

Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології

Липень/Серпень 2016
Том 10 №1

July/August 2016
Volume 10
Number 1

В НОМЕРІ:

ПЕДІАТРІЯ:

Актуальні проблеми педіатрії. Матеріали XIII з'їзду педіатрів України
(11-13 жовтня 2016 р., м. Київ)

Римські критерії IV (2016): Що нового?



International Journal of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology

МІЖНАРОДНИЙ ЖУРНАЛ ПЕДІАТРІЇ, АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ

Головний редактор

В.Г. Майданник (Київ, Україна)

Заступники головного редактора

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

Відповідальний секретар

Н.М. Суходольська

Науковий редактор

І.О. Мітюряєва

Редакційна колегія

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

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

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

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

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

INTERNATIONAL JOURNAL OF PEDIATRICS, OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Editor

Vitaly Maidannyk (Kiev, Ukraine)

Associate Editors

Oleg Hnateyko (Lvov, Ukraine)
Boris Kaganov (Moscow, Russian Federation)
Vasiliy Benyuk (Kiev, Ukraine)
Valeriy Zaporozhan (Odessa, Ukraine)

Managing Editor

Nadezhda Sukhodolskaya

Editorial Board

Abaturon A.E. (Dnepropetrovsk, Ukraine)	Zhuk S.I. (Kiyev, Ukraine)	Mazkevich V.E. (Sumi, Ukraine)
Antipkin Yu.G. (Kiev, Ukraine)	Zaytseva O.V. (Moscow, Russian Federation)	Medved V.I. (Kiyev, Ukraine)
Avramenko T.V. (Kiev, Ukraine)	Zakharova I.N. (Moscow, Russian Federation)	Moreno M.A. (Astana, Kazakhstan)
Aryayev N.L. (Odessa, Ukraine)	Zryachkin N. I. (Saratov, Russian Federation)	Nechitaylo Yu.N. (Chernovtsy, Ukraine)
Bagdasarova I.V. (Kiev, Ukraine)	Kamilov A.I. (Tashkent, Uzbekistan)	Omelchenko L.I. (Kiev, Ukraine)
Belyayeva L.M. (Minsk, Belarus)	Kvashnina L.V. (Kiev, Ukraine)	Pavlishin G.A. (Ternopol, Ukraine)
Boychuk A.V. (Ternopol, Ukraine)	Klimenko T.M. (Kharkiv, Ukraine)	Pirogova V.I. (Lvov, Ukraine)
Vdovichenko Yu.P. (Kiev, Ukraine)	Koloskova E.K. (Chernovtsy, Ukraine)	Potapov V.A. (Dnepropetrovsk, Ukraine)
Ventskiy B.M. (Kiev, Ukraine)	Korenev N.M. (Kharkiv, Ukraine)	Smiyan A.I. (Ternopol, Ukraine)
Volkov I.K. (Moscow, Russian Federation)	Korovina N.A. (Moscow, Russian Federation)	Smiyan I.S. (Ternopol, Ukraine)
Vokhidov A.V. (Tadzhikistan)	Korolenko V.V. (Kiev, Ukraine)	Söder O. (Stockholm, Sweden)
Voronenko Yu.V. (Kiyev, Ukraine)	Kramarev S.A. (Kiev, Ukraine)	Stepankovskaya G.K. (Kiev, Ukraine)
Geppe N.A. (Moscow, Russian Federation)	Kryuchko T.A. (Poltava, Ukraine)	Tyazhka O.V. (Kiev, Ukraine)
Gorelov A.V. (Moscow, Russian Federation)	Linne T. (Stockholm, Sweden)	Uzakbayev K.A. (Bishkek, Kirgizstan)
Grechanina E.Ya. (Kharkiv, Ukraine)	Lukashuk V.D. (Kiev, Ukraine)	Khaytovich N.V. (Kiyev, Ukraine)
Grishchenko O.V. (Kharkiv, Ukraine)	Maltsev S.V. (Kazan, Russian Federation)	Shamsiyev Sh.S. (Tashkent, Uzbekistan)
Dikanbayeva S.A. (Almata, Kazakhstan)	Senatorova A.S. (Kharkiv, Ukraine)	Shunko Ye.E. (Kiev, Ukraine)
Dudnik V.M. (Vinnitsa, Ukraine)	Mamenko M.E. (Lugansk, Ukraine)	Churilina A.V. (Kiev, Ukraine)
Zhabchenko I.A. (Kiyev, Ukraine)	Markin L.B. (Lvov, Ukraine)	

Publishers: O.O. Bohomolets National Medical University,

Euroasian Pediatric Association

Address: 10, Tolstogo str., 01601 Kiev, Ukraine

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

Tel.: +38 044 234 53 75; Fax: +38 044 235 53 45

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПЕДІАТРІЇ

Матеріали XIII з'їзду педіатрів України
(11-13 жовтня 2016 року, м. Київ)

За редакцією Ю.Г. Антипкіна, В.Г. Майданника

CURRENT PROBLEMS OF PEDIATRICS

Abstracts of the XIII Congress of Pediatrics of Ukraine
(October, 11-13th, 2016, Kiev)

Edited by J.G. Antypkin, V.G. Maidannyk

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ДОБОВОГО МОНІТОРУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ДІТЕЙ З ОЖИРІННЯМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД КЛІМАТО-ГЕОГРАФІЧНИХ РАЙОНІВ ПРОЖИВАННЯ

Бобрикович О.С. ¹, Гаріджук Л.І. ¹, Чорна Н.В. ², Зелінська Л.М. ², Коновалова М.Т. ²

¹ ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м.Івано-Франківськ

² Обласна дитяча клінічна лікарня, м.Івано-Франківськ

Метою дослідження була оцінка варіабельності та інших показників добового ритму артеріального тиску (АТ) у дітей старшого шкільного віку з ожирінням, які проживають в різних клімато-географічних районах Прикарпаття.

Обстежено 114 дітей віком від 14 до 18 років, з них 40 (35,1%) дівчат та 74 (64,9%) юнаків. Майже з однаковою частотою серед обстежених дітей з різних районів проживання показники АТ відповідали рівню високого нормального і знаходились в діапазоні від 90-го до 95-го перцентиля у 33,3% з гірських, у 32,5% - передгірських та у 29,1% випадків серед дітей з рівнинної місцевості. У більшості дітей з усіх клімато-географічних районів Прикарпаття АТ перевищував 95 перцентиль, що розцінюється як артеріальна гіпертензія: у 65,3% - з гірських, у 62,5% з передгірських та у 58,2% випадків – серед дітей з рівнинних районів проживання. Підвищення АТ серед обстежених нами дітей (34,6%) зустрічалось переважно в другій половині дня (15-21 години) без суттєвої відмінності між районами проживання. В інші години доби підвищення АТ спостерігалось приблизно з однаковою частотою: в ранковий час – у 26,9%, вдень – у 24,6% випадків. Значний відсоток дітей (13,9%) мали епізоди підвищення артеріального тиску у нічні години, переважно з гірських районів проживання. Діти, що проживають в гірських районах, мали достовірно вищі середні значення САТ та ДАТ ($p < 0,05$), у порівнянні з показниками у дітей рівнинних місцевостей. Помітної різниці нічного середнього АТ у дітей різних районів проживання не виявлено. Достовірної відмінності коливань САТ, ДАТ впродовж доби у дітей передгір'я Карпат з їх ровесниками з рівнинної і гірської місцевості не виявлено.

Серед обстежених нами дітей, що проживають в гірських районах, оптимальна ступінь нічного зниження (10-22% - dippers) виявлена з найменшою частотою (28,8% і 14,9%), у 1,5 рази частіше (23,1%) – з передгірських та найчастіше (41,7%) - з рівнинних районів проживання ($p < 0,05$). Оптимальне нічне зниження ДАТ найчастіше (41,7%) спостерігалось у дітей, що проживають на рівнинні, у 1,8 разів рідше (23,1%) - у їх ровесників з передгір'я Карпат і майже в три рази рідше (14,9%) – в гірській місцевості. Випадки недостатнього нічного зниження САТ (0-10% - nondippers) у дітей з гірських районів проживання зустрічались найчастіше (52,6%), залишаються доволі часто у підлітків з передгірських (49,5%) і рівнинних районів 39,6%, ($p < 0,05$). Надмірне нічне зниження САТ і ДАТ (АТ більше 22% - over-dippers) виявлено майже з однаковою частотою серед обстежених дітей з усіх клімато-географічних районів Прикарпаття. Ситуації, коли нічний САТ і ДАТ перевищували денний, і $DI \leq 0$ (night-peakers) спостерігались тільки у дітей з гірських та передгірських районах проживання.

Метод добового моніторингу дозволяє підвищити ефективність діагностики артеріальної гіпертензії та виділити групи ризику по розвитку артеріальної гіпертензії, з метою ранньої профілактики розвитку гіпертонічної хвороби. У дітей які проживають в гірських районах при наявності ожиріння спостерігаються достовірно вищі показники АТ, які істотно не відрізняються в часі доби.

ДІАГНОСТИЧНА ЗНАЧУЩІСТЬ КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ РАНЬОГО ТА ПІЗЬОГО ДЕБЮТУ, ЗА РІЗНИХ АЦЕТИЛЯТОРНИХ ФЕНОТИПІВ (РЕЗУЛЬТАТИ КЛАСТЕРНОГО АНАЛІЗУ)

Богуцька Н.К.

ВНДЗ «Буковинський державний медичний університет», м.Чернівці

З метою оцінки результатів кластерного аналізу (КА) когорти дітей з раннім та пізнім початком БА залежно від ацетиляторного фенотипу (АФ) методом простої випадкової вибірки сформована когорта зі 107 дітей шкільного віку, хворих на персистувальну БА. Першу клінічну групу сформували 34 дітей із дебютом до 3-х років життя, другу групу – 73 хворих із початком БА після 6-ти років. Повільний (П) і швидкий (Ш) АФ визначали за методом Пребстинг В.Н., Гаврилова Н.И. в модифікації Тимофєєвої А.М. КА здійснено за методом К-середніх.

Розподіл П та Ш АФ в когортах пацієнтів пізнього та раннього дебюту БА був рівномірним із приблизним співвідношенням 1:1 та практично ідентичним, незалежно від дебюту БА: 47,1 та 52,9% у когорти дітей з ранньою маніфестацією захворювання та 46,6 і

53,4% серед пацієнтів із початком БА після 6-ти років ($p < 0,05$). Відповідно частка дітей із раннім та пізнім дебютом БА становила 32 та 68% за ПАФ та 31,6 та 68,4% серед дітей із ШАФ ($p < 0,05$), тобто ці показники також виявились ідентичними зі співвідношенням раннього та пізнього початку БА 1:2. У когорті пацієнтів з раннім дебютом БА за ПАФ, на протипагу ШАФ, статистично значуще у 4,5 рази (95%ДІ: 1,02-19,9) підвищувалась імовірність шансів обтяженості спадкового анамнезу алергічною патологією та у 6 разів (95%ДІ: 1,3-26,8) – менший за 20% показник кисневозалежної мікробіодичності еозинофільних гранулоцитів крові у спонтанному варіанті, що вказувало на ймовірну асоціацію ПАФ з більш виразним atopічним фенотипом за умови раннього маніфестування захворювання. У когорті пацієнтів із пізнім дебютом БА за ПАФ, на протипагу ШАФ, у 8,4 рази (95%ДІ: 1,3-55,4) підвищувались шанси збереження значнішої тяжкості порушення стану на 3-й день стаціонарного лікування та у 4,4 рази (95%ДІ: 1,3-14,5) – шанси застосування більш активної дезобструктивної терапії загострення під час лікування в стаціонарі. Відмічена тенденція до підвищення шансів більш вираженої лабільності бронхів за рахунок індексу бронхоспазму у когорті пацієнтів із пізнім дебютом БА за ПАФ, на протипагу ШАФ. Аналіз діагностичної цінності клініко-параклінічних показників та результати КА когорт пацієнтів із раннім та пізнім дебютом БА залежно від типу ацетилювання, в цілому, дозволили характеризувати БА з маніфестацією до 3-х років як переважно ранню реалізацію atopічної реактивності організму дитини, що здебільшого асоціювала з ПАФ. За ШАФ сформовані кластери із раннім дебютом хвороби виявились доволі однорідними. Фенотип БА пізнього початку розцінено як результат реалізації несприятливого поєднання ендогенних та зовнішньосередовищних чинників схильності до хвороби, причому за ПАФ пізній фенотип різнився за клінічними проявами, тяжкістю БА та особливостями застосування бета-агоністів короткої дії, тоді як за ШАФ – переважно за atopічною реактивністю.

КОРЕКЦІЯ ПРОЯВІВ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ У ДІТЕЙ

Большот Ю.К., Бордій Т.А., Шварацька О.В.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю (РДУГ) – поширений хронічний психічний розлад, що не тільки є причиною соціальної та/або шкільної дезадаптації, але й має низку соціально значущих негативних наслідків, таких як формування опозиційно-зухвалої або асоціальної поведінки, розвиток залежності від психоактивних речовин, тривожно-депресивних розладів, а також збільшення дитячого травматизму.

Лікування дітей із РДУГ передбачає комбінацію соціальної терапії та медикаментозного впливу. Медикаментозною терапією першої лінії вважається призначення метилфенідату (психостимулятор). В той же час призначення психостимуляторів має й суттєві обмеження. З огляду на це існує потреба у пошуку ефективних, але більш безпечних способів корекції проявів РДУГ, таких, які могли бути призначені педіатрами або сімейними лікарями у випадках, коли соціальна терапія виявляється недостатньо ефективною. Одним з таких способів є застосування комплексного гомеопатичного препарату Кіндінорм.

Метою дослідження стало вивчення ефективності застосування препарату Кіндінорм у дітей з РДУГ. Під спостереженням перебували 24 дитини віком від 4 до 13 років з РДУГ: 10 хлопчиків (41,7%) та 14 дівчаток (58,3%). Всі діти отримували Кіндінорм по 10 крупинок тричі на добу. Діагноз РДУГ встановлювався на основі критеріїв МКХ-10. Всі діти були оглянуті дитячим психоневрологом для підтвердження діагнозу та проведення диференційної діагностики. Виразність проявів РДУГ оцінювалась в динаміці за 4 блоками симптомів: неухважність (I блок), гіперактивність (II блок), імпульсивність (III блок) та додаткові (другорядні) симптоми (IV блок). В межах кожного блоку визначалось від 3 до 9 ознак, наявність яких оцінювалась в 1 бал. Далі проводився підрахунок сум балів в кожному блоці. Оцінка проводилась на початку лікування, на 14-й та 28-й дні терапії. Для визначення достовірності різниці отриманих результатів використовувався парний Т-критерій Уїлкоксона.

На початку лікування за шкалою «неухважність» у дітей реєструвалось в середньому $7,25 \pm 0,35$ бали (з 9 можливих), за шкалою «гіперактивність» – $3,17 \pm 0,42$ бали (з 6 можливих), за шкалою «імпульсивність» – $2,58 \pm 0,19$ бали (з 3 можливих). Серед 5 другорядних симптомів (неспокій, інсомнія, фобії, нічні кошмари/жахи, енурез) в середньому нараховувалось $2,75 \pm 0,37$ бали. Загальна сума балів на початку лікування складала $15,75 \pm 0,96$ з 23 можливих. Через 14 днів лікування середні показники сум балів за кожною шкалою стали достовірно меншими: неухважність – $4,17 \pm 0,6$ бали, гіперактивність – $2,33 \pm 0,5$ бали, імпульсивність – $2,08 \pm 0,26$ бали, додаткові симптоми – $1,5 \pm 0,45$ бали. Загальна сума балів на 14-й день лікування склала в середньому $10,08 \pm 1,1$ бали. На 28-й день лікування позитивна динаміка стала ще помітнішою: неухважність – $1,92 \pm 0,48$ бали, гіперактивність – $1,5 \pm 0,43$ бали, імпульсивність – $1,33 \pm 0,26$ бали, додаткові симптоми – $0,42 \pm 0,26$ бали, загальна сума – $5,17 \pm 1,05$ бали. Серед батьків пацієнтів з РДУГ 67% опитаних оцінили ефективність препарату як відмінну, решта – як добру. Небажаних побічних ефектів під час прийому Кіндінорму зареєстровано не було.

Таким чином, Кіндінорм – ефективний та безпечний препарат для корекції проявів РДУГ. Препарат може бути призначений педіатром або сімейним лікарем без необхідності попереднього узгодження із дитячим психіатром як доповнення до соціальної терапії.