

АНОНС



Віктор Михайлович Сідельников
(15.10.1928 – 31.05.1997)

XVI Сідельниковські читання

Шановні колеги!

Відповідно до «Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій і наукових семінарів, які проводимуться у 2014 році», що затверджений МОЗ України та НАМН України, **23-25 вересня 2014 року у м. Запоріжжя** відбудеться XVI щорічна Всеукраїнська науково-практична конференція «Актуальні питання педіатрії» (Сідельниковські читання).

На конференції будуть розглянуті сучасні проблеми догляду за здоровою дитиною та її виховування, проблеми діагностики, лікування та профілактики поширених захворювань дитячого віку. У межах роботи XVI Сідельниковських читань відбудеться науково-методична нарада з актуальних питань викладання педіатрії у вищих медичних навчальних закладах.

Заявки на участь (автори, назва доповіді, установа, місто, прізвище доповідача, телефон, поштова та електронна адреса) просимо надсилати на адресу:

02660, м. Київ, проспект Алішера Навої, 3, Київська міська дитяча клінічна лікарня №2, завідувачу кафедри педіатрії №2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, члену-кореспонденту НАМН України, професору Волосовцю Олександр Петровичу або на електронну адресу krivopustov@voliacable.com

До участі у Всеукраїнській конференції запрошуються педіатри, лікарі зі спеціальностей «загальна практика – сімейна медицина», «дитяча кардіоревматологія», організатори охорони здоров'я, завідувачі та співробітники кафедр педіатрії та кафедр сімейної медицини вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації та закладів післядипломної освіти, науковці профільних науково-дослідних установ МОЗ та НАМН України.

Іногородніх учасників конференції просимо заздалегідь потурбуватися про місце проживання у м. Запоріжжя та квитки на проїзд.

З повагою, оргкомітет



ШАНОВНІ КОЛЕГИ!

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

запрошують Вас взяти активну участь у роботі

**X конгресу педіатрів України
«Актуальні проблеми педіатрії»,**

який відбудеться у м. Києві, **6-8 жовтня 2014 р.**

Відповідно до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій і наукових семінарів, які проводимуться у 2014 році, що затверджений МОЗ України та НАМН України, 6-8 жовтня 2014 року в м. Києві відбудеться X конгрес педіатрів України «Актуальні проблеми педіатрії».

Наукова програма конгресу передбачає лекції провідних вчених з основної тематики, доповіді на пленарних та секційних засіданнях, дискусії на симпозіумах та семінарах.

У зв'язку з тим, що планується видання матеріалів конгресу, оргкомітет запрошує бажаних надіслати тези доповідей.

Програма конгресу передбачає обговорення таких питань:

1. Актуальні питання організації медичної допомоги дітям.
2. Проблеми розвитку і виховання здорової дитини в сучасних умовах.
3. Сучасні аспекти раціонального виховування дітей раннього віку та харчування школярів.
4. Удосконалення надання медичної допомоги новонародженим.
5. Шкільна педіатрія: актуальні проблеми адаптації та здоров'я школярів.
6. Новітні технології діагностики, лікування та профілактики соціально значимих захворювань дитячого віку.
7. Сучасні технології генетичних досліджень в педіатрії.
8. Проблемні питання ендокринології дитячого віку.
9. Проблеми та досягнення онкології дитячого віку.
10. Раціональна фармакотерапія в клінічній педіатрії.
11. Дитяча інвалідність: медичні, педагогічні та соціальні аспекти.
12. Екологічні проблеми та дитяча екопатологія в сучасних умовах.
13. Проблеми інфекційної патології дитячого віку та вакцинації на сучасному етапі.
14. Дотримання прав дитини та проблеми соціальної педіатрії на сучасному етапі.
15. Актуальні питання підготовки лікарів в галузі педіатрії на сучасному етапі розвитку суспільства.
16. Історичні аспекти розвитку педіатрії.

Додаткова інформація на сайті <http://pediatrics.kiev.ua>
Телефони для довідок: (044) 431-81-33; 234-53-75; (050) 387-22-83.

Ю.В. Марушко, д.м.н., професор, Т.В. Іовіца,

Націонал

Транзиторна ла

Лактазна недостатність (ЛН) є значною проблемою клінічної медицини, враховуючи її розповсюдженість. За даними зарубіжних джерел (Е.А. Gudman-Hoyer и S. Jarnum 1999), розповсюдженість ЛН у різних регіонах різноманітна: у жителів Швеції та Данії становить 3%, Фінляндії – 16% (J. Jussila, M. Isokoski, K. Launiala 1990), Великої Британії – 20-30%, Франції – 42% (J. Cuddewes et al., 1992), у населення країн Південно-Східної Азії, афроамериканців США – 80-100% (B. Berris et al., 1999), європейської частини Росії – 16-18% (Е.О. Корнієнко, 2008). На сьогодні проблема транзиторної ЛН (ТЛН) у дітей грудного віку є актуальною, що обумовлено частотою її зустрічаємості та клінічними проявами, які значно погіршують якість життя дитини та непокоять батьків (Д.В. Усенко, 2009; О.Г. Шадрін, 2012; Ю.В. Марушко та співавт., 2013; М.В. Неуман, 2006).

Патогенез

За даними літератури, ЛН зустрічається у 15-30% дітей грудного віку, найчастіше у перші місяці життя, і має транзиторий характер (А.И. Хавкин, 2009, R. Argoyo, 2010, E. Sibley, 2004). Це пов'язано з анатомо-фізіологічними особливостями грудних дітей, особливо недоношених, у яких спостерігаються функціональна незрілість ентероцитів та низька активність лактази (А.И. Хавкин, Н.С. Жигарева, 2009; М.В. Неуман, 2006). Неврахування цих даних впливає на тривалість клінічних симптомів ТЛН: спостерігаються зригування, метеоризм, кишкові кольки та пінисті випорожнення з кислим запахом, неспокій тощо. Клінічні прояви ТЛН негативно впливають на якість життя дитини, посилюють її роздратованість, погіршують сон та апетит, що сповільнює темп фізичного та психомоторного розвитку. ЛН сприяє розвитку дисбіозів кишечника, алергічних реакцій тощо (В.П. Мисник, 2007; Е.А. Корнієнко и соавт., 2006; А.И. Хавкин, Н.С. Жигарева, 2009; Д.В. Усенко, 2009; R. Argoyo et al., 2010; O. Rudzeviciene, I. Narkeviciute et al., 2004).

ЛН – захворювання, яке спричиняє виникнення синдрому мальабсорбції та обумовлене порушенням розщеплення лактози в тонкій кишці (Ю.Г. Мухіна та співавт., 2009).

Лактаза – єдиний в організмі людини фермент, який розщеплює лактозу, знаходиться на апікальній поверхні щіткової кайми ентероцита, зафіксований на його клітинній мембрані. Експериментальними дослідженнями доведено, що високу активність ферменту забезпечують тільки зрілі, функціонально активні ентероцити, а різноманітні патологічні чинники зумовлюють пошкоджуючу дію на ворсини кишечника та стан ентероцитів, спричиняють розвиток ЛН (Д.В. Усенко, А.В. Горелов, 2009).

Лактаза з'являється на 10-12-му тижні гестації та з 24-го тижня починається зростання рівня її активності, який досягає максимуму на момент народження. З 17-го по 24-й тиждень гестації найбільша активність спостерігається у клубовій кишці, потім активність у проксимальному та дистальному відділах кишечника вирівнюється. З 28-го по 34-й тиждень гестації активність лактази дорівнює 30% від її рівня на 39-40-й тижні гестації (А.Г. Талалаев, 1992; М.М. Lerch et al., 1991).

За даними більшості авторів, виражене зниження активності лактази у людини відбувається до 3-5 років (Q.W. Spender et al., 1989). Початок зниження активності лактази відбувається наприкінці 1-го року життя дитини (до 24 міс активність лактази зворотно пропорційна віку), у шкільному періоді рівень її стабільний, після 5 років зниження активності лактази більш виражене

(L.A. Heitlinger et al., 1991). Механізми ЛН дорослого типу та вродженої ЛН співставні: порушується активація ферменту і його попередники накопичуються у комплексі Гольджі (E.S. Sterch et al., 1990). Це підтверджується даними про більш високу частоту ЛН у недоношених новонароджених за наявності у їхніх батьків інтолерантності лактози.

Класифікація

Відповідно до міжнародної класифікації ЛН поділяється на первинну та вторинну (Ю.Г. Мухіна та співавт., 2003; М.В. Неуман, 2006). Первинна ЛН проявляється у зниженні активності лактази при морфологічно незміненому ентероциті. Поділяється на вроджену, транзиторну (у недоношених дітей) та конституційну (дорослого типу).

Вроджена ЛН – це генетично детермінована, сімейна ЛН, успадковується за аутосомно-рецесивним типом, висока активність контролюється домінантним геном, а низька – рецесивним.

Транзиторна ЛН обумовлена функціональною незрілістю ентероцитів, зустрічається у новонароджених, особливо недоношених. Рівень активності лактази в тонкому кишечнику у новонароджених залежить від терміну гестації.

Конституційна ЛН – дорослий тип. Тривалість її розвитку є індивідуальною, характеризується сімейною схильністю до гіполактазії.

Коди за МКХ-10: E73.0 – вроджена ЛН, E73.1 – вторинна ЛН, E73.8 – інші види непереносимості лактози.

Вторинна ЛН пов'язана з пошкодженням ентероцитів, що призводить до зниження активності лактази. За даними М. Pfefferkorn та співавт. (2002), ступінь зниження активності лактази безпосередньо корелює зі ступенем атрофії ворсинок та інтенсивністю запалення слизової оболонки тонкого кишечника. Найчастіше вторинна ЛН виникає на тлі патології шлунково-кишкового тракту, за наявності гастроінтестинальних форм алергії, дисбіозу кишечника, а також при прийомі медикаментів, які пошкоджують слизову оболонку тонкої кишки (R. Argoyo et al., 2010).

У клінічній практиці значно переважає вторинна форма ЛН (Ю.Г. Мухіна та співавт., 2009). О.Г. Шадрін та співавт. (2011) при обстеженні дітей раннього віку (n=50) з клінічними проявами ЛН встановив її первинний характер у 12% осіб, у решти пацієнтів (88%) вона мала вторинний характер.

Клінічна картина

Виразність клінічної симптоматики при ЛН дуже варіабельна. Це обумовлено різним рівнем зниження активності ферменту, відмінністю біоценозу й індивідуальними особливостями чутливості кишечника, різною кількістю надходження з їжею лактози.

Львів, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Лактазна недостатність у дітей

Початок клінічних проявів ЛН у дитини припадає на 2-4-й тиждень життя, коли інтенсивно збільшується добовий об'єм спожитого молока, а грудне молоко «дозріває», тобто в ньому збільшується вміст лактози. У більшості немовлят поступово з'являються та посилюються зригування у зв'язку з підвищенням внутрішньочеревного тиску, починаються кишкові кольки.

Для клінічної картини ТЛН характерні симптоми, пов'язані з ферментацією лактози молочнокислими бактеріями (метеоризм, здуття кишечника, пінисті випорожнення з кислим запахом); симптоми, обумовлені наявністю неферментованої лактози (рідкі, часті випорожнення); у деяких випадках симптоми, пов'язані з розмноженням патогенної флори. Клінічні прояви ТЛН негативно впливають на якість життя дитини, збільшують роздратованість, погіршують сон та апетит, уповільнюється темп її фізичного та психомоторного розвитку (Е.А. Корниенко і соавт., 2006; А.И. Хавкин, Н.С. Жигарева, 2009).

У клінічній практиці на ТЛН у дітей раннього віку вказують метеоризм, кишкові кольки, що виникають переважно одразу після годування, порушення частоти та характеру випорожнень (рідкі, пінисті, іноді з домішками слизу), відсутність самостійних випорожнень (О.Г. Шадрін та співавт., 2011), зниження рН калу <5,5.

Діагностика

Відхилення від норми у нижченаведених методах без клінічних проявів не потребує лікувальних заходів (Ю.Г. Мухіна та співавт., 2003, 2009).

Дієтодіагностика: зменшення диспепсичних симптомів при переведенні на гіпо-, безлактозну дієту.

Глікемічний навантажувальний тест із лактозою: рівень глікемії, що реєструється до та після навантаження лактозою, відображає сумарний результат розщеплення лактози та всмоктування моносахарів у тонкій кишці. На характер глікемічної кривої впливають рівень інсуліну та ступінь його збільшення при зростанні концентрації глюкози у крові. Ці обставини слід урахувати у дітей із порушеною толерантністю до глюкози. При гіперінсулінізмі результат тесту може бути хибно позитивним (Л.Я. Климов, 2000).

Визначення загального вмісту вуглеводів у калі відображає загальну здатність засвоєння вуглеводів. Напівкількісний метод розроблений для швидкої діагностики захворювання у дітей на грудному вигодовуванні. Цей метод не дає змоги диференціювати різні види дисахаридазної недостатності, однак разом із клінічними даними достатній для скринінгу та контролю правильності підбору дієти. У нормі у дітей грудного віку вміст вуглеводів у калі не повинен перевищувати 0,25%, а у дітей віком старше року — відсутнім. Результат тесту може виявитися хибно негативним, якщо при проведенні дослідження хворий не отримує адекватної кількості лактози з їжею. Можливе визначення екскреції різних вуглеводів (лактози, мальтози, сахарози, глюкози) методом тонкошарової хроматографії (Г.К. Филиппский и соавт., 1996).

Визначення рН калу — у нормі $\geq 5,5$; знижується у разі ЛН.

Визначення екскреції коротколанцюгових жирних кислот дозволяє оцінити

виразність бактеріальної ферментації вуглеводів у кишечнику. Спектр коротколанцюгових кислот залежить від виду вигодовування (при грудному вигодовуванні основним продуктом ферментації є оцтова кислота, при штучному — масляна) та стану біоценозу.

Водневий дихальний тест — один із найбільш розповсюджених методів діагностики ЛН у закордонній практиці, полягає у визначенні концентрації водню в повітрі при видиху до та після навантажування лактозою. Висока розповсюдженість методу пов'язана з його неінвазивністю (Ю.Г. Мухіна та співавт., 2003). У 2008 р. був прийнятий Римський консенсус щодо використання водневих тестів, у яких викладені рекомендації міжнародних експертів щодо клінічної практики відносно показників та методів проведення дихальних тестів при захворюваннях шлунково-кишкового тракту.

Показники для проведення тесту на непереносимість лактози:

- підозри на первинну та вторинну непереносимість лактози;
- дослідження синдрому подразнення товстої кишки;
- непереносимість молока та молочних продуктів;
- непереносимість кондитерських виробів та шоколаду;
- дослідження здуття, метеоризму, скупчення газів;
- дослідження діареї або хронічної діареї;
- дослідження стеатореї;
- спостереження глютенкової хвороби та інших випадків з атрофією кишкових ворсинок за умови, що первинна непереносимість лактози виключена шляхом проведення молекулярних генетичних тестів;
- хронічні запальні захворювання кишечника (з порушенням засвоєння вуглеводів) (М. Ledochowski, V. Ledochowski, 2008).

За даними літератури, концентрація водню досягає максимальних показників через 3 год після навантажування лактозою. Це дозволяє виміряти концентрацію водню двічі — натще та через 3 год після навантажування лактозою.

Для отримання достовірних результатів водневих дихальних тестів необхідні правильне ведення протоколу тесту, докладні записи. Також необхідно виявляти симптоми, що з'являються під час дослідження. Виявлення симптомів важливе не тільки для інтерпретації результатів тесту, а також для клінічних наслідків.

Вимірювати водень у повітрі, що видихається можна двома типами газоаналізаторів: стаціонарними та переносними. За допомогою стаціонарних аналізаторів можливо перевіряти дані поряд з аналізом лінійності та відтворення результатів.

На сьогодні в Україні зареєстровано портативний монітор для визначення водню у повітрі, що видихається. Перевагою цього апарату є те, що за необхідності проведення дослідження у дітей та немовлят застосовується спеціальна техніка відбору дихальних проб. Ю.В. Марушко, Т.В. Іовіца та співавт. (2013) розробили методику проведення водневого дихального тесту для грудних дітей (Патент на корисну модель № 83552 «Спосіб діагностики транзитної лактазної недостатності у дітей перших місяців життя»), для цього використовували маски для обличчя відповідного розміру.

Маску щільно наклали на рот та ніс пацієнта, при цьому був відсутній відтік повітря. У процесі пробозбору використовували спеціальну систему, яка дозволяє перенаправляти повітря при видиханні у прибор. Процедура забору неважка, вона не переривала та не утруднювала дихання дитини.

При проведенні тесту на ЛН дитина приймає навантаження лактози 1-2 г на 1 кг маси тіла (не більше ніж 25 г), розчиненої у воді 10 мл на 1 кг маси тіла (не більше ніж 250 мл). Лактоза погано розчиняється у холодній воді, тому рекомендується використовувати теплу воду. Водень вимірюють до навантаження (базальний рівень) та через кожні 30 хв упродовж 3 год.

Позитивний дихальний тест на ЛН — підвищення рівня концентрації водню більше ніж на 20 ppm у порівнянні з базальним рівнем. При зростанні рівня водню в розмірах від 10 до 20 ppm результат тесту вважають «гранично позитивним». Крім цього, збільшення рівня водню на 10-20 ppm у порівнянні з базальним рівнем через 30 хв вказує на лактозозалежний надлишковий бактеріальний ріст у тонкому кишечнику. Максимальне зростання реєструється не раніше, ніж через 60 або 90 хв після навантаження, такий час необхідний незасвоєній частині лактози для того, щоб потрапити до товстого кишечника.

Визначення активності лактази в біоптатах слизової оболонки тонкої кишки є золотим стандартом для діагностики ЛН. Однак інвазивність методу обмежує його застосування.

Генетичне дослідження — для первинної ЛН дорослого типу характерною ознакою є наявність генів C/T-13910 та C/T-22018, розташованих на хромосомі 2q21 (E. Sibley, 2004).

У сучасних умовах є усі можливості для своєчасної діагностики ЛН.

Лікування

Терапію ЛН проводять з урахуванням віку дитини, доношеності чи недоношеності, типу ЛН (первинна чи вторинна) та ступеня проявів захворювання (гіпо- або алактазія) (В.П. Мисник, 2007; О.Г. Шадрін, 2012; М.В. Neuman). Існує потреба розробки нових підходів до терапії ЛН. Важливим у цьому плані є застосування лактази (Наказ МОЗ України № 69 від 29 січня 2013 р.). Однак необхідно визначити дозу ферменту лактази з урахуванням ступеня проявів ЛН, тривалість призначення ферменту. Застосування пробіотиків мало впливає на прояви виразної ЛН.

Нещодавні дослідження показали, що дуже часто ТЛН виявляється у дітей із функціональними гастроінтестинальними розладами за рахунок функціональної недостатності лактази та/або гіполактазії (D.J. Kanabar et al., 2001; M. Buchley, 2000).

У разі виникнення функціональних гастроінтестинальних розладів на тлі ЛН лікувально-реабілітаційні заходи стосуються питань терапії основного захворювання (при вторинній ЛН), корекції харчування, застосування ферменту лактази. При цьому слід враховувати вік дитини (доношений/недоношений; грудний, ранній, старший), тип ЛН (первинна чи вторинна) та ступінь захворювання (гіпо- або алактазія).

При первинній ЛН в основі лікування лежить зменшення або повне виключення лактози у їжі та призначення ферменту



Ю.В. Марушко

лактази. Слід зазначити, що з раціону харчування дитини не потрібно повністю виключати лактозу, тому що вона є джерелом галактози, необхідної для «дозрівання» головного мозку та органів зору в перші місяці життя. Оскільки лактоза є живильним субстратом для молочнокислих бактерій, вона є важливою для підтримання біоценозу кишечника.

При вторинній ЛН проводиться лікування основного захворювання. Зниження кількості лактози у дієті дитини є тимчасовим та необхідним для відновлення слизової оболонки тонкої кишки. Якщо у дітей старшого віку це зробити не становить великих труднощів, то для дітей першого року життя молоко є незамінним продуктом.

За неможливості використання препаратів лактази у дітей, які знаходяться на грудному вигодовуванні, а також при штучному вигодовуванні використовують низьколактозні суміші. У разі штучного вигодовування використовують ступінчастий підхід до зниження вмісту лактози у дієті. Передусім комбінація звичайної адаптованої суміші з низьколактозною зменшує рівень лактози у дієті до 2/3 загальної кількості вуглеводів. У якості альтернативи можуть бути використані кисломолочні суміші. Окрім оцінки динаміки клінічної картини захворювання необхідно проводити моніторинг рівня вуглеводів у калі для вирішення питання про необхідність подальшого зниження кількості лактози в харчуванні. При значному дефіциті лактази та зменшенні кількості лактози до 1/3 кількості вуглеводів слід переводити дитину на вигодовування безлактозними сумішами. Суміші на основі сої не вважаються препаратами вибору при дієтотерапії ЛН.

У зв'язку з цим кращим вибором корекції ТЛН для дітей грудного віку є використання препаратів на основі лактази.

У Дитячій клінічній лікарні № 5 м. Києва накопичено досвід діагностики та лікування дітей віком 1-6 міс життя з функціональними гастроінтестинальними розладами на тлі ТЛН. За результатами дослідження встановлено, що водневий дихальний тест — зручний, простий у виконанні та неінвазивний метод діагностики ТЛН. Водневий дихальний тест може бути використаний у дітей грудного віку як для первинної діагностики ЛН, так і для визначення ступенів проявів ТЛН та лактозозалежного бактеріального росту в кишечнику. Використання ферменту лактази сприяє швидкому усуненню явищ метеоризму, кишкових кольок, діарейного та диспепсичного синдромів, покращенню апетиту та сну; дає можливість збереження грудного вигодовування, яке є важливим чинником нормального розвитку дитини та профілактики низки захворювань. Попередні спостереження вказують на ефективність лактазовмісних препаратів (Ю.В. Марушко та співавт., 2013).