

Національна академія медичних наук Укарїни
Міністерство охорони здоров'я Укарїни
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН Укарїни»
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Асоціація педіатрів Укарїни

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПЕДІАТРІЇ

Матеріали VIII Конгреса педіатрів Укарїни
(9-11 жовтня 2012 року, Київ)

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

CURRENT PROBLEMS OF PEDIATRICS

Abstracts of the VIII Congress of Pediatrics of Ukraine
(October, 9-11th, 2012, Kiev)

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

Київ - 2012

СПЕКТР СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ПЕРСИСТУВАЛЬНОЮ РЕСПІРАТОРНОЮ АЛЕРГІЙНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Богуцька Н.К., Гарас М.Н., Колюбакіна Л.В., Власова О.В.

Буковинський державний медичний університет, м.Чернівці

Метою дослідження було здійснити оцінку такої компоненти атопії, як сенсибілізація до найпоширеніших алергенів у дітей із цілорічним алергійним ринітом (АР) із супутньою бронхіальною астмою (БА), або без неї.

Гіперчутливість до 18 кліщових, епідермальних, грибкових і комашиного алергену таргана, що здебільшого зумовлюють цілорічні клінічні прояви, а також пилоквих (трави, дерева) алергенів, причинно значущих для сезонної маніфестації алергії, вивчена за даними шкірних прик-тестів (Stallergenes, Stallerpoint) паралельно із визначенням вмісту специфічних IgE сироватки крові (радіоалергосорбентний тест ImmunoCAP Specific IgE 0-100 з мінімальним рівнем визначення 0,1 kU/l) в 35 дітей шкільного віку з цілорічним алергійним ринітом, 18 із яких хворіли і на персистувальну бронхіальну астму.

У 35% пацієнтів виявлено наявність сенсибілізації лише до однієї групи алергенів, зокрема у 5% – до епідермальних алергенів kota і собаки, та в 30% – до кліщів домашнього пилу. У решти 55% дітей встановлено гіперчутливість щонайменше до одного з кліщів домашнього пилу та до однієї іншої групи досліджуваних алергенів. Зокрема, полісенсибілізація встановлена в 35% дітей до хоча б ще однієї групи алергенів, у 15% – до двох та в 5% – до всіх досліджуваних чотирьох груп алергенів. У дітей із гіперчутливістю до двох і більше груп алергенів виявлено істотно більший вміст IgE до *D.farinae* (відповідно 74,1±33,1 проти 37,7±40,5 kU/l, $p<0,04$), а також вищу лабільність бронхів після інгаляції сальбутамолу (46,6±9,5 проти 10,3±7,6%, $p<0,002$, відповідно). Рівень сенсибілізації виявився дуже високим (>17,5 kU/l) у 70% дітей до *D.pteronyssinus* та у 75% пацієнтів до *D.farinae* (причому в 40% пацієнтів він перевищував 100 kU/l до хоча б одного з кліщів домашнього пилу), високим (>3,5 kU/l) – у 30% пацієнтів до алергену kota та в 15% – до алергену собаки, та слабо позитивним (>0,35 kU/l) до хоча б одного з грибків цвілі або алергену таргана – відповідно лише у 15% та 25% обстежених пацієнтів. У мешканців сільської місцевості рівень гіперчутливості до усіх грибків цвілі за даними IgE був істотно вищим. У половини дітей із персистувальним АР встановлено сенсибілізацію до хоча б одного алергену з групи дерев, трав або бур'янів. Найвищим серед алергенів пилку був рівень сенсибілізації до тимофіївки, причому за супутньої бронхіальної астми в дітей виявлено достовірно вищий рівень сенсибілізації до цього алергену. Не існувало залежності досліджуваної гіперчутливості від статі, віку, тривалості захворювання та грудного вигодування, наявності домашніх улюбленців, умов мешкання, вакцинного анамнезу, спірографічних показників.

Отже, в дітей шкільного віку із персистувальною респіраторною алергійною патологією найбільш значущою серед аероалергенів виявилась сенсибілізація до кліщів домашнього пилу *D.pteronyssinus* та/або *D.farinae*, менше – до епідермальних алергенів домашніх тварин, та низькою – до цвілевих грибків.

«КАТАМНЕСТИЧНІ ПРОБЛЕМИ» НЕДОНОШЕНИХ НЕМОВЛЯТ – ПРОБЛЕМИ ГОДУВАННЯ

Большот Ю.К., Мавропуло Т.К., Степаненко Т.І.

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

Зі збільшенням кількості глибоконедоношених дітей великого значення набуває дослідження якості їх подальшого життя. Більше 70% дітей, народжених з гестаційним віком 28 і менше тижнів, мають довготривалі порушення соматичного та неврологічного стану, в тому числі порушення поведінки, труднощі годування (Thoyre S. M., 2007).

Вирішення проблеми становлення адекватного годування недоношених немовлят в неонатальних відділеннях має кілька етапів: вибір часу початку ентерального годування (мінімального трофічного годування), тактика розширення обсягу ентерального навантаження, подолання проблеми непереносимості ентерального годування, вибір субстрату ентерального харчування, збереження матір'ю грудного молока, забезпечення потреб дитини в період наздоганяючого росту, досягнення повного обсягу «орального годування» (годування соскою/груддю). Наступний етап (етап катамнестичного спостереження) вимагає вирішення проблеми функціональних гастроінтестинальних розладів та проблеми поведінкових порушень, пов'язаних з годуванням у недоношених немовлят.

Більш 40% дітей першого року життя з функціональними гастроінтестинальними розладами – це недоношені діти. До 6-ї літнього віку вони мають в 3,6 рази частішу вірогідність таких порушень.

В другому півріччі життя у 20-55% недоношених дітей відмічають проблеми поведінки, пов'язані з процесом годування (відмова від їжі, «примхлива» поведінка під час їжі, тривалий час годування, відмова від твердої їжі). 68% дворічних недоношених дітей з проблемами досягнення повного обсягу ентерального годування в перші місяці життя мають низькі показники фізичного розвитку, а також порушення поведінки (гіперактивність, щоденні істерики). У віці чотирьох років 71% недоношених дітей мали проблеми з годуванням (вибіркова відмова від їжі, тривалий час годування, «примхлива і роздратована» поведінка під час їжі). Доведено, що високий рівень материнської тривоги в неонатальному періоді є предиктором розвитку поведінкових проблем недоношеної дитини, в тому числі проблем годування (Thoyre S. M., 2007; Mathisen B., 2000; Ross E., 2009).

Згідно з нашими спостереженнями, в перші два роки життя різноманітні скарги на порушення поведінки під час їжі пред'являли більше 80% матерів дітей, народжених в гестаційному віці менше 30 тижнів. Ці труднощі, підвищуючи рівень тривоги матері відносно здоров'я дитини, вимушували її бути «гіперактивною» під час годування, тим самим поглиблюючи поведінкові порушення у дитини.

Напрямок вирішення проблеми поведінкових порушень недоношених немовлят та проблем з годуванням:

- на етапі неонатальних відділень – раннє залучення матері до процесу догляду та годування дитини (в тому числі і на етапі відділення інтенсивної терапії), формування "позитивного досвіду" орального годування у матері і дитини на всіх етапах його становлення, збереження лактації у матері;

- на етапі катамнестичного спостереження – підготовка сім'ї до передбачуваних проблем з годуванням, раннє виявлення та індивідуальна корекція цих проблем з залученням різних засобів, урахування постконцептуального віку та поведінкових особливостей матері і дитини при зміні характеру харчування.