

Академія медичних наук України
Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація педіатрів України
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України»
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ КЛІНІЧНОЇ ПЕДІАТРІЇ

Матеріали VI конгресу педіатрів України
(14–16 жовтня 2009 р., Київ)

За редакцією
О.М. Лук'янової, Ю.Г. Антипкіна, В.Г. Майданника

МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ В ПІДЛІТКІВЄ.Є. САБАДАШ, Б.О. БЕЗКАРАВАЙНИЙ,
Н.В. ГРИЩЕНКО, В.М. ЗЕНЧЕНКО

Луганський державний медичний університет

У останні роки все більше уваги приділяється так званому «метаболічному синдрому», який має значний вплив на формування стану здоров'я дорослого населення та підлітків у всьому світі. Особливе значення метаболічний синдром має у підлітків у зв'язку з наростаючою поширеністю даної патології, несприятливими наслідками з боку серцево-судинної та ендокринної систем. У зв'язку з цим привертають до себе увагу питання діагностики даної патології у дитячого населення.

При вивченні метаболічного синдрому у підлітків ми зіткнулися з низкою труднощів, головною з яких були відсутність єдиних критеріїв визначення метаболічного синдрому у дитячого населення та особливості фізичного розвитку у дітей різного віку.

Різноманітність визначень метаболічного синдрому у світі диктує необхідність пошуку придатних для дослідника та практичного лікаря пріоритетів визначення цього синдрому залежно від мети лікування або дослідження. Одним із загальновідомих визначень метаболічного синдрому є АТР III, який передбачає наявність у пацієнтів 3-х або більше критеріїв, таких, як гіперглікемія, абдомінальне ожиріння, гіпертригліцеридемія, низький рівень холестерину та гіпертензія. На жаль, АТР III призначено тільки для визначення ризику серцево-судинних захворювань.

Згідно з критеріями EGIR головним ланцюгом метаболічного синдрому є інсулінорезистентність і, як наслідок, головним критерієм є наявність гіперінсулінемії та двох або більше компонентів, таких, як гіперглікемія, гіпертензія, дисліпідемія, абдомінальне ожиріння. EGIR критерії виділяють тільки інсулінорезистентність як головний фактор метаболічного синдрому. ААСЕ критерії взагалі не визначають конкретну кількість факторів ризику. ААСЕ критерії приділяють велику увагу віковому аспекту, що не є доцільним у дітей та підлітків. Критерії першого міжнародного конгресу з переддіабету (2005) більш жорсткі за обсягом талії, ЛПВП, рівнем глюкози.

Критерії першого міжнародного конгресу з переддіабету можуть бути використані також тільки у дорослих, оскільки головним фактором уявляють абдомінальне ожиріння, як основний діагностичний аспект, це також несприятливо для дітей, враховуючи віковий аспект.

Таким чином, в діагностиці метаболічного синдрому велике значення має низка факторів, однак жоден з них не є загальновизнаним. На жаль, наявні програми визначення метаболічного синдрому, такі як АТР III та інші, призна-

чені для оцінки метаболічного синдрому та порогових значень факторів ризику у дорослого населення, а також його корекції за рахунок способу життя та використання медикаментів.

**ВПЛИВ ЦИНКТЕРАЛУ НА ДИСБАЛАНС
МІКРОЕЛЕМЕНТІВ В ПЛАЗМІ КРОВІ ДІТЕЙ,
ХВОРИХ НА ВЕГЕТАТИВНО-СУДИННІ
ДИСФУНКЦІЇ, ІЗ ГРУПИ РАДІАЦІЙНОГО
РИЗИКУ**

Н.О. САВЕЛЬЄВА-КУЛИК, О.І. СМІЯН

Медичний інститут Сумського державного
університету

Мікроелементи (МЕ) відіграють важливу роль у метаболічних процесах організму, беручи участь у більшості біохімічних реакцій, особливо як активатори ферментів. Наукові дослідження, проведені в останні роки, дозволили встановити життєву необхідність адекватного мікроелементного забезпечення з огляду на виявлені взаємозв'язок між дисбалансом останніх та порушеннями імунореактивності.

Метою дослідження було вивчення ефективності корекції змін мікроелементного забезпечення при комплексному лікуванні із використанням цинку сульфату (Цинктерал) вегетативно-судинних дисфункцій (ВСД) у дітей-нащадків ліквідаторів наслідків аварії на ЧАЕС (ЛНА на ЧАЕС).

Пацієнти I групи (30 дітей-нащадків ЛНА на ЧАЕС з верифікованим діагнозом ВСД) протягом 14 днів отримували стандартну терапію (вегетостабілізуючі, вазотропні, кардіотропні, нейрометаболічні препарати, фізіотерапія, масаж, ЛФК). Спираючись на результати попередньо проведених досліджень та виявлену недостатність цинку у дітей-нащадків ЛНА на ЧАЕС з ВСД, пацієнтам II групи (39 дітей) в комплексному лікуванні було призначено Цинктерал по 1 таблетці тричі на день через 30 хвилин після їди протягом 14 днів. Контрольну групу складала 27 практично здорових дітей відповідного віку (13–17 років). Вплив проведеного лікування досліджували на підставі атомно-абсорбційної спектрофотометрії плазми крові з визначенням концентрацій міді (Cu), марганцю (Mn), цинку (Zn), кадмію (Cd) та нікелю (Ni).

За результатами дослідження при первинному обстеженні не було виявлено статистично достовірних відмінностей між I та II групами ($p > 0,05$): вміст Cu, Mn, Ni, а також Cd щодо показників контролю був підвищеним, а рівень Zn – значно зниженим ($p < 0,05$).

Після проведеної терапії в II групі пацієнтів виявлено достовірні позитивні зміни у забезпеченні Zn, Cu та Cd. Незважаючи на те, що у вмісті вказаних МЕ зберігались достовірні відмінності зі значеннями в контрольній групі, на-

прикінці комплексного лікування у пацієнтів II групи констатовано збільшення вмісту Zn, зниження рівня Cu та Cd відносно I групи після стандартного лікування ($p < 0,05$). Так, у дітей II групи було відмічено збільшення вмісту Zn на 70,9% (відсутність позитивної динаміки Zn в I групі – $p > 0,05$) порівняно з рівнем останнього на початку терапії ($p < 0,05$). Рівень Cu у пацієнтів II групи знизився на 27,65% ($p < 0,05$), а Cd – на 37,1% ($p < 0,05$) порівняно з показниками на початку курсу лікування. Вміст Ni у дітей II групи зменшився на 25% від рівня на початку лікування ($p < 0,05$), залишаючись підвищеним щодо значень в контрольній групі ($p < 0,05$) та не відрізняючись від показників в I групі ($p > 0,05$). В динаміці захворювання рівень Mn достовірно знижувався в обох групах ($p < 0,05$) та не відрізнявся від значень контролю ($p > 0,05$).

Отже, у дітей I групи на тлі базової терапії нормалізація мікроелементного балансу відбувалась повільніше. У пацієнтів, які в комплексній терапії отримували цинктерал, зафіксовано достовірні позитивні зміни мікроелементного складу, що свідчить про загально модулюючий вплив зазначеного препарату та дозволяє рекомендувати його введення до схеми лікування ВСД у дітей-нащадків ЛНА на ЧАЕС за умов попередньо діагностованого низького рівня Zn в плазмі крові.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МІНЕРАЛЬНОЇ ВОДИ НАФТУСЯ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ В ДИТЯЧОМУ САНАТОРІЇ «ДЖЕРЕЛО»

С.М. САРАНЧА, М.І. БОРИСЕНКО, О.В. ГРЕБІНЮК,
С.В. ДЕНИСОВ, Л.Р. ПЕЛЕП'ЮК, В.С. ТУЧКОВА

Санаторій «Джерело», м. Трускавець

Хронічні захворювання органів травлення є частою патологією у дітей. Зберігається тенденція до подальшого її зростання. У структурі патології органів травлення велику питому вагу займають хронічні захворювання гепатобіліарної системи. Відомі методи лікування патології гепатобіліарної системи недостатньо ефективні, що зумовлює рецидивуючий перебіг захворювань, набуття більш тяжкого перебігу, розвиток патологічних змін в інших органах травної системи. Важливе місце в реабілітації дітей з хронічними захворюваннями гепатобіліарної системи займає санаторно-курортне лікування.

В санаторії «Джерело» м. Трускавець проводиться санаторно-курортне лікування дітей з хронічними захворюваннями органів травлення та сечової системи. Серед дітей, які знаходилися на лікуванні в санаторії «Джерело», найбільшу групу становили діти з захворюваннями гепатобіліарної системи (40,2%). Хворі вступали

до санаторію в стадіях неповної та повної клінічної ремісії. За показаннями дітям проводили необхідне дообстеження із застосуванням лабораторних та інструментальних методів. У більшості хворих мала місце поєднана патологія органів травлення. За 30 років роботи санаторію накопичився великий досвід щодо застосування мінеральної води Нафтуса в комплексній реабілітації дітей із захворюваннями гепатобіліарної системи.

Санаторно-курортне лікування пацієнтів розпочиналося відразу після вступу до санаторію з поступовим його розширенням. Хворі в перші 3–4 дні знаходилися на щадно-тренуючому режимі з наступним переходом на тренуючий. Призначення дієтотерапії та лікування визначалося наявністю у хворих тільки ізольованої патології гепатобіліарної системи, чи вони мали хронічні захворювання і інших органів травлення. Дітям з поєднаною патологією органів травлення лікувальне харчування призначали по захворюванню, що вимагало більш щадячої дієти.

Визначальними в призначенні мінеральної води хворому були характер патологічного процесу в органах травлення та стан секреторної функції шлунка. Хворим з патологією гепатобіліарної системи призначали мінеральну воду Нафтуса, а при захворюваннях і гастродуоденальної зони хворі отримували мінеральну воду з двох джерел залежно від стану кислотоутворюючої функції шлунка: Нафтусю з мінеральною водою джерела № 1 або Нафтусю з мінеральною водою джерела № 2. Коли у хворих, крім патології гепатобіліарної системи, мали місце і захворювання кишечника, то дітям зі схильністю до проносів призначали мінеральну воду джерела № 1, а зі схильністю до закрепів – мінеральну воду джерела № 2. При призначенні мінеральної води Нафтуса дітям з патологією гепатобіліарної системи також враховується і стан підшлункової кислоти. Хворим з патологією гепатобіліарної системи при дискінезії жовчовивідних шляхів за гіпотонічним типом мінеральну воду також призначали у вигляді тюбажів. Широко використовували ванни за індивідуальним підбором: мінеральні, кисневі, хвойні, перлинні. Також широко використовували озокеритні аплікації та методи апаратної фізіотерапії. Під впливом санаторно-курортного лікування настало поліпшення в 98,7% дітей з патологією гепатобіліарної системи. Погіршення стану не спостерігалось в жодного хворого.

СТАН МІОКАРДА У ДІТЕЙ З ПРИРОДЖЕНИМИ