

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА ПЕДІАТРИЧНОЇ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ
ТА НУТРИЦІОЛОГІЇ
ХАРКІВСЬКИЙ ОСЕРЕДОК АСОЦІАЦІЇ
ПЕДІАТРІВ - ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІВ ТА НУТРИЦІОЛОГІВ УКРАЇНИ
РАДА МОЛОДИХ УЧЕНИХ ХМАПО

МАТЕРІАЛИ

**Міжрегіональної науково-практичної конференції
з міжнародною участю,
присвяченої пам'яті проф. Ю.В. Бєлоусова**

**"ІННОВАЦІЇ В ДИТЯЧІЙ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ ТА
НУТРИЦІОЛОГІЇ
В ПРАКТИЦІ ДИТЯЧОГО ТА СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ"**

20-21 жовтня 2016 року

м. Харків

ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОЇ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Богущька Н.К.

**Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»**

Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб

В останні десятиріччя істотно зросла поширеність бронхіальної астми та ожиріння в дітей. В дитячому і підлітковому віці за надмірної ваги тіла частіше діагностують як бронхіальну астму, так і психологічні розлади. Якщо виключно грудне вигодовування потенційно попереджує як ожиріння, так і спектр atopічних захворювань у дітей, то доповнене грудне вигодовування може призвести до зростання поширеності дитячої астми і atopії. У дітей встановлена асоціація між окремими фенотипами бронхіальної астми та ожирінням, яке, ймовірно, є модифікатором розвитку та перебігу бронхіальної астми дитячого віку. За умови нормалізації ваги тіла констатовано поліпшення контрольованості перебігу бронхіальної астми.

Метою дослідження було оцінити психологічні характеристики формування здорової харчової поведінки у дітей з персистувальною бронхіальною астмою залежно від індексу маси тіла.

Були проаналізовані дані дослідження 174 дітей шкільного віку, хворих на персистувальну бронхіальну астму. Серед обстежених було 63,3% хлопчиків, середній вік обстежених становив 11,6 ($\pm 3,4$) років. Середній індекс маси тіла становив 18,9 ($\pm 3,6$) кг/м² (min-max: 13,2-29,7). Здійснене оцінювання особистісних та родинних психохарактеристик шляхом анкетування.

Ранній дебют бронхіальної астми в дітей був пов'язаний зі збільшенням (> 19 кг/м²) індексу маси тіла зі співвідношенням шансів 2,8 (95% ДІ: 0,8-9,9). Аналіз решти різних за характеристиками фенотипів бронхіальної астми дозволив припустити подібність усіх варіантів захворювання і відсутність будь-яких інших істотних асоціацій між індексом маси тіла та особливостями

бронхіальної астми у дітей. Не було встановлено будь-якого значущого зв'язку між індексом маси тіла та статтю, тривалістю грудного вигодовування, тяжкістю та атопічними характеристиками бронхіальної астми, але збільшення показника індекса маси тіла дітей асоціювало з неврастенічним типом ставлення дитини до наявної в неї бронхіальної астми і проблемнішими взаєностосунками матері і дитини. Мета лікування ожиріння залежить від віку дитини і тяжкості симптомів астми через наявну надмірну вагу. Під час корекції харчування не рекомендуються істотні обмеження калоражу і втрата ваги. Дітям рекомендована повільна втрата ваги (до 0,5 кг за тиждень) лише за умови кісткової зрілості або за серйозних ускладнень ожиріння. Найбільш успішним підходом щодо втрати та/або підтримки ваги є істотна зміна способу життя, що передбачає зростання фізичної активності, а також зміну харчових звичок. Як надто жорсткі контролюючі методики зміни харчових звичок можуть сформувати негативне ставлення до здорового харчування в дитини, так і занадто ліберальні підходи спричиняють невдачі у формуванні правильної харчової поведінки. Сімейні традиції харчування легше модифікуються за умови мультидисциплінарних підходів та підтримки оточення. План зміни харчової поведінки передбачає дієтичне консультування, ЛФК та поведінкову терапію. Мультидисциплінарний підхід передбачає залучення лікаря, психолога, дієтолога, фахівця з фізичної культури. Психологи здійснюють скринінг родин щодо існуючих проблем, які призвели до надлишкової ваги дитини, проблем, що виникають через ускладнення зі здоров'ям через надмірну вагу, а також досліджують перешкоди для успішної адаптації до здорового способу життя. Після того, як проблеми визначені, психологи і консультанти можуть використовувати когнітивно-поведінкову та сімейну психотерапію для вирішення таких проблем. Психологічні підходи передбачають позитивне підкріплення, зміни сімейного середовища, самоконтроль, формування цілей, навчання навичкам виховання дітей. Лікарі і психолог сприяють формуванню здорової харчової поведінки у дітей, що передбачає: обмеження споживання

підсолоджених напоїв; забезпечення широкого спектру харчових продуктів з нижчим калоражем; обмеження споживання їжі між основними прийомами; підбір харчів для заміни у традиційному родинному харчуванні; освіта щодо планування харчових традицій як цінності в збереженні сімейних стосунків; залучення дітей до вибору та приготування їжі; заохочення до споживання сніданків; навчання дітей принципам збалансованого харчування тощо.

Аналіз клінічних та психологічних даних когорти дітей шкільного віку, хворих на персистувальну бронхіальну астму, свідчив про асоціацію раннього дебюту хвороби та деяких психосоціальних особливостей зі збільшенням індексу маси тіла в них. Дієтичні рекомендації щодо формування здорової харчової поведінки можуть сприяти поліпшенню контролю бронхіальної астми в дитячому віці. Уточнення характеру взаємозв'язку між ожирінням і астмою, а також ролі регулювання ваги у пацієнтів, хворих на бронхіальну астму, є важливими для розробки профілактики і лікування цього захворювання.

КЛІНІЧНО-ЕНДОСОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХЕЛІКАБАКТЕРНОЇ ІНФЕКЦІЇ В ДІТЕЙ

Васкул Н.Я., Сорокман Т.В.

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет»

Кафедра педіатрії та медичної генетики

Вступ. На сьогодні доведено роль *Helicobacter pylori* (HP) у розвитку й прогресуванні ряду захворювань, а численні епідеміологічні дослідження свідчать про високу поширеність хелікобактерної інфекції, насамперед у дітей. Бактерія HP має розвинені складні захисні механізми, що дозволяють їй уникати агресивного впливу шлункового соку, виживати в слизовій оболонці шлунку (СОШ), прикріплюватися до шлункового епітелію і взаємодіяти як з ним, так і з імунними клітинами господаря. Клінічний перебіг хелікобактерної інфекції залежить як від наявності і особливості цитотоксичних генів штамів збудника, так і від відповідної реакції макроорганізму на інфікування. У

ЗМІСТ

1. *Богуцька Н.К.* 3
ПРОБЛЕМНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОЇ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ
2. *Васкул Н.Я., Сорокман Т.В.* 5
КЛІНІЧНО-ЕНДОСОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХЕЛІКАБАКТЕРНОЇ ІНФЕКЦІЇ В ДІТЕЙ
3. *Вовк Т.Г., Кузнецов С. В., Татаркина А.Н., Кипаренко А.Ю., Баталичева И. И., Букий С.Н.* 8
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРОГО ТОНЗИЛЛИТА БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ
4. *Грішина І.Я., Покришко А.О.* 11
КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА САЛЬМОНЕЛЬОЗУ У ДІТЕЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ
5. *Даниленко Г.Н., Швец А.Н.* 14
ПРОФОРИЕНТАЦИЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ САМООПРЕДЕЛЕНИЕ КАК ЗАЛОГ УСПЕШНОЙ КАРЬЕРЫ ПОДРОСТКОВ
6. *Даниленко Г.Н., Швец А.Н.* 16
ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ХАРЬКОВСКИХ ПОДРОСТКОВ В ДИНАМИКЕ ЗА 30 ЛЕТ
7. *Зимницкая Т.В., Волошин К.В., Раковская Л.А.* 17
МОТОРНЫЕ ДИСФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА И ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ С СОЧЕТАННЫМИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ И СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА
8. *Іванько О.Г., Патрєва К.П., Скрипнікова Я.С.* 20
СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ САМООЦІНОК ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЗА АНКЕТОЮ SF-36 У ЖІНОК, ЯКІ ВИГОДОВУЮТЬ ДІТЕЙ ГРУДІО ЧИ МОЛОЧНИМИ СУМІШАМИ
9. *Іванько О.Г., Соляник А.В.* 22
НЕРЕШЁННЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА К У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ И ПУТИ ИХ РАЗРЕШЕНИЯ