 children (0,68 ‰) and its 2,16% of all CM.

The structure of GIT CM: Hirschsprung's disease – 21%, intestinal obstruction, intestinal atresia, esophageal atresia and pyloric stenosis each in 15%, Meckel diverticulum, biliary atresia in 5%, liver cyst – 4%.

Analyzing risk factors of GIT CM was found that 41% of children were born from II pregnancy; the average age of mothers – 20-25 years (53%), men age over 30 years was in 44%; 44% of women and 60% of men regularly consumed alcohol; 15% of women and 67% of men smoked; 29% of parents regularly consumed coffee. II (A) blood group – in 35% of women, 67% had Rh +. 29% of women indicated mental load, 62% of men – physical load. Previous abortions reported in 23% of cases, risk of miscarriage during the current pregnancy – 38% of women. Anemia during pregnancy was detected in 47% of subjects, inflammatory diseases of the genital tract – 18%, TORCH infections – 9% of pregnant women.

Thus, the study allows to form the group of risk of GIT CM and to develop regionally-oriented prevention and differential programs.

**СУЧАСНИЙ АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ
ХОЛЕЛІТІАЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ТА
ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2**

Марчук Ю.Ф., Андрійчук Д.Р.*

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

Кафедра педіатрії та медичної генетики*

Вищий державний навчальний закладу України

«Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

Для покращення ранньої діагностики холелітіазу у хворих на хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ) на тлі цукрового діабету типу 2 (ЦД) окремих показників, зазвичай, не достатньо. В даному випадку потрібно використовувати системний підхід як в діагностиці, так і в корекції виявлених змін. Тому ми вирішили встановити та проаналізувати кореляційні зв'язки між біофізичними та біохімічними параметрами жовчі в осіб усіх груп для встановлення тонких біохімічних зв'язків в складній системі ліпідного гомеостазу.

Положення про перенасичення жовчі холестеролом (ХС) на найбільш ранніх стадіях холелітіазу, що супроводжується змінами концентрації ХС жовчі та його солютантів, лягло в основу методів оцінки літогенних властивостей жовчі. Серед розрахункових показників, що відображають зміни біохімічних властивостей жовчі та її схильність до каменеутворення, першим було запропоноване співвідношення жовчні кислоти (ЖК)/ХС. Проте при обстеженні окремо взятих пацієнтів зниження цього коефіцієнту лише в частині випадків відповідало наявності холелітіазу. Він може знижуватися і при других захворюваннях жовчного міхура та печінки, може залишатися нормальним у хворих з конкрементами в жовчному міхурі. Більш точними є індекс Ісаксона,

який представляє собою трьохкомпонентну систему (ХС, ЖК та фосфоліпіди (ФЛ)).

В той же час представлені дані, які свідчать про перенасичення жовчі ХС спостерігаються у практично здорових осіб та пацієнтів з ожирінням без наступного формування конкрементів та не виявляються у значної частини осіб з холестероловими каменями в жовчному міхурі. Не знаходять повного пояснення причини структурної та мікроструктурної гетерогенності холестеролових конкрементів, які мають, як правило, пігментований центр та містять, окрім кристалів ХС, глобулярну речовину. Перенасичення жовчі ХС – необхідна, проте недостатня умова для формування жовчних конкрементів.

Патофізіологія формування жовчних конкрементів включає в себе 3 стадії: насичення, кристалізація та ріст. Найбільш нестабільною є фаза рідких кристалів, коли можливий перехід як в міцелярну фазу, так і в фазу справжніх мікрокристалів. Лабільність фізико-хімічних процесів, що відбуваються в порожнині жовчного міхура, може бути використана для корекції сольобілізації ХС в жовчі. Тому в якості кількісного параметру ми обрали коефіцієнт кристалізації Q , величина якого визначається відношенням сумарної площі центрів кристалізації $S(W=0)$ до загальної площі S_0 лазерного зображення досліджуваного зразку жовчі. Це дозволяє виявляти патологічні механізми на рівні саме фази рідких кристалів, коли традиційні індекси літогенності залишаються «німими». Власне цим і зумовлена необхідність комплексної діагностики порушень жовчного гомеостазу у даних категорій пацієнтів.

Результати проведеного дослідження дають нам змогу краще зрозуміти основні ланки патогенезу поєднаної патології, а саме – ХНХ та ЦД. Згідно з результатами проведених досліджень не викликає сумніву той факт, що найбільше порушення усіх видів обміну спостерігається у хворих на ХНХ та

ЦД. Це підтверджує теорію про феномен взаємного обтяження. Більш легкі порушення метаболізму в організмі відбуваються у хворих на ізольованій ХНХ.

Встановлено, що у хворих на ХНХ та ЦД (1 група) основну роль в літогенезі відіграє порушення регуляції рівня ХС. Звичайно відбувається порушення й інших ланок ліпідного обміну організму хворих, проте провідне місце належить саме ХС. У хворих на ХНХ (2 група) основні порушення відбуваються за рахунок ЛПВГ, які є контр-факторами атерогенності та каменеутворення.

Звертає на себе у вагу той факт, що захворювання біліарної системи протікають малосимптомно у хворих на ЦД, що пов'язано з наявністю діабетичної автономної нейропатії. У цієї категорії хворих досить часто не вдається попередити процеси літогенезу, а доводиться вже лікувати сформовані камені медикаментозно та хірургічним шляхом. Для хворого на ЦД оперативне втручання є дуже потужним стресом, що може призвести до декомпенсації основних систем організму, тому в такій категорії пацієнтів необхідно проводити ранню діагностику каменеутворення та його профілактику.

Для цієї категорії хворих недостатньо визначити лише ліпідний спектр крові, оскільки при ЦД відбувається порушення усіх видів обміну практично в усіх біологічних рідинах. Тому отримані дані можуть не повністю відображати існуючу картину. Проте з часом ці зміни з'являться, і їх необхідно попередити на ранньому етапі, для уникнення проблем у майбутньому.

Враховуючи особливості змін ліпідного обміну у хворих з поєднаною патологією, потрібно проводити такій категорії пацієнтів обов'язкове багатомоментне дуоденальне зондування із взяттям міхурової порції жовчі для біохімічного дослідження. При оцінюванні результатів біохімічного

дослідження жовчі потрібно враховувати всі зміни, оскільки окремі показники не здатні об'єктивно показати реальну картину. У даному випадку потрібно використовувати індекси літогенності: такі співвідношення як жовчні кислоти/холестерол та фосфоліпіди/холестерол. Вони здатні показати за рахунок якої ланки відбувається порушення і на яку саме ланку обміну потрібно впливати як з профілактичною, так і з лікувальною метою. Для визначення літогенності жовчі також потрібно використовувати індекс Ісаксона. Даний індекс являє собою трьохкомпонентну систему, яка здатна достовірніше вказати на підвищені літогенні властивості жовчі. Обов'язковим повинно бути проведення лазерної поляриметрії зразків жовчі зі складання поляризаційно-кореляційних мап та селекцій з наступним розрахунком коефіцієнту кристалізації.

**CHRONIC CHOLECYSTITIS AND DIABETES MELLITUS TYPE 2:
MODERN METHODS OF DIAGNOSTICS OF CHOLELITHIASIS**

Marchuk Yu.F., Andriychuk D.R.*

Department of Clinical Immunology, Allergology and Endocrinology

Department of Pediatrics and Medical Genetics*

Higher State Educational Establishment of Ukraine

«Bukovinian State Medical University», Chernivtsi, Ukraine

Taking into consideration the great importance of metabolism disorders by diabetes mellitus and cholelithiasis, it is of great value the investigation of interrelations of these pathological processes.

The aim of our investigation was to establish peculiarities of phase data disorders of bile by patients with chronic acalculous cholecystitis combined with diabetes mellitus type 2.

There were used such methods of investigation: clinical, biochemical, instrumental, micro-, macroscopic, statistical. Detailed clinical investigation was carried out with 30 patients with chronic acalculous cholecystitis combined with diabetes mellitus type 2 (1st main group), 30 patients with chronic acalculous cholecystitis (2nd group) and 10 almost healthy patients.

Comparative investigations of statistic, correlative and fractal parameters, which characterized phase distributions in laser images of bile specimens of patients with chronic cholecystitis combined with diabetes mellitus, have given further results. From achieved data from laser images of bile by patients of all groups and healthy people we could say that the most informative diagnostic value data for revealing gallstone disease were dispersion, asymmetry, excess, which characterized phase allocation. There were defined further diapason changes statistic moments of 1-4 order of laser images of bile between group of healthy people and investigated

groups of patients: dispersion (increase in 1,5-2,1), asymmetry (increased in 3-16), excess (increased in 3-12). The usage of statistic analysis of phase distribution in laser images of bile by different diseases makes possible differentiation of bile peculiarities by patients with combined pathology.

Conclusions: 1. There is proposed model of formation of phase distribution in images of bile layers like process of coordinate modulation of laser ionization by bile liquid-crystal formations. There are analyzed different variants of transformation the last in firm crystals (calculi). 2. There is shown, that the most informative for early revealing of cholelithiasis are dispersion, asymmetry, excess, which characterize phase distribution of laser image of bile. The usage of statistic analysis of phase images of bile by different types pathology make possible differentiation of bile changes in patients with combined pathology.

**ОСОБЛИВОСТІ ЗМІНИ ДАНИХ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ ОБСТЕЖЕНЬ
У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ НА
ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТИПУ 2**

Марчук Ю.Ф., Андрійчук Д.Р.*

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

Кафедра педіатрії та медичної генетики*

Вищий державний навчальний закладу України

«Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

Вступ. Інструментальні обстеження відіграють провідну роль при будь-яких захворюваннях у людини, особливо при поєднаних патологіях, коли феномен взаємного обтяження не дозволяє достовірно оцінити клінічні прояви у даної категорії хворих.

Метою нашої роботи було діагностувати особливості зміни даних інструментальних обстежень у хворих на хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ) на тлі цукрового діабету 2 типу (ЦД).

Матеріал та методи обстеження. Було обстежено 2 групи пацієнтів: 1 група – хворі на ХНХ та ЦД (28 осіб); 2 група – хворі на ізольований ХНХ (26 осіб). Групи були репрезентативні за віком, статтю та місцем проживання. Усім хворим було проведене ультразвукове обстеження органів черевної порожнини та багатомоментне дуоденальне зондування за стандартними методиками.

Результати обстеження. У хворих на ХНХ та ЦД спостерігалось переважання таких ехографічних ознак як збільшення розмірів жовчного міхура, негомогенність вмісту та нерівність контурів, наявність деформації жовчного міхура (ЖМ). У той же час у 81,7% хворих даної групи був наявний позитивний синдром Мерфі, що було вірогідно менше частоти такої ж ознаки у хворих на ХНХ ($p < 0,05$). Це доводить той факт, що у хворих, які мають

супутній ЦД, спостерігається підвищення порогу больової чутливості. Потовщення стінок ЖМ спостерігалось у всіх осіб 1-ї та 2-ї груп. У хворих 1-ї групи тривалість III, IV та V фаз багатомоментного дуоденального зондування було вірогідно збільшена відносно аналогічних показників 2-ї групи ($p < 0,05$). Це свідчить про поглиблення дизрегуляції біліарної системи при поєднанні обох патологій. У хворих на ХНХ в більшості випадків також переважав гіпокінетичний тип дискінезій. У хворих 1-ї групи спостерігалось достовірне збільшення об'єму жовчі відносно показників 2-ї групи ($p < 0,05$). У хворих на ХНХ та ЦД збільшення об'єму жовчі було максимальним, що свідчить про більш глибокі порушення моторики ЖМ, ніж при ізольованому ХНХ за гіпотонічним типом.

Висновки. Встановлено, що у хворих на ХНХ та ЦД 2 типу спостерігаються потовщення стінок, нерівність та наявність деформацій, збільшення розмірів ЖМ, зниження порогу больової чутливості при перевірці УЗД-симптому Мерфі, наявність гіпотонічно-гіпокінетичної дискінезії ЖМ. У хворих на ХНХ виявлено всі 5 ехоскопічних ознак запалення жовчного міхура, гіпотонічно-гіпокінетичну дискінезію ЖМ.

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ГАСТРОІНТЕСТІНАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ У ДІТЕЙ З РІЗНИМ ВИДОМ ВИГОДОВУВАННЯ

Мельничук Л.В.

Кафедра сімейної медицини,

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

Функціональні порушення шлунково-кишкового тракту займають провідне місце в структурі патології органів травлення дітей. Частіше виникають в дітей раннього віку внаслідок морфо-функціональної незрілості, особливо у передчасно народжених малюків. Механізми виникнення функціональних порушень різноманітні і визначаються анатомо-фізіологічними особливостями дитячого організму, вегетативними дисфункціями, часто пов'язаними з психоемоційними факторами. Значну роль у виникненні функціональних розладів відводять системі нейро-гуморальної регуляції шлунково-кишкового тракту. Дігностика функціональних гастроінтестинальних розладів може викликати значні труднощі у лікарів, супроводжуватися багатьма додатковими дослідженнями і приводити до нераціональної терапії.

Метою наших досліджень було вивчення частоти функціональних гастроінтестинальних розладів у дітей раннього віку в залежності від виду вигодовування. Проведено вивчення 120 облікових форм-112 (історія розвитку дитини). За даними документації функціональні гастроінтестинальні розлади мали лише троє дітей. В той же час активне опитування батьків (n=73) засвідчило, що в групі дітей на грудному вигодовуванні в 67,6% спостерігались малюкові кольки. В групі дітей на штучному вигодовуванні у 88,0% дітей мали місце кольки. В групі дітей на

змішаному вигодовуванні кольки мали 69,2% дітей. Малякову регургітацію мали 24,3% дітей на грудному вигодовуванні і 8,0% дітей на штучному вигодовуванні. Функціональний закреп за даними опитування батьків мали 2,7% дітей на грудному вигодовуванні та 8,0% дітей на штучному вигодовуванні.

Таким чином, функціональні гастроінтестинальні розлади у дітей раннього віку властиві дітям із різним видом вигодовування. Відсоток дітей, які мали функціональні розлади був вищий при штучному вигодовуванні, однак і у дітей на виключно грудному вигодовуванні був достатньо високим (67,6%). Це підтверджує роль саме морфо-функціональної незрілості дитини з різними видами вигодовування у виникненні функціональних гастроінтестинальних розладів в ранньому віці. Потребує удосконалення діагностика та верифікація діагнозу функціонального гастроінтестинального розладу в дітей педіатрами та сімейними лікарями.

ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ ІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ДИСПЕПСІЄЮ

Міхєєва Т.М.

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Відповідно до Римських критеріїв III, діагноз функціональна диспепсія застосовується для визначення захворювання, що виникає у гастродуоденальній ділянці при відсутності органічної, системної та метаболічної патології і характеризується наявністю одного чи більше типових симптомів, визначених діагностичними критеріями. Виділяють два підтипи функціональної диспепсії: синдром епігастрального болю (епігастральний больовий синдром), який характеризується переважно скаргами на біль в епігастральній ділянці, та пост-прандіальний дистрес-синдром, при якому переважають симптоми, пов'язані з порушенням моторики (відчуття переповнення в надчеревній ділянці і раннє насичення, що відмічаються «більше 3 разів на тиждень» і завжди виникають після прийому їжі). Діагноз «функціональна диспепсія» рекомендується застосовувати для визначення захворювання неорганічної природи, перебіг якого відбувається з типовим синдромом диспептичних скарг (епігастральний біль, раннє насичення, відчуття переповнення після їжі, епігастральна печія), які турбують пацієнта протягом останніх 6 міс, і яка не є проявом органічної патології, що могла б спричинити зазначені диспептичні симптоми.

До заходів первинної профілактики функціональної диспепсії у дітей належать рекомендації щодо способу життя і харчування:

1. Збалансоване харчування, корекція маси тіла, уникнення переїдання.

2. Уникнення факторів, які провокують порушення травлення: вживання жирної, гострої, копченої, соленої їжі, кави, чаю, шоколаду, тютюнопаління.

3. Уникнення стресових ситуацій у житті.

Харчування при функціональній диспепсії повинно бути частим і дробним. Хворому слід їсти приблизно шість разів у день. Основну частину добового раціону потрібно перенести на першу половину дня, щоб на вечерю залишилася невелика порція. Наїдатися на ніч - досить небезпечна звичка при диспепсії.

Слід вживати якомога більше знежирену їжу - змінити склад ліпідів у раціоні (наприклад, із важких і тугоплавких тваринних на рослинні жири). Рекомендовано споживати нежирні сорти м'яса, риби, сиру.

Дієта при диспепсії передбачає відмову від таких напоїв: кави, міцного чаю, газованих напоїв, - а також від шоколаду, спецій, цитрусових. Всі вони подразнюють слизову оболонку шлунку, стимулюють секрецію шлункового соку та хлороводневої кислоти, що тільки посилює прояви диспепсії. Також варто виключити вживання продуктів, які викликають підвищене газоутворення: бобові, огірки, горіхи, капусту.

У раціон дитини необхідно включати більше складних вуглеводів, клітковини, які містяться, наприклад, в крупах, макаронах, картоплі, хлібі з висівками. Після корекції харчування у більшості дітей найчастіше прояви диспепсії зникають зовсім.

DIETARY HABITS AS A KEY FACTOR OF CHRONIC DIGESTIVE DISEASES IN SCHOOLCHILDREN

Mikhieieva T.M., Popelyuk N.O., Popelyuk O-M.V.

Department of Pediatrics, Neonatology and Perinatal Medicine

Higher State Educational establishment of Ukraine

"Bukovinian State Medical University", Chernivtsi, Ukraine

Nowadays, the medical community is considerable interested in the concept of dietary (nutritional) programming which is reinforced in recent decades by the research results and a single scientific concept was formed. This concept provides the peculiarities of children's nutrition during critical periods of life and establishes (programs) features of their metabolism later in life and, consequently, susceptibility to certain diseases and exacerbation of chronic processes in the growing organism and their course.

As for the pathology of the digestive system - it ranks second place among all diseases in Ukrainian children and its prevalence is 148,95 ‰. The gastroduodenal pathology prevails in the structure of digestive diseases. Chronic gastritis and gastroduodenitis are the most common in chronic gastroduodenal pathology, and make up 31.09% in the structure of the diseases of stomach and duodenum. The chronic cholecystitis is also rather common in the variety of diseases of the digestive tract in children and its prevalence in children of Ukraine is 12%.

Therefore, the aim of our work was to assess the eating habits and main risk factors of chronic diseases of the digestive system in children of school age.

Materials and methods. We examined 60 school children, residents of Chernivtsy, who were hospitalized in the gastroenterology department of the Clinical city children's hospital with chronic digestive diseases (30 children with chronic gastroduodenitis and 30 children with chronic cholecystitis). The clinical diagnosis

verification was carried out according to the protocols for treatment of children "Pediatric Gastroenterology" (MOH Ukraine from 29.01.2013, No 59). The average age of children constituted 13,4 years. Ratio of girls to boys - 1:1. The following methods were used: clinical, instrumental and laboratory, sociometric.

Results and their discussion. In a survey we questioned the students about characteristics of their diet, frequency of meals, use of various products according to food pyramid.

The examined group of school children had some eating habits. Most of them, 62.3% of children took meals three times a day, 25.6% of children - 1-2 times, 12.1% - once a day, every day. Regular meals at certain hours had 45% of children, and 55% - ate irregularly. Daily warm meals for 2-3 times a day were taken by 42.5% of children and 57.5% - 1-2 times a day.

Among the surveyed school children 19.5% ate meat products daily, 52.4% - 2-3 times a week, 28.1% of children - 1 time a week and less. Daily dairy products were taken by 33.6% of children, 2-3 times a week - 43.0% of children, 1 time - 23.4%. Fruits were consumed daily only by 40.6% of pupils, 41.0% of children - 2-3 times a week, 1 time per week - 18.4% of children. The vegetables were consumed daily by 33.6% of children, 2-3 times a week - 66.4%. The bakery dominated in 38.2% of pupils in the daily diet. While in school's dining room only 18% of children ate daily, 46.3% - used it occasionally, 35.7% of children did not use the dining room at all.

Conclusions. 1. Thus, the examined children had the following eating habits: irregular meals, lack of acceptance of warm food and various products of the food pyramid, including fruits and vegetables. 2. The above listed dietary habits are the risk factors for chronic diseases of the digestive system in children of school age.

МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ХАРЧУВАННЯ

ШКОЛЯРІВ

Нечитайло Ю.М.

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

Діти є категорією населення найбільш чутливою до якості та погіршень в харчуванні. Якість їх харчування може носити програмуєчий характер, з одного боку створюючи довготривалі позитивні зміни у процесах росту та розвитку дитячого організму, з іншого, закладаючи патогенетичні механізми виникнення соматичної патології у наступні роки. Проблема гігієнічної оцінки якості харчування населення тривалий час не знаходила ефективного вирішення. Впровадження у США так званої «піраміди здорового харчування», заклало методологічні основи для оцінки трьох критеріїв щоденного раціону – достатності, збалансованості та різноманіття складових. За цією методологією всі продукти були розділені на п'ять основних груп, на основі яких у 1995 році американськими науковцями було запропоновано розрахунок індексу здорового харчування (healthy eating index - HEI). Схожу багаторівневу систему класифікації нутрієнтів для створення системи здорового харчування було введено і у Канаді. Цей інструмент був спрямований на оцінку якості харчування та запровадження відповідних норм споживання за обсягом і типом продуктів. Ця система стала першою державною програмою, яка класифікує продукти в кожній харчовій групі та створює чотири рівня якості харчування.

На основі отриманого у цих країнах досвіду, ВООЗ запропонувала класифікацію поживних речовин у харчових продуктах описану як “наука про

класифікацію та ранжування харчових продуктів за їх нутритивним складом з метою попередження хронічних хвороб і зміцнення здоров'я". Прийнятий документ став підставою для промислового маркування упаковок продуктів харчування, фортифікантів, а також вимогою до маркетингу і реклами продуктів дитячого харчування. У 2015 році ВООЗ розробила також відповідну модель для країн Європи.

Згідно дієтичних рекомендацій для американців, які є основою поточної федеральної політики США в галузі харчування, був запропонований індекс здорового харчування 2005 (HEI-2005). HEI-2005 є інструментом оцінки харчової поведінки та засобом для вимірювання якості харчування. HEI-2005 складається з 12 компонентів, кожен з яких представляє різні аспекти якості раціону. Харчова адекватність раціону визначається за вживанням фруктів (в тому числі свіжих), овочів (з окремим виділенням зелених та помаранчевих овочів), загальних злакових продуктів, молочних продуктів, м'ясних, рибних та бобових, рослинної олії. Більш високі бали відображають більш високі рівні цих компонентів, що наближає їх до рекомендованих норм. Інші три компоненти, для яких рекомендується помірність - це насичені жири, солоні та висококалорійні продукти (включаючи жирні молочні продукти і цукор). Більш високі бали для них мають зворотній характер – оцінюють їх низький вміст.

В нашій роботі, присвяченій якості харчування школярів ми застосували власний індекс (індекс якості харчування – ІЯХ), який включав не тільки склад продуктів, але і дотримання способу їх обробки та режиму харчування. Для стандартизації результати були оброблені за перцентильною методикою, де найкращий результат складав 100%. Нами було обстежено 156 дітей шкільного віку (середній вік - $13,6 \pm 0,23$ року). За розробленою нами анкетною оцінювали особливості харчування та стереотипи харчової поведінки. Опитувальник

включав перелік запитань, які формують уявлення про дотримання режиму харчування, збалансованість вживання продуктів з основних п'яти груп «піраміди харчування».

Якість харчування нами вивчалася у складі загальної якості життя пов'язаної зі здоров'ям, як фізіологічна складова останньої. Загальний ІЯХ у обстежених дітей склав $79,9 \pm 0,9\%$, він був суттєво гіршим у дітей з надлишковою масою тіла та ожирінням - $67,9 \pm 1,6\%$. В цілому ІЯХ мав сильні позитивні кореляції з загальним показником якості життя та його окремими складовими – фізичним та ментальним функціонуванням. Отже, застосування сучасної методології оцінки якості харчування надає можливість ефективно оцінити як нутритивне забезпечення окремої дитини, так і використовувати їх в якості популяційних показників.

ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Нечитайло Ю.М., Підмурняк О.Я.

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

Харчування відіграє важливу роль в рості і розвитку здорових дітей та є особливо значущим у дітей з метаболічними порушеннями. Формування раціонального режиму прийому їжі та відповідно здорового стереотипу харчової поведінки з самого раннього дитинства допомагає запобігти ожирінню, метаболічному синдрому і оптимізувати лікування таких захворювань, як цукровий діабет та ряд інших хронічних захворювань. Особливо важливим є синхронізація прийомів їжі та лікувальних засобів, дотримання режиму харчування, що часто тісно перетинається із природнім хронотипом дитини. Впровадження в практичну медицину елементів хронобіології пов'язано з важливим значенням біологічних ритмів у забезпеченні нормальної життєдіяльності організму. Порушення добових біоритмів призводять не тільки до розладів сну, зниження розумової і фізичної працездатності, але і є компонентами в розвитку різних захворювань. Добовий (циркадіанний) ритм є ендогенним і забезпечує адаптацію організму до змін геофізичних чинників протягом доби і тому є важливим компонентом синхронізації між ним та раціональною побудовою розпорядку дня дитини, режимом її харчування.

Метою нашої роботи було вивчення особливостей режиму харчування дітей шкільного віку з цукровим діабетом. Було проаналізовано режим харчування та приблизний добовий розподіл калорій за прийомами їжі у 36 дітей з цукровим діабетом (вік 10-18 років). За розробленою нами анкетною

оцінювали особливості харчування (дотримання режиму харчування, збалансованість вживання продуктів з основних п'яти груп «піраміди харчування», вживання вітамінно-мінеральних комплексів, продуктів для хворих на цукровий діабет) та стереотипи харчової поведінки дітей. Проводилося також визначення циркадіанного хронотипу з допомогою анкети Хорна-Остберга, результати якої оброблялися статистично з оцінкою хронотипу за перцентильним коридорами балів отриманих за шкалою. При аналізі якості харчування було відмічено більш жорстке дотримання режиму прийому їжі у дітей з ранковим та денним хронотипами, в той час як у дітей з вечірнім хронотипом частіше реєструвалися відхилення. У дітей з надлишковою масою за показниками індексу маси тіла зареєстрована не тільки вища частота дієтичних відхилень, але і менша фізична активність та більший відсоток порушення режиму харчування. Практично у всіх дітей мала місце незбалансованість харчування, в якому значною мірою було недостатнім споживання м'ясних, молочних продуктів та фруктів.

Уподобання школярів є однією із складових харчового стереотипу і часто пов'язані із порушеннями режиму харчування. Серед харчових уподобань обстежені діти віддавали перевагу фруктам та ягодам, в тому числі і імпортом – бананам, мандаринам, апельсинам. Другим за частотою були м'ясні продукти – більше половини дітей, наступним продуктом були блюда із картоплі – 33%, а 17% дітей віддавали переваги молочним виробам.

Таким чином, наведені нами дані дозволяють зробити висновок, що в обстежених дітей часто порушується режим харчування, недостатньо збалансований склад уживаних продуктів. Як певну групу ризику до таких відхилень можна виділити дітей із вечірнім хронотипом.

ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧУВАННЯ СУЧАСНИХ ШКОЛЯРІВ

Нечитайло Ю.М., Ковтюк Н.І., Регульська І.Б.

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

Харчування відіграє важливу роль в рості і розвитку дітей та підлітків, де як недостатнє, так і надлишкове вживання різних продуктів може мати серйозні наслідки для здоров'я. В даний час встановлені переконливі докази того, що дієтична поведінка формується в ранньому дитинстві і залишається стабільною аж до повноліття. Створення здорової харчової поведінки з самого раннього дитинства допомагає запобігти ожирінню і ряду інших хронічних захворювань, а особливості її формування у дітей є одним із найбільш актуальних питань суспільної охорони здоров'я. В розвинутих країнах широко впроваджуються дієтичні керівні принципи і рекомендації, необхідні для підтримки здорового харчування у дітей, формування довгострокових позитивних трендів харчової поведінки, і, особливо, запобіганню ожиріння.

В останні роки на продуктовому ринку нашої країни з'явилася значна кількість нових харчових виробів, овочів та фруктів із зарубіжних країн, нових форм харчової продукції придатної для тривалого зберігання, і яка часто відрізняється незбалансованістю свого складу та наявністю різноманітних консервантів, смакових додатків тощо. Незважаючи на значне число робіт, присвячених даній проблемі, ряд питань, пов'язаних з вивченням якості харчування дітей у сучасних умовах залишається недостатньо висвітленим, оскільки формування стереотипів харчової поведінки є продуктом взаємодії багатьох факторів. Найбільш вагомими серед них – національні традиції, соціальне

середовище, медійні впливи, загальний рівень освіченості і обсяг знань з питань харчування, особисті смакові уподобання.

В нашій роботі ми проаналізували особливості харчування дітей шкільного віку. Було обстежено 156 дітей шкільного віку (середній вік - $13,6 \pm 0,23$ року) клінічно здорових та дітей з гастродуоденальною патологією. За розробленою нами анкетною оцінювали особливості харчування та стереотипи харчової поведінки. Опитувальник включав перелік запитань які формують уявлення про дотримання режиму харчування, збалансованість вживання продуктів з основних п'яти груп «піраміди харчування», вживання вітамінно-мінеральних комплексів та харчові уподобання дітей. Статистичну обробку результатів проводили за стандартними методами варіаційної статистики та кореляційного аналізу. З оброблених анкет було встановлено, що режиму харчування не дотримувалися 22,1% дітей, не вживали теплої їжі щоденно - 20,8%, рідко вживали овочі – 27,3%, рідко вживали фрукти – 48,1%, недостатньо отримували молочних продуктів стільки ж дітей (48,1%), а м'ясних страв – 49,4%. Морепродукти відносились до найбільш рідкісних страв – тільки 20,8% дітей вживали їх спорадично.

Все це дозволило сформуванню безпосередньо уяву про домінуючі стереотипи їх харчової поведінки. Впадає в очі низький рівень щоденного вживання рибних, м'ясних та молочних продуктів. В той же час, кондитерські вироби складають значну частину харчового кошика дітей. Незадоволені якістю свого харчування 14,5% школярів, в той час як 68,3% повністю задоволені.

Проведений аналіз частоти вживання та уподобань дозволив виділити певні стереотипи харчової поведінки. Раціональне харчування із достатністю, збалансованістю та різноманітністю страв було відмічене всього у 15%

школярів. Превалюючими були стереотипи харчування «йододефіцитний» (89% дітей рідко вживають рибу, морепродукти та інші страви багаті на йод) «вітаміндефіцитний» (тільки 40% щоденно вживають свіжі фрукти, а 19% - один раз на тиждень та рідше, зменшений і об'єм вживання овочів.) та «вуглеводний» (переважне споживанням висококалорійних вуглеводних продуктів, макаронних та кондитерських виробів, солодоців, за рахунок яких в основному забезпечується калорійність добового раціону). При цьому серед обстежених дітей є група осіб, які регулярно вживають слабоалкогольні напої. Представляла інтерес обізнаність школярів про збалансоване та раціональне харчування і їх ставлення до свого здоров'я в цілому. Жоден з опитаних не зміг визначитися із власними калорійними потребами та принципами збалансованого харчування. В той же час, 90% мали чітку уяву про оптимальну кількість прийомів їжі, всі діти були обізнані із роллю вітамінів і більше половини приймали їх упродовж року.

Таким чином, наведені нами дані дозволяють зробити висновок, що в обстежених дітей домінують стереотипи харчування, які сприяють порушенням мінерального та вітамінного обміну, зростанню ризику надлишкової маси тіла. Особливу тривогу викликає відсутність у більшості респондентів мотивації і необхідних знань з питань організації раціонального та збалансованого харчування.

ОСОБЛИВОСТІ ДІЄТИЧНОГО ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ ІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ

Нечитайло Д.Ю.

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Функціональні розлади біліарного тракту займають одне з провідних місць серед захворювань шлунково-кишкового тракту у дітей, як у світі, так і в Україні зокрема. З кожним роком кількість дітей, у яких діагностують функціональні розлади жовчного міхура та сфінктера Одді невпинно зростає. У структурі патології біліарного тракту функціональні розлади жовчного міхура складають 65-70 %. Найчастіше ці захворювання проявляються у шкільному віці, що зумовлено цілою низкою психологічних та соціальних факторів. У дітей дошкільного віку виявляються переважно ізольовані функціональні розлади жовчного міхура. Функціональні розлади біліарного тракту проявляються порушенням моторики жовчного міхура та тонуусу сфінктерного апарату внаслідок недостатнього чи надмірного скорочення жовчного міхура та сфінктерного апарату.

Основними етіологічними механізмами розвитку функціональних розладів біліарного тракту є: порушення режиму харчування, незбалансованість їжі, порушення харчового стереотипу, зловживання копченими, смаженими, соленими й рафінованими продуктами, обтяжена спадковість. Велике значення у виникненні захворювання відіграють психоемоційні порушення, стресові чинники, порушення моторно-евакуаторної функції травного тракту, харчова алергія.

Поряд із медикаментозним лікуванням важливу роль у терапії функціональних розладів біліарного тракту відіграють дієтичні фактори, так, як дієтотерапія – один з головних методів корекції стану жовчевивідних шляхів. При функціональних розладах біліарного тракту дітям із раціону потрібно виключити смажені, жирні і гострі страви, а також копченості, так як вживання даних продуктів сприяє підвищенню в'язкості жовчі. Варто обмежити продукти, що містять багато холестерину.

При гіперкінетично-гіпертонічній формі функціональних розладів біліарного тракту потрібно в першу чергу зменшити вживання продуктів, які стимулюють моторику жовчного міхура і жовчевивідних шляхів. До таких продуктів відносять: страви з жирних сортів м'яса, з великою кількістю рослинної олії, бульйони, тістечка. Рекомендовано вживати гречану, вівсяну, пшеничну каші, хліб з висівками.

При гіпокінетично-гіпотонічній формі функціональних розладів біліарного тракту за допомогою їжі, навпаки, потрібно стимулювати виділення жовчі. Для цього рекомендовано додавати в меню сметану, вершкове масло, вершки, яйця. Каші, фрукти і овочі також допоможуть нормалізувати жовчевиділення при цьому різновиді розладу.

Мета: дослідити особливості харчування дітей із функціональними розладами біліарного тракту.

Матеріали та методи дослідження. Нами було обстежено 80 дітей шкільного та дошкільного віку, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у гастроентерологічному відділенні міської дитячої клінічної лікарні, мешканців м. Чернівці та Чернівецької області. Середній вік дітей складав 10,2 років. Співвідношення дівчат до хлопців – 1:1. Використано клінічні, антропометричні, лабораторні, соціометричні, статистичні методи дослідження.

Обговорення результатів дослідження. Дітей розподілено на дві групи: 40 дітей, які дотримувались дієти №5 за Певзнером складала основну групу, 40 дітей, які не дотримувались усіх дієтичних вимог – контрольну групу. Аналізуючи можливі фактори ризику функціональних розладів біліарного тракту ми спілкувалися безпосередньо з дітьми та їхніми батьками. Основні питання, які ми з'ясували при опитуванні були з приводу раціону харчування, вживання рідкої їжі в день, вживання різноманітних продуктів з піраміди харчування, приготування їжі.

Отримані результати показали на 3-й день дієтичного лікування больовий, диспепсичний, астено-невротичний синдроми зменшилися у 65 % дітей 1-ї групи; на 5-й день – у 85 % дітей; на 7-й день – у 99 %.

У контрольній групі спостерігалася дещо інша картина. На 3-й день дієтичного лікування больовий, диспепсичний, астено-невротичний синдроми зменшилися у 25 % дітей; на 5-й день – у 35 % дітей; на 7-й день – у 65 %.

Висновки. Таким чином, дотримання дієтичного харчування прискорює процес одуження та сприяє швидшому нівелюванню больового, диспепсичного та астено-невротичного синдромів у дітей із функціональними розладами біліарного тракту.

ПОГЛЯД УЧНЯ ПІДЛІТКА НА ОСОБИСТЕ ХАРЧУВАННЯ

Пацера М.В.

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Запорізький державний медичний університет», Запоріжжя, Україна

Харчування підлітка є важливою складовою його розвитку і стану здоров'я в майбутньому. Регулярність харчування, характер страв, ставлення дітей до сімейних традицій значно впливають на її фізичний, психічний розвиток, успішність в школі. Інтенсивне зростання підлітка потребує частого прийому різноманітних страв, ретельного і раціонального підбору продуктів, режиму їх вживання упродовж дня.

Мета. Проаналізувати режим харчування учнів підлітків і їх особисте ставлення до норми або відхилень у харчуванні.

Задача. Провести опитування за спеціально розробленою анкетною.

Матеріал і методи дослідження. Методом випадкового відбору було опитано 20 (100%) підлітків у віці 13 років, з них 10 (50%) дівчаток і 10 (50%) хлопців – учнів 7 класу гімназії міста Запоріжжя. В анкеті ставили запитання про час сніданку і вечері, перелік страви у дітей на сніданок і обід, скільки разів на день у них «перекуси» і які продукти вживають. Було запитання про особисту надмірну масу тіла, як діти розуміють поняття «здорове харчування», «шкідлива їжа», і щоб вони самі захотіли змінити у своєму раціоні харчування на краще.

Обговорення результатів. Майже всі учні снідають о 7 годині ранку, часто це каші з молоком або м'ясом. На обід в школі у дітей бутерброди, фрукти та солодощі, який організують о 12.30 для всіх учнів. Вечеря о 18.00 тільки у 40%, інші мають вечерю пізніше. Щодо «перекусів» протягом усього дня, то

близько 40% дітей постійно їдять бутерброди або солодощі, 60% – фрукти. На думку 60% підлітків, порівну дівчаток і хлопців, вони мають надмірну масу тіла. Після вивчення індексу маси тіла у всіх опитуваних виявили, що у дівчаток він коливається у діапазоні від 10 перцентилю до 95, в середньому становив 25-50, тобто середні значення. У чотирьох дівчаток індекс маси тіла має тенденцію наблизитися до надмірної маси тіла. У хлопців індекс маси тіла становив від 25 перцентилю до 85, тобто середні значення. Поняття «здорове харчування» діти пояснювали як вживання «відомої» їжі, яку пропонують батьки, «шкідлива їжа» - це чіпси, сухарики, солодкі газовані напої. Щодо покращення свого раціону харчування, то хлопці про це мало замислюються, а дівчатка вважають, що потрібно відмовитися від великого вживання їжі в цілому, також більше їсти свіжих овочів та фруктів.

Висновки:

1. Діти вірно розуміють вплив «шкідливої їжі» на стан здоров'я і переваги «здорового харчування», прислухаються до порад батьків.
2. Висока культура харчування у сім'ї, довірливі відносини дитини з батьками, сумісне приготування страв забезпечать формування раціонального стереотипу харчування у підлітка.

**ОСОБЛИВОСТІ ДІЄТОТЕРАПІЇ ЗАКРЕПІВ
У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ПАТОЛОГІЄЮ ЦНС
Пашенко І.В., Підкова В.Я., Круть О.С., Радутна О.А.**

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна

Закріпи є однією з поширених скарг, з якою звертаються батьки дитини раннього віку до педіатрів. Найчастішою причиною хронічного закріпу у дітей раннього віку є функціональні порушення моторно–евакуаторної функції товстої кишки, в основі яких лежить дискоординація тонічних і пропульсивних м'язових скорочень кишкової стінки. У формуванні закріпів у дітей раннього віку має значення постгіпоксичне і травматичне ураження ЦНС. Особливої уваги заслуговують психоемоційні і неврогенні порушення, обумовлені дисфункцією центральної і вегетативної нервової системи, що приводять до порушення гуморальних систем регуляції моторики кишківника. Має значення морфофункціональна незрілість дитини, що обумовлює пізній старт кишкових ензимів.

Для профілактики та лікування функціональних закріпів у дітей першого року життя, що знаходяться на штучному вигодовуванні, призначають спеціальні лікувальні і профілактичні суміші з галакто– і фруктоолигосахаридами, які мають схожий з харчовими волокнами механізм дії.

Мета дослідження: оцінка ефективності вигодовування дітей першого року з постгіпоксичним і травматичним ураження ЦНС, у яких спостерігались функціональні закріпи, лікувальною сумішшю Хумана Біфідус.

Матеріали і методи дослідження. Для лікування 32 дітей віком від 1 до 5 місяців з патологією ЦНС, страждаючих закрепами, призначалась лікувальна

суміш з лактулозою Хумана Біфідус. Суміш Хумана Біфідус вводилася перед основним годуванням, починаючи з 30мл в перший день, з подальшим поступовим щоденним збільшенням об'єму по 30мл до досягнення ефекту. Підбирався такий добовий об'єм суміші Хумана Біфідус, щоб стілець у дитини був нормальної консистенції 1-3 рази на добу. Суміш використовували для всіх годувань або замінювали 1, 2, 3 і більше годувань, а також суміщали в будь-яких співвідношеннях з сумішшю –замінником жіночого молока до нормалізації стільця.

Ефективність застосування лікувальної суміші оцінювали за зміною частоти и консистенції стільця у дітей. При клінічному огляді та пальпації кишечника дитини звертали увагу на стан язика, форму і розмір живота, наявність спазмованих ділянок кишківника. Макроскопія калових мас дозволяла виключити ускладнення по візуальних ознаках (наявність слизу, крові).

Результати досліджень та їх обговорення. Визначено, що клінічний ефект спостерігався при оптимальному добовому об'єму суміші 600-700 мл у 28,1% дітей на 3 добу від початку дієтотерапії, у 59,4% - відповідно на 5 добу. При досягненні позитивного результату об'єм суміші у раціоні дитини зменшували до 150-300мл на добу. Тривале застосування лікувальної суміші Хумана Біфідус при необхідності до 2-3 місяців надавало оптимальну послаблюючу дію та не викликало звикання. Наявність добре перевареного, м'якого стільця у дітей, що одержували молочну суміш з пребіотиком лактулозою, свідчить про нормалізуючий вплив продукту на процеси травлення в шлунково-кишковому тракті немовлят. Дієтологічна корекція, доповнена призначенням пробіотиків, дозволяла досягти ефект купіровання копрологічних синдромів у більш короткі терміни.

Висновки. Таким чином, організація лікувального харчування у дітей раннього віку з патологією ЦНС є складним процесом, що потребує індивідуального підходу, доброго знання принципів і положень дієтики та нових дієтологічних можливостей. Використання адаптованої лікувальної суміші з лактулозою є ефективним і безпечним методом лікування функціональних закрепів у дітей першого року життя, не викликає звикання і може використовуватися протягом тривалого часу.

ХАРЧОВІ ЗВИЧКИ В ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

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

Кафедра пропедевтики дитячих хвороб

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна

Харчування школярів являється досить вагомою проблемою дієтології та нутриціології. Ця проблема часто пов'язана не через відсутність можливості скласти раціони для дітей, а найчастіше через самотійну участь самих школярів у виборі продуктів харчування, самотійного складання раціонів, що в подальшому формує їх харчові звички. Метою нашого дослідження явилось вивчення харчування школярів загальноосвітніх шкіл за результатами опитування школярів і їх батьків. Як показало опитування, 83% батьків вважають, що їхні діти харчуються 3-4 рази на день. Водночас, після опитування дітей, встановлено, що більшість опитаних школярів (49%) приймають їжу 3-4 рази на день, 33% - 2-3 рази, а 18% школярів – 1-2 рази на день. Суттєві відмінності в харчуванні встановлено між учнями старших і молодших класів: серед старшокласників майже 75% підлітків не дотримуються рекомендованого режиму харчування, в той час, як серед першокласників таких дітей близько 5%. З віком у школярів формується звичка йти до школи без сніданку, причому частіше це явище стосується дівчаток. Більшість опитаних школярів (71%) самотійно 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 не приймати їжу за межами дому. Серед відвідувачів їдальні більшість школярів – 55% в якості перекусів віддають перевагу здобі і печиву, 23% - чіпсам, сухарикам, цукеркам,

13% - газованим напоям, 9% - сокам та фруктам. Таким чином, порушення режиму харчування формує в школярів харчові звички, які в подальшому призводять до нераціонального, незбалансованого харчування, і як наслідок – до порушень у стані здоров'я.

KEY FACTORS INFLUENCING HEALTHY EATING HABITS AMONG UNIVERSITY STUDENTS

Popelyuk N.O., Popelyuk O-M.V.*

Department of Pediatrics, Neonatology and Perinatal Medicine

Mykola Turkevich Department of human anatomy*

Higher State Educational establishment of Ukraine

"Bukovinian State Medical University", Chernivtsi, Ukraine

Poor nutrition and obesity are among the most important health issues facing society today, not only in terms of health, but also health care. There are a variety of predictors of obesity including genetics, physical activity, and food consumption. There are other outcomes of food choice and nutrition that also have an independent effect on health including some types of cancer, cardiovascular disease, and diabetes. For these reasons, food selection is an important consumer behavior with many long-term consequences to the individual in the form of health and longevity and to society in the form of health costs.

An especially important time of life for food choice is when people step out independently for the first time and begin to make all of their own food decisions. For many people, this is the transition to college life. The transition to college or university is a critical period for young adults, who are often facing their first opportunity to make their own food decisions and this could have a negative impact on students' eating behaviors.

The aim of our study was to assess the main eating habits in undergraduate students of Bukovinian State medical university.

Materials and methods. In the survey participated 160 of students of the Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovinian State Medical

university”. Questions for most variables were derived from Sapp & Jensen’s (1998) study.

Results and their discussion. In a survey we questioned the students about characteristics of their diet, frequency of meals, use of various products according to food pyramid.

The conducted study has shown that college students often have poor eating habits they tend to eat fewer fruits and vegetables on a daily basis and report high intake of high-fat, high-calorie foods. Only 7.3% of students ate five or more servings of fruits and vegetables daily. The transition to college life often worsens dietary habits among students which could contribute to weight problems especially during the first year of college or university and continue during later years of life.

Students living off-campus reported a higher percentage of energy from protein. Similarly, serum triglyceride level and the ratio of total cholesterol to high-density lipoprotein were also higher among students living off-campus.

Gender differences also exist. Female college students tend to eat more fatty foods 67% than male students - 42% correspondently, although their fruit and vegetable consumption tends to remain similar. Higher energy from protein was more prevalent among boys living off campus than on campus. For girls, higher serum triglyceride and ratio of total cholesterol to highdensity lipoprotein was found among those who lived off campus. It was also mentioned that females avoided certain foods for their concern for weight, health and ethical reasons (especially when avoiding meat) more significantly than males and females were more significantly motivated by convenience, pleasure, price, and weight concerns than male students.

It was found that taste, time sufficiency, convenience, and budget influenced students’ eating habits in that order. These seem to act more as barriers to healthy eating as revealed from the focus group. One could assume that these barriers may be

more influential than benefits given the prevalence of eating habits among university students. Other factors associated with poor eating habits include a higher perception of stress and low self-esteem. Also the lack of indepth nutrition knowledge has been attributed to reliance on sources that provide inadequate information on nutrition

Conclusions. 1. Thus, students living off campus are choosing different foods than those living on campus. 2. The dietary intake of male and female college students is influenced by different factors.

ДІЄТОТЕРАПІЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ У ДІТЕЙ

Ризничук М.О.

Кафедра педіатрії та медичної генетики

Вищий державний навчальний заклад України

“Буковинський державний медичний університет”, Чернівці, Україна

Вступ. Надниркові залози – парні залози внутрішньої секреції, що розташовані над верхніми полюсами нирок. Складаються з мозкового та коркового шарів. Гормони кори наднирників регулюють усі види обміну речовин: вуглеводного та білкового (глюкокортикоїди – гідрокортизон), водно-сольового (мінералокортикоїди – альдостерон), впливають на статеву функцію (андрогени, естрогени), функцію нирок, кров’яний тиск, імунний захист, опір організму до шоку, коливань температури). У мозковому шарі синтезуються катехоламіни (дофамін, адреналін та норадреналін), які впливають на глікогеноліз, ліполіз, глюконеогенез.

Класифікація захворювань надниркових залоз:

А. Захворювання коркового шару надниркових залоз:

I. Гіперкортицизм:

1. Хвороба Іценка-Кушинга.
2. Кортикостерома.
3. Андростерома.
4. Кортикоандростерома.
5. Кортикоестрома.
6. Гіперальдостеронізм (синдром Кона):

II. Гіпокортицизм:

1. Гостра недостатність кори надниркових залоз.

2. Хронічна недостатність кори надниркових залоз (хвороба Аддісона).
3. Кальцифікація надниркових залоз.
4. Гіпоальдостеронізм.

III. Адреногенітальний синдром.

В. Захворювання мозкового шару надниркових залоз:

1. Феохромоцитома.
2. Феохромобластома.

Особливостями лікування гострої та хронічної недостатності надниркових залоз є замісна гормональна терапія. Але корекція харчування теж необхідна, особливо хронічній наднирковій недостатності в дітей.

Як відомо, при хронічній недостатності кори надниркових залоз (хвороба Аддісона) виникає дефіцит глюкокортикоїдів та інших гормонів, що веде до порушення обміну речовин. Відзначаються посилена втрата організмом натрію і накопичення у ньому калію, зменшення вмісту глюкози у крові (гіпоглікемія), розпад білків тканин, зниження маси тіла, зневоднення організму

Отже в дітей із хронічною наднирковою недостатністю харчування має сприяти нормалізації водно-сольового, вуглеводного і білкового обмінів.

Рекомендується дієта з підвищеним вмістом натрію (20-25 г кухонної солі), білка – не менше 1,5 г на 1 кг нормальної маси тіла (у середньому 90-110 г на день), вуглеводів – 400-450 г, з них 120-150 г за рахунок легкозасвоюваних.

Кількість жирів – у межах фізіологічних норм, не менше 30% жирів за рахунок рослинних.

У дієті обмежують кількість калію до 1,5-2 г шляхом виключення продуктів, багатих на цей мікроелемент (картопля, банани, сухофрукти, абрикоси), відварів овочів; які використовують після варіння зі зливом.

Раціон доповнюють препаратами вітамінів, а саме: віт. А та групи В і особливо віт. С (0,5-1 г в день).

У зв'язку зі зниженням апетиту і секреції шлункового соку в раціон вводять продукти і страви, що стимулюють апетит і секрецію шлунка.

Перед сном необхідна легка вечеря для попередження ранкової гіпоглікемії. Меню комплектують зі страв дієти № 15.

При проведенні гормонального лікування, яке сприяє затримці натрію і води в організмі, призначають дієту з нормальним сольовим складом.

Корисними для надниркових залоз є продукти з підвищеним вмістом білка, а також вітамінів А, С і Е. Дуже важлива амінокислота тирозин, яка бере участь у побудові білків в організмі та синтезі адреналіну.

ОСОБЛИВОСТІ ДІЄТОТЕРАПІЇ ПРИ ГІПОТИРЕОЗИ

Ризничук М.О., Крецу Т.М. , Дмитрук В.П.** , Костів М.І.****

Кафедра педіатрії та медичної генетики

Вищий державний навчальний заклад України

“Буковинський державний медичний університет”, м.Чернівці, Україна

Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Чернівці, Україна**

Гіпотиреоз – це комплекс симптомів, який зумовлений зниженням вмісту тиреоїдних гормонів у крові.

Зазвичай це веде до досить тяжких функціональних розладів центральної нервової, ендокринної, серцево-судинної, і навіть травної систем.

Основним при лікуванні гіпотиреозу є замісна терапія гормонами щитоподібної залози у фізіологічних відповідно віку дозах. Але вважається, що характер харчування має допоміжне значення при такому лікуванні.

Як правило, при гіпотиреозі показано збалансоване дієтичне харчування, при якому помірно знижується енергоцінність їжі (на 10-20% від фізіологічно прийнятих норм). Причому енергоцінність раціону повинна знижуватися, насамперед, за рахунок зменшення кількості легкозасвоюваних вуглеводів і тваринних жирів, за умов нормального вмісту в їжі білків.

Звичайно ж, з добового раціону виключають продукти багаті на кухонну сіль.

При даному захворювання порушується жировий обмін із підвищенням вмісту холестерину у крові. Власне тому слід обмежувати продукти, багаті на насичені жирні кислоти.

У дієту хворих на гіпотиреоз обов'язково потрібно вводити продукти або страви, які здатні стимулювати секрецію шлункового соку. Важливо так само

вживання продуктів, які сприяють швидкому випорожненню кишечника, при цьому не викликаючи надмірного газоутворення.

Це сирі овочі, будь-які фрукти або ягоди, звичайно ж, соки, і нежирні кисломолочні напої.

Повністю заборонені при гіпотиреозі продуктами є:

1. Продукти, з підвищеним вмістом холестерину. Це жирні сорти птахи, риби або м'яса, це будь-які тваринні жири. Сюди ж відносять чорну і червону ікру, і тваринні субпродукти, жирні вершки або сметана, і вершкове масло. Бажано замість цих продуктів в їжу вживати виключно рослинні жири.

2. Легкозасвоювані вуглеводи. Це здобна випічка, білий хліб, цукор, варення та мед. Сюди ж відносять багаті на цукор ягоди або фрукти.

3. Споживання солі, оскільки саме вона може затримувати рідину. Одночасно з сіллю, звичайно ж, слід обмежувати використання води. Загальна кількість рідини на добу не повинна бути більшою, ніж півтора літра за добу.

4. Заборонено вживання продуктів сучасної трансгенної інженерії (скажімо той же штучний маргарин), оскільки вони інактивують синтез гормонів щитоподібної залози.

5. Заборонені ті продукти харчування, які містять сою, оскільки саме соя активує вироблення естрогенів, які у свою чергу здатні уповільнювати процеси синтезу гормонів щитоподібної залози.

Продукти, які рекомендуються при гіпотиреозі – це, насамперед, кислі фрукти або ягоди. Адже саме ці продукти містять в собі величезну кількість неймовірно корисних мікро- та макроелементів.

Безсумнівно, можуть бути рекомендовані численні морепродукти або морська риба. Адже саме ці продукти, містять у собі корисний йод і селен.

Рекомендується вживання зелених сирих овочів, які у собі містять надзвичайно багато цінної рослинної клітковини. Саме вони здатні нормалізувати повноцінну роботу нашого кишечника.

ПАНКРЕАТИЧНА НЕДОСТАТНІСТЬ У ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ: ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК І МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ

Руденко Г.М., Андрікевич І.І.

Кафедра педіатрії №2

**Вінницький національний медичний
університет ім. М.І. Пирогова, Вінниця, Україна**

Вступ. Проблема atopічного дерматиту в останні роки є однією з найбільш актуальних для практичних лікарів, так як, займає домінуюче місце в структурі шкірної патології дитячого віку і складає від 20 до 50% дітей хворих дерматозами. Атопічний дерматит це алергічне запалення шкіри, в основі якого лежить генетично обумовлені імунні механізми, що призводять до пошкодження усіх шарів епідермісу. Часто алергічні шкірні прояви взаємопов'язані з патологією шлунково-кишкового тракту. Функціональні органічні порушення органів шлунково-кишкового тракту призводять до всмоктування не розщеплених харчових компонентів, особливо білків, тим самим сприяючи сенсibiliзації організму до різноманітних видів алергенів. Зміни в підшлунковій залозі приводить до порушення ферментативного травлення, що сприяє масивному поступленню антигенів із кишківника. Потрапляючи в організм схильної до алергії дитини, алергени сприяють синтезу та циркуляції в крові підвищеної кількості біологічно активних речовин (гістамін, серотонін, ацетилхолін, гепарин та інші), які порушують кровообіг в різних органах, особливо чутливою до їхньої дії являється підшлункова залоза. Тому підшлункова залоза може вражатись практично при будь-якому алергічному процесі в дитячому організмі.

Мета роботи. Визначити взаємозв'язок atopічного дерматиту і панкреатичної недостатності у дітей та провести медикаментозну корекцію.

Матеріали та методи дослідження. Нами було обстежено 46 дітей з atopічним дерматитом у віці від 3 до 7 років, що проходили обстеження та лікування у Вінницькій обласній дитячій клінічній лікарні. Всім дітям було проведено клінічне обстеження та додаткові лабораторні дослідження, що включали копрологічне дослідження, визначення рівня IgE, амілази в сироватці крові і сечі.

Результати. Встановлено, що серед обстежених дітей з atopічним дерматитом майже у половини (45,6%) було виявлено панкреатичну недостатність. При об'єктивному дослідженні у всіх пацієнтів пальпаторно відмічалася болючість в точках проекції підшлункової залози. Також, у дітей з atopічним дерматитом відмічалася підвищення рівня загального сироваткового IgE та у 9 пацієнтів (19,6%) з наявністю больового синдрому в ділянці підшлункової залози, визначали підвищений рівень амілази крові. При копрологічному дослідженні у дітей з супутньою панкреатичною недостатністю спостерігалась наявність нейтрального жиру у - 19 пацієнтів (90,4%), креаторея у 4 (19%), неперетравлена клітковина у 17 (80,9%), амілорея у 18 пацієнтів (85,7%). Ефективність лікування визначали на 5-ту та 10-ту добу від початку лікування. Дослідження показало, що після призначення панкреатичних ферментів у 69,0% пацієнтів відмічалася значне покращення шкірного синдрому. При повторному копрологічному дослідженні у 80,9% пацієнтів нормалізувалися показники копрограми, а саме відсутність стеатореї, амілореї.

Висновки. Таким чином, ферментативна корекція панкреатичної недостатності у дітей з atopічним дерматитом, сприяє позитивній динаміці зі сторони шкірного синдрому та покращенню лабораторних показників функції підшлункової залози.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ АТРОФІЧНОГО ГАСТРИТУ У ДІТЕЙ

Руденко Г.М., Шаламай М.О.

Кафедра педіатрії №2

**Вінницький національний медичний
університет ім. М.І. Пирогова, Вінниця, Україна**

Вступ. Одне з провідних місць серед захворювань дитячого населення посідає патологія шлунка та дванадцятипалої кишки, а саме хронічний гастрит та гастродуоденіт, частота яких складає 58 – 78%. Актуальність проблеми хронічного гастриту зумовлена зв'язком його з пептичною виразкою та в дорослому віці з ризиком розвитку раку шлунка. Хронічний атрофічний гастрит займає важливе місце у структурі передракових захворювань шлунка. Тому, дослідження передракової патології органів травного тракту є одним з найновіших напрямків сучасної гастроентерології.

Основним фактором розвитку атрофічного процесу в шлунку вважається інфекція *Helicobacter pylori*, аутоімунний процес та тривалий дуодено-гастральний рефлюкс. Але в педіатричній практиці атрофія слизової шлунка залишатися недостатньо вивченою морфологами та мало звертає увагу практикуючих лікарів.

Метою дослідження. Підвищити ефективність діагностики та особливостей клінічного перебігу атрофічного гастриту шляхом визначення патогенетичних факторів розвитку атрофії шлунка.

Матеріали і методи. В ході роді роботи нами було обстежено 55 дітей з хронічним гастритом, у віці від 12 до 18 років, які проходили обстеження і лікування в педіатричному відділенні № 2 Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні. В групу дослідження включені діти, які знаходились на

диспансерному обліку в дитячого гастролога та тривалий час мали скарги з боку шлунково-кишкового тракту.

Всім пацієнтам проводилась оцінка клінічної картини і лабораторно-інструментальні методи дослідження (ендоскопічне обстеження з подальшим гістологічним дослідженням слизової оболонки шлунка).

Результати. Серед обстежених дітей, при ендоскопії верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, переважав еритематозний гастрит 41 (74,5%). Нодулярний гастрит було діагностовано у 12 (21,8%) пацієнтів та 2 (3,7%) дітей мали ерозії в антральному відділі шлунку. Майже у половини 23(41,81%) пацієнтів з хронічним гастритом виявлена атрофія залоз шлунка. Також було встановлено, що атрофічний процес в слизовій оболонці шлунка переважав у пацієнтів з еритематозним гастритом - 22 (40,00%).

У 9 (39,14%) пацієнтів з атрофічним гастритом діагностовано інфекцію *Helicobacter pylori*, також у 7 (30,43%) дітей виявлено дуодено-гастральний рефлюкс, що можна вважати однією із причин виникнення даної патології.

Результати клінічного обстеження показали, що у дітей з хронічним гастритом переважала частота больового синдрому 51 (92,7%) пацієнтів, тоді як диспептичні прояви діагностовані у 36 (65,4%) пацієнтів. При деталізації больового синдрому у дітей з атрофічним гастритом встановлено, що 74,1% пацієнтів мали біль ниючого характеру, локалізувався в епігастральній ділянці та виникав переважно після прийому їжі. У дітей з хронічним атрофічним гастритом переважала важкість у надчеревній ділянці (76,3%), швидке насичення їжею - 67,2% та відрижку повітрям мали 41,8% пацієнтів.

Аналіз кислотоутворюючої функції шлунка у дітей з хронічним атрофічним гастритом показав, що у більшості пацієнтів - 13 (56,53%) переважала знижена кислотна продукція. У 11 дітей (30,43%) з атрофічним

гастрито було діагностовано незмінну кислотну продукцію та 3 (13,04%) пацієнтів мали підвищену кислотоутворюючу функцію шлунка.

Висновки. Серед дітей з хронічною гастродуоденальною патологією у 41,81% було виявлено атрофію залоз шлунка, що пов'язана тривалим запальним процесом, інфекцією *Helicobacter pylori* та дуодено-гастральним рефлюксом. Атрофічний процес в слизовій оболонці шлунка переважав у пацієнтів з еритематозним гастритом (40,00%). Особливостями клінічного перебігу хронічного атрофічного гастриту у дітей були важкість у надчеревній ділянці, швидке насичення і відрижка повітрям (76,3%, 67,2%, 41,8% пацієнтів, відповідно) та біль в епігастрії.

**ОБСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ К ЖЕНЩИН-КОРМИЛИЦ С
ПРИМЕНЕНИЕМ «ВИТАМИННОГО КАЛЬКУЛЯТОРА»**

Соляник А.В.

Кафедра пропедевтики детских болезней

Высшее государственное учебное заведение Украины

Запорожский государственный

медицинский университет, Запорожье, Украина

Дефицит витамина К в рационе у женщин может вызывать снижение плотности костной ткани, а также снижает содержание мена- и филоквинонов в грудном молоке. Норма суточного потребления витамина К в пищевом рационе кормящих женщин составляет 65мкг/сут.

Целью нашей работы стало изучение суточного потребления витамина К у женщин-кормилиц, проживающих на юге Украины.

Материал и методы. В своей работе мы использовали специально разработанную электронную программу «витаминный калькулятор», куда заносили данные прямого опроса женщин. Объектом опроса стали 50 случайно отобранных здоровых женщин, вскармливающих грудью своих детей в возрасте от 1-6 месяцев. Сведения о рационах сравнивали с базой данных о содержании витамина К в названных продуктах. По показаниям 3 типичных суточных рационов, точно припоминаемых обследованными рассчитывали среднее потребление витамина К в сутки.

Результаты. Оказалось, что вне зависимости от времени года рационы кормящих мам дефицитны по витамину К. Среднее потребление витамина К в сутки составило $30 \pm 10-15$ мкг и слабо отрицательно коррелировало с количеством потребляемой богатой углеводами пищи (конфетами, сдобной выпечкой) и положительно с мясными и молочными продуктами.

Выводы. Отмечена тенденция искусственного ограничения женщинами юга Украины употребления зеленых овощей (капусты, шпината и салата), которые являются существенными донаторами витамина К в рационе современного человека.

КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ СУМІШЕЙ NUTRILON ДЛЯ ШТУЧНОГО ВИГОДОВУВАННЯ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

Сорокман Т.В.

Кафедра педіатрії та медичної генетики

Вищий державний навчальний закладу України

«Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

На сьогоднішній день в Україні накопичився значний клінічний досвід застосування сумішей Nutrilon-1 та Nutrilon-2 фірми Нутриція, у яких впроваджено найбільш сучасні досягнення нутриціології, що практично дозволяє забезпечити дітям такі ж показники розвитку та метаболічного профілю, як у дітей на природному вигодовуванні. Це досягається завдяки оптимальному складу всіх харчових інгредієнтів, наявності олігосахаридів, гідролізованого білка та оптимізованого жирового компонента. У дітей першого півріччя життя закономірно визначаються зміни, що свідчать про порушення мікробіоценозу кишок I–II ст. й імунні зсуви, які віддзеркалюють транзиторну «напруженість» потенційного інфекційного процесу.

Мета дослідження: оцінити вплив на формування біоценозу кишок дітей першого року життя сумішей Nutrilon-1 та Nutrilon-2.

Матеріал та методи. Під спостереженням перебували 40 дітей: 14 дітей (середній вік — $3,2 \pm 1,1$ міс.) отримували суміш Nutrilon-1, 16 дітей (середній вік — $7,1 \pm 1,4$ міс.) — суміш Nutrilon-2 та 10 дітей — суміш без олігосахаридів. У дослідження було залучено 19 дітей віком від 2 до 6 міс. з різними функціональними порушеннями ШКТ: синдромом зригування, кишковими коліками, функціональним запором.

Результати. За результатом дослідження було виявлено, що для дітей, які знаходяться на штучному вигодовуванні, типовими є дисбіотичні зміни з

прогресуючим зменшенням біфідо- та лактофлори, кишкової палички з нормальними властивостями, збільшенням кількості аеробних асоціацій, умовно-патогенної кишкової палички, клебсієл, ентерококів, цитробактера, протей, золотистого стафілокока, грибів роду *Candida*. Використання протягом 3 міс. сумішей Nutrilon-1 та Nutrilon-2 дозволило досягнути вірогідного збільшення кількості біфідо- та лактобактерій, позитивно вплинути на становлення біоценозу кишок у дітей першого року життя, наближаючи ефективність такого вигодовування до вигодовування молоком матері. Параметри й основні характеристики випорожнень у цих дітей наближались до параметрів фекалій дітей, які годувались грудним молоком. Вигодовування сумішшю Nutrilon-1 призводить до зниження рН калу, сприяє росту молочнокислих бактерій і попереджує надмірний ріст патогенної флори.

Було встановлено, що для дітей, які знаходяться на штучному вигодовуванні, характерною є супресивна спрямованість імунних реакцій в умовах лімфопенії, напруження гуморального імунітету у вигляді відносного підвищення середніх значень IgG, IgA та IgE, низька здатність до синтезу інтерферону на фоні дисбіотичних порушень кишок. 3-місячне застосування зазначених сумішей дозволило повністю скоригувати недостатність імунного захисту дітей.

Висновок. Використання адаптованих молочних сумішей Nutrilon-1 та Nutrilon-2 дозволяє разом із вирішенням проблеми вигодовування ліквідувати дисбіотичні порушення й істотно покращити показники, які характеризують імунну резистентність дитини.

ЕФЕКТИВНІСТЬ БЕЗГЛЮТЕНОВОЇ ДІЄТИ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦЕЛІАКІЮ

Сорокман Т.В.

Кафедра педіатрії та медичної генетики

Вищий державний навчальний закладу України

«Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

Рекомендовані прийнятні рівні глютену становлять 20 ppm для продуктів харчування, які природним чином не містять глютен, і 200 ppm для продуктів, з яких глютен видаляється в процесі їх вироблення. Практично всі молочні суміші для харчування дітей першого року життя і всі лікувальні суміші не містять глютен. Для харчування осіб старшого віку випускаються спеціальні продукти.

Мета дослідження – оцінити ефективність дієти, рекомендованої для дітей, хворих на целіакію.

Матеріал та методи. Запропоновано та оцінено ефективність дієти у 16 дітей, хворих на целіакію. Безглютенова дієта включала: перший сніданок - риба відварна, пюре картопляне, чай; другий сніданок - сир кальцинований, яблуко печене; обід - бульйон м'ясний нежирний із фрикадельками, котлети м'ясні парові, соус бешамель на крохмалі, гарнір овочевий змішаний, желе з фруктового соку; полуденок - м'ясо відварне знежирене, відвар шипшини; вечеря - фрикадельки м'ясні парові, пюре картопляне, пудинг з гречаної крупи з сиром, чай; на ніч - кефір; на весь день - хліб з пшеничного крохмалю.

Результати. Значне поліпшення стану пацієнта наставало вже через 2-3 тижні знаходження на подібній дієті. Однак певна частина хворих резистентна до безглютенової дієти. З 16 пацієнтів, що лікувалися цією дієтою, у 75% отримано позитивний ефект, у 12,5% - ефективність розцінена як помірна і у

12,5% - як погана; високий рівень антигліадінових антитіл відзначений у 24% хворих з хорошим ефектом безглютенової дієти, у 40% хворих з помірним ефектом і у 75% з поганим ефектом. Визначення рівня антигліадінових антитіл можна використовувати для прогнозування ефективності безглютенової дієти.

Для перебігу активного періоду целиакії в ранньому дитячому віці, характерні виражені диспепсичні розлади і порушення в стані харчування, аж до дистрофії. Стан і проведення дієтотерапії у таких хворих ускладнює також частий розвиток у них множинної харчової непереносимості. Найбільш часто це - вторинна лактазна недостатність (75%), сенсibiliзація до білків коров'ячого молока (68,7%), нерідко - сенсibiliзація до інших харчових протеїнів - рису, банану, білків курячого яйця. Таким чином, приблизно у 2/3 дітей раннього віку з целиакією в гострому періоді поряд із глютенем вимагається виключення молочних продуктів і сумішей. Заміною молочним продуктам можуть служити суміші на основі ізоляту соєвого білка, а у дітей із різко вираженою дистрофією, високим ступенем полівалентної сенсibiliзації - неалергенні суміші на основі гідролізатів білка з включенням в жировий компонент середньоланцюгових тригліцеридів. Однак необхідно відзначити, що гідролізати білка при целиакії не є «засобом вибору», особливо враховуючи їх високу вартість, малу доступність і неприємні смакові якості.

Важливе значення в харчуванні дітей, хворих на целиакію, мають мікроелементи, зокрема цинк та селен, які, будучи коферментами багатьох ферментів організму, активно беруть участь у синтезі білків, нуклеїнових кислот, в стабілізації клітинних мембран, а також у метаболізмі багатьох гормонів. Цинк і селен необхідні для нормального кишкового всмоктування, секреції травних ферментів. Водночас, стан обміну цинку і селену тісно пов'язане зі станом кишкового всмоктування, т.к. цинк і селен всмоктуються в

проксимальному відділі тонкої кишки. При дефіциті цинку і селену відбувається затримка росту, розвиваються гіпохромна анемія з вираженою гепатоспленомегалією, алопеція, дерматози. Показано, що при целиакії розвивається дефіцит цинку і селену, який може посилювати тяжкість патологічного процесу. Корекція дефіциту цинку і селену може проводитися за допомогою використання спеціальних коригуючих добавок до харчування і вітамінних препаратів, проте їх використання найефективніше в періоді ремісії.

Висновок. Рацион хворого залежить від віку, тяжкості стану та періоду захворювання і будується на підставі загальних принципів.

**ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА ТА ПРИНЦИПИ
ДІЄТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ НЕПЕРЕНОСИМОСТІ
ЛАКТОЗИ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ**

Хільчевська В.С.

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб,

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

Непереносимість молочного цукру широко розповсюджена серед дитячого і дорослого населення. Найбільшого клінічного значення патологія набуває у дітей раннього віку, оскільки в цей віковий період молочні продукти складають значну частку раціону, а на першому році життя виступають основним продуктом харчування. При дефіциті ферменту лактази негідролізована лактоза активно утилізується біфідобактеріями, лактозопозитивною кишковою паличкою, іншими мікробами мікрофлори кишечника з активацією процесів бактеріального бродіння, що клінічно проявляється характерним для дисахаридазної недостатності синдромом мальабсорбції. За даними сучасної літератури у постановці діагнозу лактазної недостатності клініцисти перш за все повинні орієнтуватися на клінічну картину захворювання. У якості додаткових методів дослідження у верифікації ЛН широко використовують визначення рН випорожнень та загального вмісту вуглеводів (за допомогою смужок типу Testatape або проби Бендикта), водневий дихальний тест. Більшість функціональних та інструментальних методів у широкій педіатричній практиці не можуть використовуватися внаслідок технічних труднощів, провокаційного характеру або високої інвазивності.

До неінвазивних методів визначення загального вмісту вуглеводів у випорожненнях при ЛН відноситься проба Бенедикта. Реактив Бенедикта є водним розчином сірчаної кислоти міді, лимоннокислого і вуглекислого натрію, колір якого змінюється в залежності від вмісту вуглеводів у випорожненнях. Проба Бенедикта з копрологічним дослідженням разом з клінічними даними може виступати у якості скринінгу патології та контролю якості дієтичної або медикаментозної корекції. В нормі показник проби не повинен перевищувати 0,25% у дітей до 12 місяців і бути негативним після 1-го року.

Мета роботи. Оцінити ефективність застосування дієтичної добавки «Мамалак» у дітей раннього віку з лактазною недостатністю.

Матеріал і методи дослідження. В умовах відділення дітей молодшого віку обласної дитячої клінічної лікарні (м.Чернівці) із дотриманням принципів біоетики вивчено динаміку клінічно-параклінічної симптоматики лактазної недостатності у 20 дітей віком від 4 тижнів до 1-го року за 10 днів застосування препарату «Мамалак». Середній вік дітей склав 6,5 місяців, серед них хлопчиків було 60,0%, дівчаток – 40,0%, дітей, пацієнтів, що проживають у місті, виявилось 65,0%, сільських мешканців – 35,0%. Грудне вигодовування підтримувалося у 35,0% дітей, на доповненому грудному (змішаному) вигодовуванні знаходилося 45,0% дітей, на штучному – кожна п'ята дитина (20,0%). У якості заміни грудного молока діти отримували високоадаптовані стандартні суміші. У 18 (90,0%) пацієнтів констатовано наявність частих розріджених випорожнень з кислим запахом, у 2 (10,0%) малюків – схильність до закрепів. У більшості дітей (80,0%) спостерігалися інші гастроінтестинальні прояви у вигляді метеоризму, зригувань, кольок, що поєднувалися з плачем та неспокоєм переважно пов'язаних із вживанням молочної їжі. При вивченні анамнестичних даних встановлено, що троє дітей (15,0%) народилися, з них всі

хлопчики. Алергологічний анамнез в досліджуваній групі дітей був не обтяжений. Спадковий анамнез виявився обтяженим у 8 дітей (40,0%). У 7 пацієнтів (35,0 %) було проведено генетичне дослідження за програмою «ПЛР, лактазна непереносимість» та виявлено генетично детерміноване порушення синтезу лактази (генотипи С/С або С/Т поліморфізмів 13910Т>С та 22018Т>С гену МСМ6). Копрологічне дослідження з визначенням рН випорожнень шляхом стандартного експрес-метода (тест-смужки) та пробу Бенедикта проводили всім дітям до початку замісної ферментної терапії та на 10-й день її проведення

У якості замісної ферментної терапії діти отримували крапельну форму препарату «Мамалак», який містить фермент лактазу у кількості 3000 Од в 1 мл. Дієтична добавка «Мамалак» (виробник Laboratorios Teger, Іспанія) - єдиний зареєстрований в Україні препарат лактази, що розширює можливості лікування ЛН у дітей різного віку, рекомендований при грудному і штучному вигодовуванні на початку кожного годування. «Мамалак» дозувався із розрахунку 750 Од лактази (5 крапель) на 100 мл молока або молочної суміші.

Результати дослідження та їх обговорення. На фоні проведеного лікування препаратом лактази відмічалось покращання клінічної картини ЛН (вірогідно значиме зменшення діарейного синдрому, метеоризму, неспокою, припинення блювання). При опитуванні батьків відмічено позитивні зміни психоемоційного стану дітей – зниження збудливості, неспокою, менша тривалість плачу, покращення нічного сну. За результатами проби Бенедикта середній вміст вуглеводів до прийому препарату становив $0,68 \pm 0,08\%$, на 10-й день замісної терапії зменшився до $0,25 \pm 0,06\%$ ($p < 0,05$). За результатами копроцитограми відзначалось підвищення середнього показника рН випорожнень від 5,6 до 6,6 ($p > 0,05$), нормалізація інших показників, а саме

зменшення кількості нейтрального жиру ($p > 0,05$), слизу ($p > 0,05$), лейкоцитів ($p < 0,05$), йодофільної флори ($p > 0,05$).

Висновки. Отже, застосування крапельної форми препарату лактази «Мамалак» дозволяє купувати прояви лактазної недостатності у дітей упродовж 10-ти днів терапії та підтримати природне вигодовування, попереджаючи переведення дитини на низько- або безлактозну суміш.

КЕТОГЕННА ДІЄТА ЯК КОМПОНЕНТ ЛІКУВАННЯ ЕПІЛЕПСІЙ У ДІТЕЙ

Хлуновська Л.Ю., Бабина О.О.*, Стрільчук О.Є.*

Кафедра педіатрії та медичної генетики

ВДНЗ України Буковинський державний медичний університет»,

***КМУ «Міська дитяча клінічна лікарня», Чернівці**

Кетогенна дієта сприяє зменшенню кількості епілептичних нападів у дітей. Механізм цього явища до кінця не вивчений. Незрозумілим є і той факт, що дана дієта неефективна для дорослих пацієнтів. Суть кетогенної дієти полягає в тому, що вона стимулює організм на використання більшої кількості жирів і меншої кількості глюкози для вироблення енергії. Тому, раціон кетогенної дієти формують продукти зі зниженим вмістом вуглеводів. Результатом застосування жорстких обмежень в харчуванні стає зниження частоти або навіть повне зникнення нападів. Під час дієти хворим рекомендується вести харчовий щоденник і відстежувати тривалість і частоту нападів.

Кетогенна дієта призначається дітям віком від 1 до 10-12 років з кількома епілептичними нападами в анамнезі, резистентними до протиепілептичних препаратів. Ця дієта стає альтернативою лікування у випадку відсутності відповіді на прийом лікарських засобів. Не призначають кетогенну дієту на тлі лікування топіраматом та вальпроатами.

Щоб дати можливість організму звикнути до кардинальної зміни системи харчування, кетогенна дієта вводиться поступово, протягом декількох днів. Перші дні дотримання дієти дитина може відчувати недостатність енергії і почуватися втомленою. Кетогенна дієта вводиться лише за рекомендації лікаря-

невролога або лікаря-дієтолога. Впродовж всього часу дотримання дієти дитина знаходиться під наглядом у стаціонарі або в спеціальній клініці.

Співвідношення поживних речовин наступне: на 1 грам білків і вуглеводів має припадати 4 грами жирів. Дітям, які дотримуються кетогенної дієти, необхідно вживати в їжу в основному жирні продукти, такі як вершки, вершкове масло, арахісове масло, а такі продукти, як макарони, крупи, хліб, фрукти і овочі виключаються з раціону.

Дієта починається з лікувального голодування – протягом трьох днів потрібно пити негазовану і немінералізовану воду. На період водного голодування хворий повинен обмежити рухову активність, в деяких випадках доцільний ліжковий режим. Починаючи з четвертого дня, пацієнти можуть вводити в раціон невеликі порції їжі (спочатку за об'ємом вони повинні займати приблизно чверть нормальної порції). Тривалість такої кетогенного «навантаження» становить три дні. Добову кількість їжі розподіляють на 5-6 прийомів.

У деяких дітей в результаті застосування кетогенної дієти можуть з'явитися побічні ефекти. Як правило, вони нескладні, це може бути блювання, зневоднення, закреп, зміни поведінки, утворення каменів у нирках, уповільнення темпу росту.

Протипокази до призначення кетогенної дієти: захворювання нирок та печінки, цукровий діабет, захворювання серцево-судинної системи, цереброваскулярна патологія, метаболічні розлади.

Ефект від дієти настає впродовж 3 місяців від її початку. Зазвичай необхідний тривалий час (приблизно 2-3 роки) для спостереження стійкого позитивного ефекту, який утримується і при переході на звичайний режим

харчування. У пацієнтів спостерігається зниження кількості судомних нападів приблизно удвічі.

Приклад меню на 7 днів: 1, 2, 3-й дні – вода; 4-й день – варені курячі яйця, вершкове масло, кава/чай з вершками, сосиски, майонез, сир, варене куряче м'ясо; 5-й день – хліб з вершковим маслом, м'ясо індички, овочевий салат з оливковою олією, суп з сметаною, свинина, чай/кава з вершками, яєчня; 6-й день – варені перепелині яйця, чай з вершками, відварна яловичина, відварене філе індички, помідори заправлені майонезом, варена спаржева квасоля.

**ОСОБЛИВОСТІ ДІЄТИ ПРИ
ЮВЕНІЛЬНОМУ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ**

Швиґар Л.В.

Кафедра педіатрії та медичної генетики

Вищий державний навчальний закладу України

«Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

Ревматоїдний артрит – рецидивуюче автоімунне захворювання, яке характеризується системним ураженням сполучної тканини переважно в області суглобів (мукоїдне, фібриноїдне набухання і фібриноїдний некроз основної речовини сполучної тканини і колагену з подальшим розвитком проліферативних явищ). Найбільш вірогідною є концепція аутоімунного патогенезу захворювання яке викликає деструкцію основної речовини сполучної тканини з утворенням аутоантитіл до пошкодженої тканини і розвитком в ній гіперергічного запалення на основі реакції антиген - антитіло.

Лікувальне харчування повинно сприяти зменшенню запальних явищ і гіперергії, зміцненню сполучнотканинних структур, коригуванню обмінних порушень. Дієтотерапія повинна будуватися з урахуванням фази захворювання (активна або неактивна), ураження внутрішніх органів, зокрема стану органів травлення, можливих ускладнень (амілоїдоз, недостатність кровообігу та ін.). Через можливий сенсibiliзуючої впливу вуглеводів доцільно зменшувати їх вміст у дієті в активній фазі захворювання переважно за рахунок легкозасвоєваних вуглеводів (цукор, мед, варення і ін.), особливо при використанні глікокортикоїдних стероїдів.

Оскільки білки також сприяють гіперергічним реакціям, їх вживання в період загострення (ексудативна стадія) також необхідно кілька обмежувати. Однак на тлі лікування глікокортикоїдними стероїдами, особливо при прийомі їх

всерединою в значних дозах, в зв'язку з катаболичною їх дією білки доцільно включати в дієту в достатній або навіть підвищеній кількості, за винятком випадків розвитку ниркової недостатності на ґрунті амілоїдозу. Вживання підвищеної кількості білка показано також і в неактивну фазу захворювання при явищах м'язової атрофії. Дозволяється вживання фізіологічної норми жиру. В активній фазі рекомендується обмежити вживання солі, збільшити вміст в дієті солей калію. У зв'язку з цим їжа повинна готуватися без солі з видачею її на руки до 3-5 г на добу. Виключаються продукти, багаті сіллю (соління, маринади, оселедець, морська риба і ін.). Збагаченню дієти калієм сприяє включення в неї значної кількості овочів, фруктів і ягід. Зниження вмісту солі і збільшення вмісту в дієті солей калію особливо показано при застосуванні глікокортикоїдів, які сприяють затримці натрію в організмі і виведенню калію з сечею.

Збільшення введення в організм кальцію особливо показано при остеопорозі, розвитку якого сприяє тривале застосування глікокортикоїдних гормонів. У зв'язку з цим показано збагачення дієти кальцієм (сир та ін.). Важливо збагачувати дієту вітамінами, особливо кислотою аскорбіновою, биофлавоноидами, ніацином. Для цього необхідно включати в їжу продукти, багаті цими вітамінами (чорна смородина, шипшина, агрус, солодкий перець, апельсини, мандарини, лимони, яблука, зелений чай, бобові, гречана крупа, м'ясо, риба, рисові і пшеничні висівки). Аскорбінова кислота посилює синтез глікокортикоїдних гормонів, зменшує проникність судин, бере участь в утворенні основної речовини сполучної тканини і підвищує антигіалуронідазную активність. Биофлавоноїди ущільнюють і зменшують проникність стінки судин, зокрема капілярів. Ніацин (вітамін В3, РР) покращує

капілярний кровообіг і стимулює секреторну функцію шлунку, яка має тенденцію до зниження при ревматоїдному артриті.

У період загострення захворювання в зв'язку з наявністю запально-дистрофічних змін у слизовій шлунку, яким в ряді випадків супроводжують і диспепсичні розлади, особливо при застосуванні цитостатиків, глюкокортикоидовів, саліцилатів, індометацину (метиндолу), показано помірне механічне щадіння шлунку (використання їжі в протертому вигляді, відвареної в воді або на пару). Зазначені вище препарати стимулюють секрецію шлунку, що може посилювати диспепсичні розлади (печію і ін.) Аж до розвитку ерозій і виразок в шлунку і дванадцятипалої кишці. При використанні цих препаратів необхідно хімічне щадіння травного каналу. З цією метою показано виключити м'ясні бульйони, рибні та овочеві навари, соління, маринади, гострі приправи, спеції, копченості, газовані напої, квас. Їжу слід вживати 4-5 разів на день. У період вираженого загострення доцільно використовувати в якості базисної дієти № 10а з подальшим переходом на дієту № 10, яку можна застосовувати з самого початку лікування при слабо вираженому загостренні захворювання. Сприятливий вплив на перебіг захворювання надає періодичне призначення поза загостренням захворювання фруктово-овочевих днів (кожні 7-10 днів). Вони сприяють розвантаженню обміну речовин, збагачення організму вітамінами, солями калію і деякими ферментами. При ускладненнях необхідно вносити в дієту корективи відповідно до характеру патологічного процесу.

ХАРЧУВАННЯ ХВОРИХ НА ВЕГЕТО-СУДИННУ ДИСФУНКЦІЮ

Швиґар Л.В.

Кафедра педіатрії та медичної генетики

Вищий державний навчальний закладу України

«Буковинський державний медичний університет», Чернівці, Україна

Вегето-судинна, або нейро-циркуляторна дисфункції відноситься до тих недуг, які хоч і не являються загрозливими для життя і відрізняються доброякісним перебігом і хорошим прогнозом, але істотно ускладнюють життя хворих. Хворі відчують не тільки скарги, пов'язані з мінливим судинним тонусом, їх мучать різноманітні дихальні розлади, невмотивована слабкість, м'язовий та головний біль, внутрішнє тремтіння, порушення сну, вони погано переносять психоемоційні і фізичні навантаження. Грамотні лікарі, стикаючись з такими нелегкими пацієнтами, намагаються максимально застосовувати різні нелікарські способи лікування, включаючи дієтотерапію. Особливу увагу до дієти повинні проявляти тим хворим, у яких є надлишкова вага, порушений обмін речовин який несприятливо позначається на стані судин. Тому цим пацієнтам потрібно обов'язково оцінити добову енергоцінність свого звичного харчування і її відповідність реальним енерговитратами організму. Краще для цього звернутися до фахівців які кваліфіковано допоможуть провести необхідні розрахунки і визначити, на скільки саме кілокалорій потрібно і можна без шкоди для конкретного пацієнта корегувати раціон, упорядкувати режим свого харчування (прийоми їжі слід здійснювати приблизно в один час); дотримуватися маложирового раціону (формування холестеринових відкладень впливає на еластичність і міцність судин) з переважним використанням рослинних (соєвого, оливкової, гарбузового, горіхового, соняшnikової олій), а не тугоплавких (баранини, качки, свинини, сала, гусятини, вершків та ін.)

жирів; уникати смажених страв (м'яса, риби, овочів) і фастфуду; налягати на продукти - джерела клітковини (недробленого зерна, овочі, листову зелень, бобові, фрукти, горіхи, вівсянка, висівки, морська капуста та ін.), додавати в чайну заварку липовий цвіт, листя меліси або м'яти перцевої, шишки хмелю (вони регулюють гіпоталамо-вісцеральні взаємодії, нормалізують сон і зменшують необгунтовану дратівливість).

Харчування при переважанні симпатотонії, якщо у пацієнтів з вегето-судинною дисфункцією регулярно фіксується підвищення артеріального тиску, то їм слід кардинально міняти свій раціон. Ці корективи допоможуть запобігти стійкої артеріальної гіпертензії. Як правило, їм настійно радять обмежити каву та чай замінивши на какао (цей чудовий напій містить флавонол, що знижує тиск), уникати страв - збудників центральної нервової системи (наваристих рибних і м'ясних бульйонів, та ін.), знизити добове кількість кухонної солі (до 4-6 г, не застосовуючи її при готуванні, а підсолюючи вже зроблені страви) або використовувати гіпонатрієву сіль і її калієві замінники (санасол і ін.), збільшити частку продуктів - джерел калію (баклажани, печена картопля, абрикоси, сливу, виноград, мандарини, сир та ін.) і магнію (гречка, горіхи, листову зелень, паростки пшениці, недробленого зерно, висівки, кунжут і ін.

У разі варіанта вегето-судинної дисфункції по ваготонічному типу теж необхідно слідкувати над своїм харчуванням. Їм рекомендують часті прийоми їжі (кожні 3 години) малими порціями; стежити за об'ємом рідини, що випивається (вона необхідна для підтримання достатнього об'єму циркулюючої крові в судинах), її має бути не менше 1,5 літрів; їсти більше продуктів з високим вмістом аскорбінової кислотою, яка має тонізуючу дію її багато в чорній смородині, болгарському перці, агрусі, цитрусових, шипшині, обліпісі, брукві і ін., використовувати фрукти і овочі з биофлавоноидами, поліпшують

еластичність судин (буряк, паприка, апельсини та ін.); не забувати про листову зелень, укроп, селеру (їх ефірні масла розширюють судини), пити свіжовичавлені соки з перерахованих фруктів, овочів, плодів і ягід; включати в меню свіжозаварений (не пакетики) зелений чай, чай з каркаде (для посилення тонізуючого ефекту в напої можна додати мед) або замінити їх спеціальними таблетками екстракту зеленого чаю; уникати какао; використовувати тонізуючі спеції (імбир, корицю, куркуму, корицю) в приготуванні гарячого, гарнірів, десертів, випічки; вживати натуральну лакрицу (наприклад, у вигляді льодяників); помірна кількість кухонної солі (уникати свідомо солоних продуктів).

Можливості однієї лише дієтотерапії при вегето-судинній дисфункції обмежені. Однак вона служить прекрасною підмогою в комплексному лікуванні недуги. Крім того, правильне харчування може врятувати або відстрочити формування більш грізних захворювань чи ускладнень.

ЗМІСТ

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ДІЄТИЧНОГО ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ Сорокман Т.В.....	3
CYCLIC VOMITING SYNDROME IN CHILDREN: A REVIEW OF THE PROBLEM Andriychuk D.R., Marchuk Yu.F.....	8
ПРИНЦИПИ КОРЕКЦІЇ СИНДРОМУ ЦИКЛІЧНОГО БЛЮВАННЯ В ДІТЕЙ Андрійчук Д.Р., Марчук Ю.Ф.....	12
ПЕРЕБІГ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ В ДІТЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ХАРЧУВАННЯ ТА ТРИВАЛОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ Андрійчук Д.Р., Марчук Ю.Ф.....	14
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ ТА МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ Безрук Т.О., Безрук В.В.....	18
КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ СИСТЕМИ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУУ ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ Безрук Т.О., Безрук В.В.....	20
СТАН ЛАНОК ІМУННОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ Безрук Т.О., Безрук В.В.....	22
ВИКОРИСТАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ХАРЧОВИХ ПРОДУКТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ТА КОРЕКЦІЇ ДІЄТИ ДІТЕЙ ІЗ РОЗЛАДАМИ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ Воронцова Т.О., Горішній І.М., Шульгай Л.М., Волянська Л.А., Кубей І.В.....	24
ФУНКЦІОНАЛЬНІ РОЗЛАДИ ДЕФЕКАЦІЇ У ДІТЕЙ – ЛІКУВАННЯ І ДІЄТИЧНЕ ХАРЧУВАННЯ Воронцова Т.О., Федорців О.Є., Стеценко В.В., Мудрик У.М., Бурбела Е.І.....	27
ОСОБЛИВОСТІ ДІЄТОТЕРАПІЇ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ДІТЕЙ Гінгуляк М.Г.....	31
ОСОБЛИВОСТІ ВИГODOВУВАННЯ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ХАРЧОВОЮ НЕПЕРЕНОСИМІСТЮ Кизима Н.В., Бойко Л.О.....	36

ОСОБЕННОСТИ ДИЕТОТЕРАПИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО ТРАНЗИТА Коноплицкий В.С., Якименко А.Г., Лукьянец О.А.....	38
THE INFLUENCE OF NUTRITION ON BRAIN FUNCTION AND THE STATE OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM IN CHILDREN OF DIFFERENT AGES Khlunovska L.Yu.....	41
RISK FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF THE GASTROINTESTINAL TRACT CONGENITAL MALFORMATIONS Lastivka I.V., Khlunovska L.Yu.....	44
СУЧАСНИЙ АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ХОЛЕЛІТІАЗУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2 Марчук Ю.Ф., Андрійчук Д.Р.....	46
CHRONIC CHOLECYSTITIS AND DIABETES MELLITUS TYPE 2: MODERN METHODS OF DIAGNOSTICS OF CHOLELITHIASIS Marchuk Yu.F., Andriychuk D.R.....	50
ОСОБЛИВОСТІ ЗМІНИ ДАНИХ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ ОБСТЕЖЕНЬ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ТИПУ 2 Марчук Ю.Ф., Андрійчук Д.Р.....	52
ФУНКЦІОНАЛЬНІ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ У ДІТЕЙ З РІЗНИМ ВИДОМ ВИГОДОВУВАННЯ Мельничук Л.В.....	54
ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ ІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНОЮ ДИСПЕПСІЄЮ Міхеева Т.М.....	56
DIETARY HABITS AS A KEY FACTOR OF CHRONIC DIGESTIVE DISEASES IN SCHOOLCHILDREN Mikheieva T.M., Popelyuk N.O., Popelyuk O-M.V.....	58
МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ХАРЧУВАННЯ ШКОЛЯРІВ Нечитайло Ю.М.....	60
ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ Нечитайло Ю.М., Підмурняк О.Я.....	63
ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧУВАННЯ СУЧАСНИХ ШКОЛЯРІВ Нечитайло Ю.М., Ковтюк Н.І., Регульська І.Б.....	65

ОСОБЛИВОСТІ ДІЄТИЧНОГО ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ ІЗ ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ РОЗЛАДАМИ БІЛІАРНОГО ТРАКТУ Нечитайло Д.Ю.....	68
ПОГЛЯД УЧНЯ ПІДЛІТКА НА ОСОБИСТЕ ХАРЧУВАННЯ Пацера М.В.....	71
ОСОБЛИВОСТІ ДІЄТОТЕРАПІЇ ЗАКРЕПІВ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ З ПАТОЛОГІЄЮ ЦНС Пашенко І.В., Підкова В.Я., Круть О.С., Радутна О.А.....	73
ХАРЧОВІ ЗВИЧКИ В ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ Підкова В.Я., Пашенко І.В., Круть О.С.....	76
KEY FACTORS INFLUENCING HEALTHY EATING HABITS AMONG UNIVERSITY STUDENTS Popelyuk N.O., Popelyuk O-M.V.....	78
ДІЄТОТЕРАПІЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ У ДІТЕЙ Ризничук М.О.....	81
ОСОБЛИВОСТІ ДІЄТОТЕРАПІЇ ПРИ ГІПОТИРЕОЗІ Ризничук М.О., Крецу Т.М., Дмитрук В.П., Костів М.І.....	84
ПАНКРЕАТИЧНА НЕДОСТАТНІСТЬ У ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ: ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК І МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ Руденко Г.М., Андрікевич І.І.....	87
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ АТРОФІЧНОГО ГАСТРИТУ У ДІТЕЙ Руденко Г.М., Шаламай М.О.....	89
ОБСПЕЧЕННІСТЬ ВИТАМИНОМ К ЖЕНЩИН-КОРМИЛИЦ С ПРИМЕНЕНИЕМ «ВИТАМИННОГО КАЛЬКУЛЯТОРА» Соляник А.В.....	92
КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ СУМІШЕЙ NUTRILON ДЛЯ ШТУЧНОГО ВИГОДОВУВАННЯ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ Сорокман Т.В.....	94
ЕФЕКТИВНІСТЬ БЕЗГЛЮТЕНОВОЇ ДІЄТИ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦЕЛІАКІЮ Сорокман Т.В.....	96
ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА ТА ПРИНЦИПИ ДІЄТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ НЕПЕРЕНОСИМОСТІ ЛАКТОЗИ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ Хільчевська В.С.....	99

КЕТОГЕННА ДІЄТА ЯК КОМПОНЕНТ ЛІКУВАННЯ ЕПІЛЕПСІЙ У ДІТЕЙ	
Хлуновська Л.Ю., Бабина О.О., Стрільчук О.Є.....	103
ОСОБЛИВОСТІ ДІЄТИ ПРИ ЮВЕНІЛЬНОМУ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ	
Швигар Л.В.....	106
ХАРЧУВАННЯ ХВОРИХ НА ВЕГЕТО-СУДИННУ ДИСФУНКЦІЮ	
Швигар Л.В.....	109