

дженого до дорослого віку. При викладанні гістології, цитології та ембріології під час проведення основної дисципліни особливу увагу звертають на мікроскопічну та ультрамікроскопічну будову органів, якісний та кількісний клітинний склад тканин в залежності від вікових періодів. Набуті теоретичні морфологічні знання закріплюють під час проведення варіативної дисципліни "Медична ембріологія з основами репродуктології та тератології", на якій розглядаються етапи ембріонального розвитку та клінічне значення їх порушень, що призводить до розвитку патологічних станів.

Отже, новий підхід до викладання анатомії, гістології, цитології та ембріології з особливостями дитячого віку сприяє підвищенню якості навчання студентів педіатричних факультетів та закладають основи успішної практичної діяльності, і як наслідок - забезпечують здоров'я майбутніх поколінь.

КОРЕКЦІЯ АНТИБІОТИКОАСОЦІЙОВАНИХ ПОРУШЕНЬ СИНТЕЗУ ПРОТРОМБІНУ У ДІТЕЙ ПЕРШИХ 6 МІСЯЦІВ ЖИТТЯ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ ВИКЛЮЧНО ПРИРОДНЕ ВИГОДОВУВАННЯ

Соляник О.В., Іванько О.Г.
Запорізький державний медичний університет

У немовлят віком від 1-6 місяців життя, за нашими даними, після курсу антибактеріальної терапії цефтриаксоном спостерігались лабораторні ознаки вітамін-К-залежних порушень протромбінового комплексу, які не були пов'язані з його токсичною дією. Ці приховані порушення коагуляції виявлялись цілком достатніми для розвитку пізньої геморагічної хвороби. Дійсно, на момент закінчення терапії збільшення МНВ (міжнародне нормоване відношення) за медіаною досягало 1,8 (1,3; 8) од., подовження ПТЧ (протромбіновий час) - до 22 (15,8; 96) с, з одночасним зниженням ПТ (протромбін за Квіком) до 33 (18; 60)%.

Метою дослідження була корекція антибіотикоасоційованих порушень синтезу протромбіну у дітей перших 6 місяців життя, які отримують препарат *Bacillus clausii* на основі спор штамів мікроорганізмів С, NC і Т.

Матеріали та методи. Для цього проведено відкрите, рандомізоване дослідження 26 дітей, які перенесли гострі респіраторні захворювання та отримали антибактеріальну терапію цефтриаксоном. З них 13 дітям після завершення терапії цефтриаксоном (у добовій дозі 50-75 мг/кг маси тіла протягом 7 діб) призначено препарат *Bacillus clausii* в дозі 2×10^9 КУО в 5 мл суспензії 1 раз на добу перорально протягом 10 діб, який здатен активно виробляти менакінони (Yong A.V., 2012). Проміжок часу між відміною антибіотика та призначенням *Bacillus clausii* становив від 2 до 4 діб. Групу порівняння склали ще 13 дітей, які отримували антибіотик, але не приймали *Bacillus clausii*. Дослідження протромбінового комплексу проведено всім дітям на перший та десятий день спостереження. Критерієм залучення до дослідження був показник МНВ понад 1,3 од., що свідчило про порушення синтезу протромбіну внаслідок попереднього застосування антибактеріальної терапії.

Результати. При спостереженні у динаміці як в групі дітей, які отримали *Bacillus clausii*, так і в групі порівняння відзначалась тенденція до нормалізації показників протромбінового комплексу після завершення терапії. Але саме призначення пробіотичного препарату *Bacillus clausii* сприяло повній нормалізації вмісту вітамін-К-залежного протеїну- протромбіну за Квіком. За даними проведеного дослідження, повна нормалізація показника протягом 10-денної терапії відзначена в 11 з 13 немовлят, тоді як серед хворих групи порівняння таких дітей було лише 3 з 13 (OR=18,33; CI=3,6-447; p=0,003). Отже, призначення пробіотичного препарату *Bacillus clausii* сприяло повній нормалізації вмісту протромбіну протягом 10-денної терапії в 11 з 13 немовлят, тоді як серед хворих групи порівняння таких дітей було лише 3 з 13 (OR=18,33; CI=3,6-447; p=0,003). Це свідчить про відновлення менакінон продукуючої мікрофлори та подолання вітамін-К-дефіцитного стану.

Висновки. Показники протромбінового комплексу у дітей перших 6 місяців життя, які одержали пробіотичний препарат *Bacillus clausii* у вигляді спор штамів С, NC і Т в дозі 2×10^9 КУО на добу протягом 10 діб після антибактеріальної терапії цефтриаксоном, відновлюються до референтних значень, що підтверджується зміною вмісту ПТ з 33 (18; 60) до 95 (60; 115)% в той час як у дітей групи порівняння, яким пробіотик не призначався, зберігаються ознаки гіпопротромбінемії: рівень ПТ складає 73 (55; 106)%.

ПРОФІЛАКТИКА ОЖИРІННЯ У ДІТЕЙ: КОНСУЛЬТУВАННЯ З ПИТАНЬ ХАРЧУВАННЯ ТА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В РАНЬОМУ ВІЦІ

Старець О.О., Котова Н.В., Коваленко Д.А., Шаповаленко І.Є.
Одеський національний медичний університет

Вступ. За останні 40 років глобальна поширеність ожиріння у дітей зросла більш ніж у 8 разів, що спричиняє великий особистий, суспільний та економічний тягар. Дослідженнями встановлено, що вподобання у виборі їжі та способу життя формується в дитячому

віці, а нераціональне харчування і надмірна вага в ранньому віці є доведеними факторами ризику ожиріння у шкільному і дорослому віці. Ефективна профілактика ожиріння у дітей вимагає багатокомпонентного підходу, що стосується індивідуальної поведінки та харчування, сімейних звичок та суспільних стандартів, тому консультування сімей для формування і підтримки здоров'я своїх дітей є пріоритетом.

Мета. На підставі аналізу джерел літератури щодо раціонального харчування і формування способу життя дітей раннього віку, що ґрунтуються на наукових доказах, створити стислі рекомендації для педіатрів та сімейних лікарів з консультування сімей.

Матеріали та методи дослідження. Проведено аналіз науково обґрунтованих рекомендації "Prevention of Childhood Obesity: A Position Paper of the Global Federation of International Societies of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (FISPGHAN, 2020)" та "Dietary Guidelines for Americans, 2020-2025".

Результати дослідження. На підставі аналізу джерел літератури виділено кілька ключових положень, що необхідно донести до відома всіх сімей під час консультування. Встановлено, що надмірний індекс маси тіла матері на момент зачаття є значущим предиктором ожиріння у нащадків, тоді як збільшення ваги під час вагітності має незначний ефект. Грудне вигодовування знижує ризик розвитку ожиріння дитини у майбутньому. Швидке збільшення ваги на першому-другому роках життя підвищує шанси розвитку пізнього ожиріння. Штучне вигодовування немодифікованим молоком тварин асоціюється з більшим ризиком розвитку надмірної ваги та пізнього ожиріння, ніж годування адаптованими сумішами. Введення страв прикорму до 4-місячного віку збільшує ризик розвитку ожиріння, особливо у дітей на штучному вигодовуванні. З низьким ризиком ожиріння у майбутньому асоціюються велике споживання рослинних харчових волокон та продуктів з низькою енергетичною цінністю, риби та рослинних олій, помірне споживання яєць, птиці та молочних продуктів та низьке споживання червоного м'яса у ранньому віці. Підвищують ризик ожиріння у майбутньому наявність у раціоні дитини напівфабрикатів, "фаст фуду", висококалорійної їжі та їжі, що містить багато насичених жирів, а також солодких напоїв. Примусове годування дітей раннього віку заважає встановленню в них здорових харчових звичок, а чуйне годування асоціюється з нормальними показниками індексу маси тіла у майбутньому. Недостатня фізична активність, тривалий час перед екраном телевізора / інших гаджетів, фонове використання гаджетів під час годування є факторами ризику дитячого ожиріння.

Висновки. Для поширення ключових положень нещодавно опублікованих рекомендацій експертних груп з профілактики ожиріння у дітей нами створено навчальний відеоролик "12 підказок для кращого консультування з профілактики ожиріння у дітей", який отримав нагороду 6th World Congress on Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (WCPGHAN, June 2-5, 2021) і рекомендований для спеціалістів у медичній галузі.

ОСОБЛИВОСТІ СЕНСИБІЛІЗАЦІЇ ДІТЕЙ З РЕСПІРАТОРНОЮ АЛЕРГІЄЮ ДО ГОРІХІВ

Степаненко Т.І., Казицька Н.М.

Дніпровський державний медичний університет, м.Дніпро

Загальноприйнято, що харчова алергія притаманна дітям раннього віку, а для дітей старшого віку більш характерна респіраторна алергія (РА). Але близько 70% дітей мають респіраторну та харчову алергію, що пов'язано з перехресними реакціями між харчовими алергенами та пилом рослин завдяки загальним антигенним детермінантам у їх структурі. У дітей з РА прийнято визначати перехресну сенсibilізацію до фруктів та овочів, і досить нечасто - до горіхів.

Мета. Впровадження в практику новітніх технологій діагностики алергії допомагають по новому оцінити роль харчової сенсibilізації, зокрема до горіхів, в розвитку і перебігу алергологічних захворювань.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 120 дітей віком від 3 до 17 років з полінозом і бронхіальною астмою (БА). Дослідження сенсibilізації проводилося методом багатокомпонентної діагностики ALEX з визначенням специфічних IgE і молекулярних компонентів до 295 алергенів, у тому числі до горіхів (кеш'ю, бразильський горіх, пекан, фундук, волоський горіх, фісташки, мигдаль, горіх макадамія).

Результати. Аналіз отриманих результатів показав, що достовірних розбіжностей у частоті сенсibilізації до горіхів між групою дітей з алергічним ринітом і БА не було. Загалом 54 (45%) дітей мали сенсibilізацію до горіхів, найбільш часто до фундуку (11,9%) - Cor a, волоського горіху (10,6%) - Jug r, кеш'ю (10,5%) - Ana o, фісташків (7,8%) - Pis v, мигдалю (3,7%) - Pru du. Така частота сенсibilізації пояснюється тим, що горіхи споживаються не тільки в чистому вигляді, але й у складі кулінарних виробів у подрібненому вигляді (печиво, шоколад, цукерки, масла та інше). При аналізі молекулярних компонентів IgE горіхів встановлено, що не всі обстежені діти мали однакову сенсibilізацію до різних білків горіхів. Сенсibilізація до білків зберігання (Ber e 1, Cor a 9, Jug r 1, Jug r 2), які є мажорними, термостабільні і стійкі до гідролізу, можуть викликати тяжкі реакції на їжу, навіть анафілаксію, виявлена у 37 (30,8%) дітей та у більшості (56%) перебігали у вигляді орального алергічного синдрому, 12% дітей скаржилися на болі у животі, а інші не змогли пов'язати зміни у стані здоров'я із споживанням горіхів. Анафілактичних реакцій на горіхи у обстежених дітей виявлено не було. Значно рідше (18,6% випадків) виявлялася сенсibilізація до білків переносників ліпідів (LTP) - Cor a 8, Jug r 2, які відносяться до перехресно-реагуючих протеїнів, стійкі до нагрівання і гідролізу, можуть викликати перехресну реакцію з овочами і фруктами. Наступна група протеїнів відноситься до PR-10 (Cor a 1.0401) і є мінорними. Це група перехресно-реагуючих протеїнів, які присутні в різних