

# 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

растной кластер от 1 до 6 месяцев жизни, вновь выявлены PIVKA-II – позитивные дети (15), большинство из которых получили лечение антибиотиками. Таким образом, 96 (52%) образцов сыворотки детей первых недель и месяцев жизни, находящихся на естественном вскармливании, дефицитном по витамину К, содержали повышенные концентрации PIVKA-II, что свидетельствует о достаточно высокой частоте гиповитаминоза К в данной субпопуляции. Профилактическое введение витамина новорожденным сразу после рождения у части детей в возрасте до семи дней не предупреждало дефицит витамина К. Дети старше 7 дней имели нормальные показатели PIVKA-II, что можно связать с началом выработки менаквинонов (витамина К2) эндогенной флорой толстого кишечника. Грудные дети, получающие антибиотики, предрасположены к возобновлению дефицита витамина К, и, возможно, нуждаются в профилактическом лечении. При этом одним из перспективных направлений может быть применение пробиотиков, способных увеличить выработку менаквинонов.

## ХАРАКТЕРИСТИКА ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ М. СІМФЕРОПОЛЯ.

**Танага В.О., Черняєва О.С., Гостіщева О.В.**

Медична Академія імені С.І. Георгіївського, м. Сімферополь

Фізичний розвиток - це динамічний процес зростання і біологічного дозрівання дитини в різні періоди дитинства, є одним з провідних показників стану здоров'я. Показники фізичного розвитку, є важливим інструментом первинного контролю над станом здоров'я дітей.

**Мета дослідження:** Вивчити показники фізичного розвитку дітей молодшого шкільного віку м. Сімферополя і порівняти з показниками ВООЗ.

**Матеріали і методи:** Було обстежено 574 дитини, з них 288 дівчаток (50,2%) і 286 хлопчиків (49,8%). Усім дітям була проведена антропометрія. Оцінку фізичного розвитку (ФР) проводили двома способами. 1-й спосіб – аналіз двох провідних показників - довжини (ДТ) і маси тіла (МТ) на основі віково-статевих центильних шкал. 2-й спосіб - розраховуючи ІМТ (ВООЗ, 2007). Критерії дефіциту ваги - показники нижче 3-го центілю, надлишкова маса тіла в діапазоні 90-97-й centa, ожиріння - вище 97-го центілю. Статистичну обробку обчислених показників здійснювали з використанням програми Statistica 6.0 для Windows.

**Результати досліджень:** Аналіз отриманих результатів дозволив виявити деякі особливості фізичного розвитку досліджуваної популяції дітей Сімферополя. З 574 обстежених середній фізичний розвиток був у 250 дітей (43,6%), нижче середнього ФР - у 63 дітей (11%), низький - у 25 дітей (4,4%), вище середнього - у 121 дитини (21%), високий ФР - у 115 дітей (20%). Статеві відмінності були виявлені в групі з ФР нижче середнього, в 2 рази частіше воно було у дівчаток - 41 дитина (7,1%) і 22 хлопчика (3,9%), достовірність  $p < 0,05$ . У групах з іншими видами ФР гендерних відмінностей виявлено не було. В результаті оцінки ФР на основі віково-статевих центильних шкал гармонійне ФР було у 493 дітей (85,8%), дисгармонійний ФР - у 81 дитини (14,2%). Серед дітей з дисгармонійним ФР були виявлені діти з затримкою росту - 11 (1,9%), дефіцитом ваги - 11 (1,9%), надмірною масою тіла - 27 (4,7%), ожирінням - 32 (5,6%). Причому, дефіцит ваги спостерігався тільки у дівчаток - 11 дітей (1,9%),  $p < 0,001$ . Провівши дослідження ІМТ, нами було виявлено, що середні параметри ІМТ спостерігалися у 437 (76,2%) дітей, а відхилення від середніх параметрів у 137 дітей (23,8%), що достовірно частіше, ніж дисгармонійні ФР ( $p < 0,001$ ). Серед дітей з відхиленнями в ІМТ дефіцит маси тіла був у 42 дітей (7,3%), достовірно частіше, ніж при першому методі дослідження ( $p < 0,01$ ). Надлишкова маса тіла у 64 дітей (11,1%)  $p < 0,01$ , у порівнянні з 4,7%, при першому методі дослідження. Ожиріння у 31 дитини (5,4%). Провівши порівняння з середніми показниками ВООЗ 2007р. ми виявили достовірно ( $p < 0,001$ ) збільшення показників маси тіла і росту у дітей кримської популяції, обох статей.

**Висновки:** Серед популяції сімферопольських молодших школярів переважають діти з середнім і високим ФР. Кримські діти мають достовірно більш високі показники маси тіла і росту, ніж показники представлені ВООЗ. Метод дослідження ІМТ дозволяє виявити на більш ранніх етапах відхилення у фізичному розвитку, що дозволить застосовувати профілактичні заходи на більш ранньому терміні, не допускаючи розвитку хвороби.

## ПОКАЗНИКИ ЛАБІЛЬНОСТІ БРОНХІВ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ЗАЛЕЖНО ВІД ЗАПАЛЬНИХ ПАТЕРНІВ КРОВІ

**Тарнавська С.І., Шахова О.О., Мислицька Г.О.**

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

**Мета роботи.** З метою оптимізації комплексного лікування дітей, хворих на бронхіальну астму, ретроспективно дослідити показники неспецифічної реактивності на рівні бронхів різного калібру залежно від запальних патернів крові.

**Матеріал і методи.** Для досягнення поставленої мети проведено комплексне клінічно-імунологічне обстеження І-II рівня 120 дітей, хворих на БА. Усім хворим визначали неспецифічну реактивність бронхів згідно існуючих рекомендацій шляхом оцінки їх реакції на

дозоване фізичне навантаження (ДФН) та інгаляцію  $\beta_2$ -агоніста короткої дії (200 мкг салбутамолу) з подальшим обчисленням показника лабільності бронхів (ПЛБ) як суми його компонентів – індексів бронхоспазму (ІБС) та бронходилатації (ІБД).

Залежно від вмісту гранулоцитів крові сформовані чотири клінічні групи. Першу (I) групу становили 34 дитини, які хворіють на БА із гіпогранулоцитарним патерном запалення (вміст еозинофілів крові  $< 250$  клітин/мм<sup>3</sup> та нейтрофілів  $< 5000$  клітин/мм<sup>3</sup>) (середній вік –  $13,7 \pm 2,6$  року, частка хлопчиків – 64,7%), до II групи увійшли 60 дітей, хворих на БА з переважно еозинофільним патерном периферичної крові (вміст еозинофілів  $\geq 250$  клітин/мм<sup>3</sup>) (середній вік –  $12,8 \pm 2,9$  року, частка хлопчиків – 70,0%), до III групи увійшли 14 дітей із нейтрофільним патерном (вміст нейтрофілів  $\geq 5000$  клітин/мм<sup>3</sup>) (середній вік –  $12,6 \pm 2,7$  року, частка хлопчиків – 64,3%), до IV групи увійшли 12 дітей з гіпергранулоцитарним патерном запальної відповіді (вміст еозинофілів крові  $\geq 250$  клітин/мм<sup>3</sup> та нейтрофілів  $\geq 5000$  клітин/мм<sup>3</sup>) (середній вік –  $14,9 \pm 1,9$  року; частка хлопчиків – 58,3%. За основними клінічними характеристиками групи спостереження були зіставлюваними.

**Результати дослідження.** Показник лабільності бронхів серед пацієнтів I, II, III, та IV клінічних груп дорівнював:  $15,9 \pm 0,8\%$ ,  $24,3 \pm 0,7\%$ ,  $25,3 \pm 1,6\%$  та  $41,0 \pm 2,6\%$  відповідно ( $p$  IV:I, II  $< 0,05$ ). Виразна дилатаційна реакція дихальних шляхів (ПЛБ більше 20%) притаманна 75% пацієнтам IV групи, половині представників II (50,0%) та III (64,3%) групи та лише третині хворих I клінічної групи (31,3%). Гіпергранулоцитарний запальний фенотип асоціював із підвищеним відносним ризиком виразної дилатаційної реакції дихальних шляхів порівняно до пацієнтів із гіпогранулоцитарним запальним патерном крові у 2,4 рази [95%ДІ: 1,7-3,4] при співвідношенні шансів - 6,7 [95%ДІ: 3,6-12,4].

**Висновки.** Наявність гіпергранулоцитарного запального фенотипу підвищувала шанси реєстрації виразної дилатації дихальних шляхів у 6,7 разу.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ У ШКОЛЯРІВ НА ФОНІ ЛАТЕНТНОГО ЗАЛІЗОДЕФІЦИТУ

**Ткач Б.Н., Ган Р.З., Недоступ І.С., Уліцкий А.М., Глов'як В.Г.**

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет", м. Івано-Франківськ

Висока поширеність хронічних гастродуоденітів (ХГД) серед дітей, зростання резистентності *Helicobacter pylori* (Hр) до антибіотиків і зниження в останні роки ефективності ерадикаційної терапії визначають актуальність проблеми. Останнім часом спостерігається підвищення інтересу педіатрів до залізодефіцитних станів (ЗДС), які часто супроводжують ХГД. Метою даного дослідження було вивчення ефективності застосування Гемоферону у дітей з ХГД на фоні ЗДС. Під спостереженням було 120 школярів віком 7-15 років, хворих на ХГД. У 77 з них були встановлені клінічні і лабораторні ознаки залізодефіциту (Hb  $< 120$  г/л, зниження вмісту заліза в цільній крові і в сироватці, зменшення концентрації феритину, зниження насиченості трансферину залізом). Хворі на ХГД на фоні ЗДС були розподілені на 2 групи, Основну групу склали 45 дітей, які окрім базисної терапії, одержували Гемоферон, в групу порівняння ввійшли 32 хворих, які отримували тільки базисну терапію. Контрольну групу склали 30 здорових дітей того ж віку. Діагностику і лікування ХГД проводили за існуючими клінічними протоколами. Визначали концентрацію есенціальних мікроелементів (цинку, міді, заліза) в цільній крові, вміст феритину та сироваткового заліза, насиченість трансферину залізом (НТЗ).

З анамнезу встановлено, що у всіх дітей з ЗДС був знижений апетит, у 81,8% були якісно-кількісні порушення харчового стереотипу, фізичні та психоемоційні перевантаження спостерігались у 72,7%. Сімейний анамнез по гастроентерологічній патології був обтяжений у 66,2% хворих. У 87,0% обстежених виявлені H. pylori-антитіла у високому титрі. Частота загострень хвороби у дітей ХГД і ЗДС була майже вдвічі вищою, ніж у дітей з ХГД без ЗДС. Проведені дослідження показали, що у дітей з ХГД на тлі ЗДС спостерігається дисбаланс есенціальних мікроелементів (зниження вмісту заліза і цинку та підвищення - міді в крові), достовірне зменшення концентрації сироваткового заліза та феритину, зниження НТЗ в порівнянні з показниками у здорових дітей. Для корекції встановленого ЗДС ми обрали комбінований вітчизняний препарат виробництва СП «Сперко Україна» Гемоферон - добре збалансований комплекс заліза і вітамінів, необхідних для нормального кровотворення. Крім амонійного цитрату заліза, у його склад входять фолієва кислота, ціанокобаламін, аскорбінова кислота, цинку сульфат, які покращують всмоктування заліза і, будучи антиоксидантами, впливають на вільнорадикальні процеси. Застосовували препарат протягом 1-2 місяців. При виписці зі стаціонару особливо наголошували на дієтотерапії у дітей з ХГД з урахуванням наявності залізодефіциту. При контрольному огляді через 6 тижнів симптоми залізодефіциту зникли практично у всіх дітей. У 67,5% пацієнтів досягнуто підвищення рівня гемоглобіну ( $> 120$  г/л), відмічена також тенденція до підвищення рівня СЗ, феритину та НТЗ.

Таким чином, беручи до уваги важливу роль заліза у метаболічних процесах, своєчасна діагностика і лікування ЗДС у дітей з ХГД сприятимуть попередженню розвитку метаболічних розладів та енергодефіциту і, тим самим, покращуватимуть ефективність базисної терапії і дозволять зменшити медикаментозне навантаження при повторних курсах лікування. У період загострення у дітей з ХГД необхідно визначати основні показники ферокінетики і при виявленні порушень слід проводити корекцію залізодефіциту: призначення препаратів заліза у поєднанні з дієтотерапією.

**Національна академія медичних наук України  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
Федерація педіатрів країн СНД**

Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології. 2016;10(1):1-118.  
Державний реєстраційний №0612-10412 ПР Серія КВ

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

**E-mail:** [ijpog.editor@gmail.com](mailto:ijpog.editor@gmail.com); [ijpog.editor@ukr.net](mailto:ijpog.editor@ukr.net);  
**Тел.:** +38 044 234 53 75; **Факс:** +38 044 235 53 45

Перекладач А.О. Владімірова  
Адміністратор сайта Є.О. Ємчинська  
Дизайн та верстка Т. Нуртазін, О.М. Олійник

---

Здано до набору 04.08.2016 Підписано до друку 17.08.2016 Формат 60x90 1/8 Наклад 5000 прим.

**Национальная академия медицинских наук Украины  
Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца  
Федерация педиатров стран СНГ**

Международный журнал педиатрии, акушерства и гинекологии. 2016;10(1):1-118.  
Государственный регистрационный №0612-10412 ПР Серия КВ

**Адрес редакции:** ул. Л. Толстого, 10  
01601 Киев, Украина

**E-mail:** [ijpog.editor@gmail.com](mailto:ijpog.editor@gmail.com); [ijpog.editor@ukr.net](mailto:ijpog.editor@ukr.net);  
**Тел.:** +38 044 234 53 75; **Факс:** +38 044 235 53 45

Переводчик А.А. Владимирова  
Администратор сайта Е.А. Емчинская  
Дизайн и верстка Т. Нуртазін, Е.Н. Олейник

---

Сдано в набор 04.08.2016 Подписано в печать 17.08.2016 Формат 60x90 1/8 Тираж 5000 экз.