

# VI академічний симпозіум з педіатрії: сучасні тенденції у лікуванні хвороб дитячого віку

4-6 березня 2020 р. у м. Трускавець за підтримки Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) ім. П.Л. Шупика, Асоціації педіатрів України м. Києва разом з ГО «Міжнародна академія медичної освіти» відбулася науково-практична конференція з міжнародною участю «VI академічний симпозіум з педіатрії». В рамках наукового заходу за участю вітчизняних та іноземних спікерів із Великої Британії, Франції, Ізраїлю, Білорусі та Литви були розглянуті проблемні питання педіатрії, дитячої гастроентерології, пульмонології, алергології, неврології, нефрології, ендокринології, кардіоревматології, офтальмології та генетики.

Симпозіум традиційно був організований та пройшов під науковим керівництвом голови Асоціації педіатрів м. Києва, заслуженого лікаря України, завідувачки кафедри дитячих і підліткових захворювань НМАПО ім. П.Л. Шупика, доктора медичних наук, професора Галини Володимирівни Бекетової. Пані Галина сердечно привітала всіх учасників конференції та побажала цікавих доповідей, дискусій та приємних вражень від перебування у гостинному Трускавці. До урочистих вітань також долучилися представник НМАПО ім. П.Л. Шупика, міський голова м. Трускавець Андрій Богданович Кульчицький та єпископ Самбірсько-дрогобицької єпархії Української греко-католицької церкви Ярослав Пририз.



(ФГП) та СПК. Головну роль відіграє порушення взаємозв'язку між головним мозком та шлунково-кишковим трактом (ШКТ) на сенсорному, моторному та нейроендокринному рівнях. У дітей часто спостерігається чітка залежність між маніфестацією симптомів ФГП та психологічним станом. У лікуванні СПК необхідно користуватися загальними принципами: заспокоїти пацієнта, надати йому рекомендації щодо корекції способу життя, призначити пробіотики та спазмолітики з підтвердженою доказовою базою. У тяжких випадках доцільним є призначення трициклічних антидепресантів чи інгібіторів зворотного захоплення серотоніну. Пані Белоусова також звернула увагу присутніх на доцільність використання пробіотиків, до складу яких входять *Lactobacillus acidophilus* та *Bifidobacterium bifidum*, що здатні зменшувати прояви моторних порушень кишечника, вісцеральної гіперчутливості та спричиняють аналізівний ефект за рахунок збільшення експресії канабіноїдних рецепторів в епітеліальних клітинах кишечника (C. Rousseaux et al., 2007).

**Завідувачка кафедри педіатричної гастроентерології та нутриціології Харківської медичної академії післядипломної освіти, доктор медичних наук, професор Ольга Юріївна Белоусова** присвятила свою доповідь сучасним концепціям розвитку, діагностики та лікування синдрому подразненого кишечника (СПК). Відповідно до IV Римських критеріїв, які були представлені 22 травня 2016 р. на симпозіумі у м. Сан-Дієго (США), до основних критеріїв встановлення діагнозу СПК належать: наявність рецидивуючого болю в животі в середньому 1 раз на тиждень, поєднаного як мінімум із двома з наступних ознак – зв'язок із актом дефекації чи зміною частоти або консистенції випорожнень, за умови збереження симптомів впродовж останніх 3 місяців та появи їх щонайменше за 6 місяців до встановлення діагнозу. Патогенез захворювання сьогодні до кінця ще не вивчений, але як базисну концепцію науковці розглядають біопсихосоціальну модель розвитку функціональних гастроінтестинальних розладів

З доповіддю про застосування седативних та знеболення у дітей у відділенні невідкладної допомоги виступив **професор Rimantas Kevalas (Литва)**. Актуальність теми ефективної аналізівної педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України, доктор медичних наук, професор Людмила Вікторівна Квашніна. Вітамін D<sub>3</sub> забезпечує нормальне функціонування

у дітей раннього віку, та зростанням тривожності, неспокою, порушеннями сну та бадьорості при виражених болювих відчуттях. Задля отримання бажаного ефекту седативної та аналізівної необхідно оцінити ступінь вираженості болю. У дітей до 3 років доцільно використовувати шкалу FLACC (з англ. face, legs, activity, cry, consolability – обличчя, ноги, рухи, плач, ефективність заспокоєння), у дітей віком від 3 до 7 років – шкалу Вонга – Бейкера, від 7 до 18 років – візуально-аналогову шкалу VAS (Visual Analogue Scale – візуальну аналізівну шкалу). Для ефективного седативного та аналізівного лікування дітей лікарські засоби вводять інгаляційно, внутрішньовенно та сублінгвально. Використання внутрішньом'язових ін'єкцій не рекомендується через повільний та найменш передбачуваний початок дії. Стосовно ректального способу введення лікарських засобів немає переконливих доказів щодо його ефективності. Перевага інгаляційного введення закису азоту N<sub>2</sub>O (50% N<sub>2</sub>O + 50% O<sub>2</sub>) полягає у швидкому початку седативного ефекту та можливості поєднання з інтраназальним (i/n) введенням фентанілу (1,5 мкг/кг) для забезпечення ефективного знеболення при переломах та вивихах. При i/n введенні фентанілу разом із седативними препаратами (мідазоламом, дексметомідіном) можна досягти ефективної аналізівної при травмах та болісних маніпуляціях (J. Hoeffle et al., 2017). Також у дітей для седативної та аналізівної комп'ютерної томографії доцільним є використання i/n дексметомідіну, який викликає «натуральний сон» та не впливає на центр дихання. Отже, адекватне знеболення та седативна терапія дітей дозволяє уникнути негативних наслідків, болю та забезпечити максимально ефективне виконання необхідних маніпуляцій.

багатьох фізіологічних процесів в організмі людини шляхом участі у регуляції обміну речовин, проліферації та диференціації клітин, а також відповідає за нормальну репродуктивну функцію (A.S. Dusso et al., 2005). Механізм його дії на перебіг життєво важливих процесів пов'язаний із впливом на рівні геному, коли метаболіти вітаміну D<sub>3</sub> проявляють фізіологічний ефект, близький до дії стероїдних гормонів та зумовлений безпосереднім негеномним впливом на плінність клітинних мембран та їх функцію. Пані Квашніна також відзначила, що оцінку забезпеченості вітаміном D<sub>3</sub> необхідно проводити шляхом визначення концентрації 25(OH)D у сироватці крові, адже вимірювання 1,25(OH)<sub>2</sub>D повністю

при наявності ожиріння – 10000 МО. При вираженому дефіциті необхідна доза вітаміну D є значно вищою. Вагітним доцільно проводити профілактику, починаючи з 28-32-го тижня шляхом використання вітаміну D<sub>3</sub> у дозі 1000 МО (при відношенні до групи ризику – до 2000 МО) щоденно впродовж 6-8 тижнів. Професор також відзначила, що потрібно поєднувати призначення вітаміну D з препаратами кальцію. Це пов'язано з тим, що рецептор вітаміну D може активувати 2727 генів (з 25 тис.), але без кальцію вітамін D не може включити 525 кальцій-залежних білків. При поєднанні цих препаратів також необхідно пам'ятати, що при призначенні дози вітаміну D вище 2500 МО доза кальцію не повинна складати більше 500 мг на добу (M. Wacker et al., 2013).

**Голова правління ВГО «Асоціація дитячих офтальмологів та оптометристів України», завідувач кафедри офтальмології НМАПО ім. П.Л. Шупика, заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор Сергій Олександрович Риков** у своїй доповіді підкреслив важливе значення раннього виявлення косоокості у дітей, яка часто зустрічається у практиці педіатрів та сімейних лікарів. У діагностиці цієї

яка викликає розлади бінокулярного зору, а також наголосив на важливості контактної корекції зору, що забезпечує природну роботу акомодційного апарату (И.А. Лещенко и соавт., 2016; P. McCarthy, 2019). Основними методами лікування косоокості є: корекція аномалії рефракції, використання біфокальних окулярів, застосування призматичної корекції, лікування амбліопії, оперативне втручання на екстраокулярних м'язах, ін'єкції ботулотоксину А. Також професор розповів про важливість використання призматичних оптичних пристроїв для розвитку фузійних здібностей та формування бінокулярного зору. Відповідно до сучасних уявлень, окуляри з призмами Френеля необхідно призначати, починаючи з 3-річного віку, коли йде активне функціональне формування зорового аналізатора, що є запорукою раннього формування нормальних бінокулярних зв'язків до подальшого хірургічного втручання у старшому віці. Отже, основною умовою правильного формування зорових функцій є раннє виявлення і повноцінна оптична корекція аметропії.

У рамках симпозіуму цікаві та змістовні доповіді представили професори О.Г. Шадрін, Т.О. Крючок, Т.П. Борисова, О.Є. Абатуров, Л.В. Беш, Г.В. Зайченко, Т.Ф. Татарчук, Н.В. Бездітко, Н.В. Банадига, О.М. Охотнікова, Н.О. Савичук, В.І. Попович, С.М. Недельська, Г.П. Мозгова. Своєю доповіддю також представили зарубіжні колеги: професори Alla Nakonechna (Великобританія), Joseph Danieli (Ізраїль), Laurent Gerbaud (Франція), О.В. Сукало (Білорусь), які поділилися власним практичним досвідом.

Протягом трьох днів конференції педіатри та сімейні лікарі отримали неймовірно велику кількість корисної інформації з питань діагностики, лікування та профілактики дитячих захворювань, а також вперше мали можливість взяти участь у засіданні педіатричного інтелектуального клубу «Шо? Де? Коли?». Крім того, всі учасники конференції отримали незабутні враження та позитивні емоції від перебування у затишному та гостинному Трускавці.

Підготувала Ірина Неміш



**Професор Галина Володимирівна Бекетова** виступила з доповіддю «Практичні аспекти діагностики та лікування гельмінтозів у дітей». – Однією з важливих тем сучасної паразитології є питання поширеності та небезпеки глистячих інвазій серед населення планети. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) за 2012 р., у світі від гельмінтозів щорічно помирає близько 14 млн людей. В Україні щороку виявляють близько 400 тис. осіб, хворих на глистячі інвазії, серед яких найбільш поширеними є ентеробіоз та аскаридоз. Тому, згідно з рекомендаціями ВООЗ, при рівні зараження населення гельмінтозами від 20 до 50% доцільним є проведення превентивної терапії 2 рази на рік. Вплив глистячих інвазій на організм людини є надзвичайно руйнівним та токсичним. Паразити здатні викликати гіпореактивність імунної системи хазяїна через механізм «молекулярної мімікрії», в основі якого – схожість білків паразита



з молекулярними структурами білків організму-господаря (F. Luke et al., 2014). Саме тому при первинному зверненні пацієнта лікарі-педіатри повинні звернути увагу на анамнестичні дані, наявність набряків, висипу в ділянці повік (без зв'язку з вживанням певних продуктів чи ліків), пігментації на бокових поверхнях ший та живота, лущення пластими шкіри пальців рук чи ніг, періанального свербіжу, рипіння зубами вночі уві сні, а також дефіциту маси тіла при нормальному апетиті (J. Eckert et al., 2005). Лабораторна діагностика гельмінтозів полягає у щоденному аналізі калу на наявність яєць глистів та найпростіших протягом 5 днів спостереження. Для виявлення лямбліозу доцільно використовувати полімеразну ланцюгову реакцію; для діагностики токсокарозу застосовують імуноферментний аналіз. Лікування гельмінтозів полягає у дотриманні гігієнічних правил, ретельному митті овочів та фруктів та трьохетапній медикаментозній терапії у вигляді застосування ентосеробентів, антигістамінних та антигельмінтних препаратів широкого спектра дії – піперазину, пірантелу, левамозолу, мебендазолу, празиквантелу, альбендазолу (D.C. Taylor-Robinson et al., 2015).



З доповіддю про застосування седативних та знеболення у дітей у відділенні невідкладної допомоги виступив професор Rimantas Kevalas (Литва). Актуальність теми ефективної аналізівної педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України, доктор медичних наук, професор Людмила Вікторівна Квашніна. Вітамін D<sub>3</sub> забезпечує нормальне функціонування



Про важливе значення вітаміну D<sub>3</sub> у практиці педіатра та сімейного лікаря розповіла керівник відділення медичних проблем здорової дитини та премоурбідних станів ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», доктор медичних наук, професор Людмила Вікторівна Квашніна. Вітамін D<sub>3</sub> забезпечує нормальне функціонування



не відображає забезпеченість організму вітаміном D, тому не використовується для рутинного виміру (P. Lips et al., 2006; H.A. Bischoff-Ferrari et al., 2006). Використання профілактичних доз дозволяє уникнути дефіциту вітаміну D у вагітних та дітей. Згідно з рекомендаціями Глобального консенсусу з питань профілактики аліментарного рахіту 2016 р., дітям 1-го року життя вітамін D необхідно призначати в дозі 400-1000 МО на добу, від 1 до 18 років – 600-1000 МО, дорослим від 18 до 65 років – 600-2000 МО,

рушень з боку нервової системи. При огляді дитини потрібно звернути увагу на поведінку дитини, її активність, здатність концентруватися. Крім того, лікар повинен оцінити наявність відхилень одного з очей, почервоніння, слезоточі, частого миготіння та тертя очей. Для виявлення косоокості використовують метод Гіршберга, який комбінують із cover test (тест прикривання очей). Пан Риков також зазначив, що некоригована анізетропія – поширена причина амбліопії та косоокості,

