



**МІЖНАРОДНА
НАУКОВО-ПРАКТИЧНА
КОНФЕРЕНЦІЯ**

**«ВІТЧИЗНЯНА ТА СВІТОВА
МЕДИЦИНА В УМОВАХ
СУЧАСНОСТІ»**

м. Дніпропетровськ, 18-19 січня 2013

**Дніпропетровськ
2013**

років (6,3 %) і 41 – 50 років (3,9 %). Дещо менше половини жінок віком 51 – 70 років мали ожиріння I-III ст.

Висновки: 1. Антропометричне дослідження хворих на пупкову грижу дозволило виявити окремі особливості будови тіла цих пацієнтів. 2. Більшість хворих на пупкову грижу мають ендоморфний, мезоморфний та ендомезоморфний соматотипи, зовсім не виявлено хворих з ектоморфним та ектомезоморфним соматотипами. 3. Переважна більшість (61,93 %) хворих на пупкову грижу страждають на ожиріння різних ступеней.

Література:

1. Бухарин А.Н. Лечение ущемленных грыж передней брюшной стенки с применением эндогенного оксида азота и сетчатых эндопротезов / А.Н. Бухарин, А.И. Сапанюк // Герниология. – 2011. - № 1. - с. 10-11
2. Фелештинський Я.П. Вибір способу алопластики при хірургічному лікуванні пупкових гриж / Я.П. Фелештинський, В.В. Смішук // Хірургія України. – 2011. - № 3 (39) (додаток № 1). - с. 146-147.
3. Ермильчев А.А. Технические особенности выполнения лапароскопической холецистэктомии при наличии пупочной грыжи / А.А. Ермильчев, В.В. Кравченко / Клінічна хірургія. – 2004.- № 2. – с. 8-10.
4. Шапаренко П.П. Антропометрія / П.П. Шапаренко. – Вінниця, 2000. – 71 с.
5. Carter J.L. Somatotyping – development and applications / J.L. Carter, V.H. Heath. // Cambridge University Press. – 1990. – 504 p.
6. Matiegka J. The testing of physical efficiency / J. Matiegka // Amer. J. Phys. Antropol. – 1921. – Vol.2, №3. – P. 25-38.

Ластівка І.В.

*доцент Буковинського державного
медичного університету
м. Чернівці, Україна*

ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ ІЗ СИНДРОМОМ ДАУНА

Синдром Дауна є найбільш частою хромосомною патологією в дитячій популяції. Рекомендації щодо медичного спостереження та інформація про обмінні порушення та корекцію харчування цих дітей у доступній науковій літературі відображена, в основному, в закордонних джерелах. Так, описані надлишкова вага, ожиріння, целиакія, хвороба Гіршпрунга, цукровий діабет [1, с.37; 3, с.334; 4, 856; 6, с.48].

Діти із синдромом Дауна знаходяться в групі ризику щодо виникнення ожиріння. Так, в своїх дослідженнях д-р Gameren-Oosterom та його колеги виявили, що 25,5% хлопчиків із синдромом Дауна мають надлишкову вагу, 4,2% страждають на ожиріння. Серед дівчат відповідні показники становили 32% та 5,1%. Для порівняння, голландські діти мали наступні показники: 12,3% - надлишкову вагу та 1,7% - ожиріння, серед дівчат відповідні показники становили 14,7% та 2,2%. Д-р Magge та його колеги спостерігали більш високі відповідні показники в США серед дітей із синдромом Дауна.

Мета роботи – оцінити структуру патологічних станів у дітей із синдромом Дауна та запропонувати рекомендації щодо корекції харчування.

Під медичним спостереженням у лікаря-генетика Чернівецької області на кінець 2011 року знаходилося 92 дітей. Структура найбільш частих супутніх

патологічних станів, виявилась наступною: 29 (32,0%) – уроджені вади серця, 19 (21,0%) – порушення зору, 19 (21,0%) – надмірна вага та ожиріння, 6 (6,7%) – сплюснення стопи, 5 (5,6%) – захворювання щитоподібної залози, 5 (5,6%) – анемія II-III ступеня, 4 (4,4%) – уроджені вади розвитку сечовидної системи 4 (4,3%) – жовчо-кам'яна хвороба, 3 (3,3%) – судомний синдром. До рідкісних порушень віднесено атрезію шлунково-кишкового тракту, лейкемію, атлантаксіальну нестабільність хребта, хворобу Гіршпрунга, пілороспазм, виразку 12-палої кишки, алопецію, цукровий діабет.

На першому році життя у більшості дітей із синдромом Дауна спостерігається затримка прибавки ваги, що обумовлено порушеннями смоктання, ковтання, вродженим стридором, вродженими вадами серця. Пізніше, у зв'язку із затримкою прорізування зубів, відбувається затримка переходу з молочної та «тверду» їжу. В цих дітей є також проблеми з перетравлюванням їжі, що приводить в майбутньому до непереносимості їжі, дисбактеріозу, закрепи, поганого всмоктування жирів, імунодефіциту, затримки психо-емоційного розвитку та порушення поведінки. Тому, найкращим продуктом для вигодовування дітей із синдромом Дауна та оптимального розвитку орального відділу лицевого черепа та спілкування на першому році життя є грудне молоко.

З другого року життя у біля 30-50% дітей із синдромом Дауна реєструється надлишкова вага. Причинами надлишкової ваги у дітей із синдромом Дауна згідно даних літератури є: гіпотиреоз, м'язева гіпотонія, низький зріст, закрепи та уроджені вади серця, що супроводжуються гіпоксемією і вимагають обмеження фізичного навантаження.

Щоб попередити ожиріння, з раціону дітей із синдромом Дауна слід усунути «штучну» їжу і годувати виключно природними продуктами. Порції мають бути зменшені, продукти – менш калорійними. Слід обмежити продукти з холестерином, забезпечити достатнє надходження в організм білків, вітамінів та мінералів. Дуже корисним є вживання горіхів та оливкової олії.

При цьому слід регулярно проводити оцінку динаміки росту, ваги та потребу в їжі [2]. Починаючи з раннього шкільного віку слід регулярно вимірювати артеріальний тиск. При появі ознак резистентності до інсуліну (акантоз), слід проводити пероральний тест на толерантність до глюкози або дослідити кров на рівень глюкози та інсуліну. Слід пам'ятати, що вторинними щодо ожиріння є цукровий діабет, серцево-судинна патологія та гіпертонічна хвороба.

З метою корекції проблем із щитовидною залозою, продуктом вибору є морська капуста, яку можна використовувати як в салати, так і в якості самостійного продукту.

У дітей із трисомією 21 хромосоми часто виявляють гастроезофагеальну рефлюксну хворобу. Причинними продуктами при цьому захворюванні є цитрусові, продукти з високим вмістом цукру та жирів, які слід вилучити з вживання. Газовані напої замінюються на суміш свіже вижатого фруктового соку з мінеральною водою.

Оскільки непереносимість глютену також широко розповсюджена у дітей із синдромом Дауна, слід уважно вивчати етикетки на продуктах. Дітям із синдромом Дауна рекомендовано уникати продуктів з глютену до 18-24 міс.

Захворювання пародонту у дітей із синдромом Дауна диктує необхідність призначення продуктів багатих на вітамін С. Такі антимікробні продукти як

часник, цибуля, тим'ян, орегано, екстрагон та кориця є хорошим засобом боротьби із зубним каменем та пародонтозом.

Таким чином, визначена структура супутньої патології в різні вікові періоди дітей із синдромом Дауна, визначено потребу комплексного дослідження та запропоновано рекомендації щодо корекції харчування.

Література:

1. Доскин В.А. Основные направления реабилитации детей с синдромом Дауна/ В.А.Доскин//Российский педиатрический журнал. – 2001. - №3. – С. 35-37.
2. Cronk C., Crocker A.C., Pueschel S.M. Growth charts for children with Down syndrome: 1 month to 18 years of age / C. Cronk, A. C. Crocker, S. M. Pueschel // Pediatrics. - 1988. - Vol. 81., P. 102–110.
3. Anneren G., Tuvemo T., Carlsson-Skwirut C. Growth hormone treatment in young children with Down's syndrome: effects on growth and psychomotor development / G. Anneren, T. Tuvemo, C. Carlsson-Skwirut // Archives of Disease in Childhood. - 1999. - Vol. 80. - P. 334–338.
4. Health supervision for children with Down syndrome / American Academy of Pediatrics. Committee on Genetics // Pediatrics. - 1994. - Vol. 93. - P. 855–859.
5. Irving C., Basu A., Richmond S., Burn J., Wren C. Twenty-year trends in prevalence and survival of Down syndrome / C. Irving, A. Basu, S. Richmond, J. Burn, C. Wren // European Journal of Human Genetics. - 2008. - Vol. 16. - P. 1336–1340.
6. Van Cleve S. N., Cohen W. I. Clinical Practice Guidelines with Down Syndrome from birth to 12 years // Journal Pediatric Health Care. - 2006. - Vol. 20, № 1. - P. 47–54.

Левандовський Р.А.

*доцент кафедри ортопедичної стоматології
Буковинського державного медичного університету
м. Чернівці, Україна*

БЕЗПОСЕРЕДНІЙ РЕЗЕКЦІЙНИЙ ПРОТЕЗ ДЛЯ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ З ПІДНЯТТЯМ ВЕСТИБУЛЯРНОГО БОРТУ НА ХВОРІЙ СТОРОНІ І ФОРМУВАННЯМ ШТУЧНОЇ ГАЙМОРОВОЇ ПАЗУХИ

Відомо що резекція половини або всієї верхньої щелепи, при видаленні злоякісних пухлин, призводить до утворення значних дефектів і викликає порушення функцій жування, дихання, ковтання, мовлення і спотворює конфігурацію обличчя і викликає як мінімум психологічний дискомфорт а також тривогу та депресію[1,7,10].

Вирішення проблеми заміщення такого дефекту здійснюють шляхом протезування замісним (безпосереднім) протезом, який накладають після операції або після повного загоєння рани (віддалене протезування) за методикою Й.М. Оксмана і він виготовляється в три етапи: спочатку фіксуюча пластинка (а), яка накладається до операції, потім резекційна частина на моделі з проведеною фантомною резекцією (б), і на кінцевому етапі – obturating part (в).Ця технологія описана зокрема в багатьох джерелах(Рис.1)[2,8,9].