

616.248

0-75

*Міністерство охорони здоров'я України  
Буковинська державна медична академія  
Обласне управління охорони здоров'я при  
Чернівецькій облдержадміністрації  
Кафедра госпітальної педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
Буковинської державної медичної академії*

**ТЕЗИ МАТЕРІАЛІВ  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
“ОСОБЛИВОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ  
У ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ  
(ПРОБЛЕМИ СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ)”**

*21-22 квітня 2004 року*

*м. Чернівці*

С. С. Казак, Г. В. Бекетова Фактори ризику формування бронхіальної астми у дітей з хронічним кандидозом травного шляху .....	26
Н. Н. Каладзе, М. Л. Бабак, З. З. Аметшаева, Ю. А. Канаева, Г. И. Скубенко, Т. А. Альбицкая Состояние апоптоза лимфоцитов и противоапоптотического фактора у детей с бронхиальной астмой и рецидивирующим бронхитом .....	27
Н. І. Київська Молочні суміші НіРР як приклад екологічно чистого продукту, і їх характеристика з позиції зменшення алергійного навантаження на дітей .....	29
О. К. Колоскова Поширеність бронхіальної астми у дитячій популяції м. Чернівці та динаміка забруднення атмосферного повітря (дані ретроспективного дослідження).....	31
Л. В. Колюбакіна, Л. М. Кузьменко, С. І. Нікорич, С. З. Трекуш, З. М. Федоришина, С. П. Марандюк Ефективність вигодовування недоношених дітей сумішшю НіРР-ре .....	32
Л. В. Колюбакіна, І. М. Костецький, О. В. Гірка, М. Д. Унгурян, Л. Ф. Балицька Результати застосування спеціалізованого продукту дитячого харчування молочної суміші Нірр-ре у недоношених дітей.....	34
Н. В. Кордунян, М. І. Поліщук, О. К. Колоскова, Н. К. Богуцька Реакції еозинофілів крові у дітей з атопією за умови тривалої експозиції солей важких металів .....	36
Л. Г. Кравченко, О. М. Ніколайчук, В. Б. Кравченко, М. С. Гбур, К. Б. Соболева Клініко-лабораторні особливості післянападного періоду бронхіальної астми у дітей залежно від характеру тригера.....	37

Л. В. Колюбакіна<sup>1</sup>, Л. М. Кузьменко, С. І. Нікорич, Є. З. Трекуш,  
З. М. Федоришина, С. П. Марандюк<sup>1</sup>

## **Ефективність вигодовування недоношених дітей сумішшю НіРР-pre**

Обласна дитяча клінічна лікарня №1, м. Чернівці <sup>1</sup>Буковинська  
державна медична академія

Питання ефективного виходжування недоношених дітей із напруженою адаптацією внаслідок госпіталізації, які знаходяться на штучному вигодовуванні вивчено недостатньо. Виходячи з цього, метою роботи було вивчити у порівнянні ефективність застосування харчових сумішей НіРР-pre і Малютка у недоношених новонароджених дітей.

Сформовано 2 групи спостереження. Першу групу склали 9 немовлят, які одержували суміш НіРР-pre; другу групу сформували 10 дітей, які вигодовувались сумішшю Малютка.

Діти знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні II етапу виходжування недоношених дітей обласної дитячої клінічної лікарні м. Чернівці у зв'язку із різним ступенем недоношеності. Всі немовлята отримували вищевказані харчові суміші впродовж двох тижнів. Розрахунок добового об'єму їжі проводився виходячи із фізіологічних вікових нормативів.

Ефективність вигодовування харчовими сумішами оцінювали за динамікою клінічних проявів захворювання, темпами набуття у вазі тіла та характером вагової кривої, толерантністю до їжі за даними копрограми та клінічними даними. Отримані дані аналізували методами біостатистики та клінічної епідеміології.

Клінічні групи дітей, що знаходилися на II етапі виходжування недоношених, були зіставляваними за основними клінічними показниками. Так, дівчат в першій групі спостереження було 55,5%, а в другій — 60%. Середній вік немовлят в першій групі склав 9 діб, в другій — 7,5 діб. У першій групі спостереження недоношених було 66,6%, з них 44,4% потребували кувезного режиму виходжування. В другій клінічній групі таких дітей було відповідно 70% ( $P_u > 0,05$ ) та 20% ( $P_u < 0,05$ ).

Вказівки на наявність енцефалопатії та кон'югаційної жовтяниці майже з однаковою частотою зустрічалися в обох групах спосте-

реження та становили відповідно 88,8% і 55,5% в першій клінічній групі спостереження та 100% і 50% ( $P < 0,05$ ) в другій групі.

Середня маса дітей першої групи на початку лікування склала 2355 г та середній додаток маси тіла до кінця дослідження — 341 г, а в другій групі — відповідно 2255 г та 361 г ( $P < 0,05$ ).

При аналізі характеру вагової кривої було відмічено, що нормальний її варіант частіше відмічався у недоношених дітей, які вигодовувались сумішшю НІРР-ре, що співпадає з літературними даними. Так, подібний тип вагової кривої у дітей I групи спостерігали у 22% випадків проти 10% в II клінічній групі ( $P < 0,05$ ). В той же час, сплющення вагової кривої у дітей, які отримували в харчуванні суміш НІРР-ре спостерігали в 33% випадків проти 40% у немовлят, які харчувалися сумішшю Малютка.

Ризик збереження нормального набування у вазі під час перебування в стаціонарі у вигляді нормальної вагової кривої у дітей, що отримували суміш НІРР-ре та Малютка становив: абсолютний — 46%, відносний — 2, відношення ризику — 2,6. Отримані дані дають підставу вважати, що застосування харчової суміші НІРР-ре має перевагу по відношенню до харчової суміші Малютка при вигодовуванні дітей в умовах стаціонару, виходячи з оцінки антропометричних показників.

Толерантність харчової суміші фірми НІРР була задовільною. У жодної дитини не спостерігалось диспепсичних проявів. Нейтральний жир у копрограмі був наявним лише у 3 хворих при вигодовуванні сумішшю НІРР-ре та у 4 немовлят при вигодовуванні Малюткою. Суттєвих відмінностей при використанні вказаних сумішей відносно динаміки клінічних проявів захворювання і загального стану дітей виявлено не було, що, можливо, пояснюється коротким терміном їх вживання.

Таким чином, використання харчової суміші НІРР-ре у вигодовуванні недоношених дітей, які знаходяться на стаціонарному лікуванні, має перевагу по відношенню до суміші Малютка. Це супроводжується значно вищою вірогідністю набування ваги зі збереженням нормальної вагової кривої, кращою толерантністю до їжі. Все це дає підставу рекомендувати вказану суміш для вигодовування недоношених дітей в умовах стаціонарного відділення.