**Здорове харчування та можливості дієтичної корекції соматичних і психічних розладів у дітей**

[Ніколаєнко В.Б.](https://www.umj.com.ua/article/writer/nikolaenko-v-b)

* [Редакція журналу «Український медичний часопис»](https://www.umj.com.ua/article/organization/redakciya-ukrainskogo-medicinskogo-zhurnala)

**Резюме.** Забезпечення здорового харчування дітей та підлітків в Україні, сучасні методи діагностики і лікування харчової непереносимості та харчової алергії, можливості й перспективи профілактичної та лікувальної дієтичної корекції при соматичній патології та психічних розладах — цей широкий тематичний спектр чергової щорічної Науково-практичної конференції «Актуальні питання дитячої нутриціології», яка відбулася 20 квітня 2018 р. під егідою «Асоціації педіатрів-гастроентерологів та нутриціологів України» і Міністерства охорони здоров’я (МОЗ) України, закономірно привернув увагу педіатрів, гастроентерологів, дитячих алергологів, сімейних лікарів та лікарів загальної практики. Дещо неочікуваним делегатом конференції стала молода матуся з немовлям, яке періодичним плачем допомагало відтворити звичну для педіатрів робочу атмосферу, а ідилічна картина грудного вигодовування, без сумніву, радувала око доповідачів-нутриціологів.

**Проблеми дефіциту мікро- та макроелементів — заліза, кальцію, магнію**

Відкриваючи конференцію, президент Асоціації педіатрів-гастроентерологів і нутриціологів України, керівник відділення проблем харчування та соматичних захворювань дітей раннього віку Державної установи (ДУ) «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології (ІПАГ) Національної академії медичних наук (НАМН) України», доктор медичних наук, професор **Олег Шадрін**серед першочергових завдань вітчизняної нутриціології відзначив вирішення проблеми залізодефіциту у дітей, загальна поширеність якого в дитячій популяції становить 40–50% і продовжує дедалі зростати, перш за все внаслідок недостатнього надходження заліза з їжею. За даними проведеного в Україні багатоцентрового дослідження, поширеність залізодефіцитної анемії становить майже 5%, латентного залізодефіциту — 47%, а частота неадекватного споживання заліза сягає 68%. Водночас закордонні дані свідчать про те, що залізодефіцитна анемія вражає близько 15% населення, і це, за словами професора, є лише «вершиною айсберга»! На тлі дефіциту заліза (особливо в ранньому віці дитини) можуть виникати ураження головного мозку, що проявляються:

* затримкою психомоторного розвитку;
* дефектами мовного розвитку та зниженням здатності до навчання;
* зниженням фізичної активності;
* зниженням когнітивних функцій (розумовою відсталістю).

[](https://www.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2018/05/1123213213.png)Слід враховувати, що при збалансованому раціоні харчування з їжею надходить 10–20 мг заліза на добу, однак засвоюється лише 10–12%, тобто 1–2 мг, що майже в 10 разів менше від добової норми (10 мг), рекомендованої Всесвітньою організацією охорони здоров’я (ВООЗ). Таким чином, більшість дітей не доотримує залізо з їжею, що зумовлює необхідність додаткового введення цього мікроелементу. Суплементацію заліза, за рекомендацією доповідача, можна здійснювати за допомогою хелату бісгліцинату заліза, який практично не має побічної дії, оскільки при пер­оральному застосуванні не піддається гідролізу в шлунку та в незміненому вигляді надходить до цитоплазми ентероцитів, де гідролізується на залізо та гліцин. Його біодоступність у 4 рази перевищує сульфат заліза, а висока ефективність та безпека доведені численними дослідженнями. Це дозволило Європейській агенції безпеки харчової продукції (European Food Safety Autho­rity — EFSA) ще у 2006 р. визнати: «Використання бісгліцинату заліза як джерела заліза, в тому числі у продуктах для немовлят та дітей, на викликає занепокоєння з приводу його безпеки». Серед переваг хелату бісгліцинату заліза порівняно зі сполуками двовалентного заліза — відсутність взаємодії з іншими лікарськими засобами та продуктами харчування, низька частота (менше 5%) ускладнень з боку шлунково-кишкового тракту (ШКТ — нудоти, блювоти, діареї), відсутність впливу на емаль зубів, висока біодоступність і швидкість депонування в організмі, яка дозволяє за 4 тиж створити депо заліза і значно скоротити тривалість лікування. Важливе значення, особливо для застосування у дітей, має і те, що препарат не погіршує смакові якості збагачених ним продуктів харчування (різні соки, желе, молочні продукти, вироби з борошна). У клінічній практиці препарат застосовують для лікування при анемії — оприлюднені результати його успішного використання при онкологічних захворюваннях, целіакії, анемії недоношених новонароджених. Таким чином, як підсумував О. Шадрін, хелат бісгліцинату заліза може бути рекомендований як ефективний та безпечний препарат заліза для суплементації продуктів харчування та як самостійний лікарський засіб.

Сучасні тенденції раціонального харчування з акцентом на профілактику дефіциту кальцію у дітей віком від трьох років охарактеризувала лікар-дієтолог, член Асоціації дієтологів України, кандидат медичних наук **Олександра Кириленко**. На підтвердження актуальності вибраної теми доповідач навела дані міжнародного дослідження HBSC (Health Behaviour in School-aged Children — «Здорова поведінка у дітей шкільного віку») під егідою ЮНІСЕФ, згідно з яким в Україні діти шкільного віку вживають молочні та кисломолочні продукти лише 1–4 рази на тиждень, замість рекомендованих ВООЗ 2,5 раза на добу. Доповідач нагадала слухачам про важливу роль кальцію в організмі дітей віком старше трьох років, а розповідаючи про патогенез порушень метаболізму цього макроелементу, привернула увагу до участі кишкової мікробіоти в підтриманні нормальних процесів всмоктування кальцію в тонкому кишечнику. В доповіді зазначено, що на сьогодні раціональне харчування, збалансоване за вмістом кальцію та вітаміну D, та дієтотерапія — основні методи корекції порушень обміну кальцію у дітей, які сприяють правильному розвитку кістково-м’язового апарату у дітей віком старше трьох років. Вибір продуктів харчування, на переконання доповідача, має базуватися на основних принципах — біодоступність нутрієнтів, органолептичні якості та збалансованість за мінерально-­вітамінними характеристиками.

Завідувач кафедри педіатрії післядипломної освіти Національного медичного університету (НМУ) імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор **Юрій Марушко** запропонував зосере­дити увагу на клінічному значенні дефіциту магнію та засобах його корекції. Поширеність дефіциту магнію у дітей, за даними різних авторів, знаходиться в межах від 12 до 67,9%, а ризик його розвитку значно зростає в періоди інтенсивного росту дитини. Серед причин дефіциту цього макроелементу доповідач, посилаючись на результати сучасних досліджень, виокремив:

* виснаження депо магнію при стресі та фізичних навантаженнях;
* харчову недостатність магнію внаслідок сучасних технологій обробки продуктів (рафінування тощо); застосування мінеральних добрив, що призводить до зниження вмісту магнію у ґрунті й відповідно — у продуктах харчування;
* надлишок кальцію в їжі;
* запальну патологію травного каналу і порушення всмоктування.

Вважають, що ознакою дефіциту магнію у дітей є зниження його рівня в сироватці крові нижче 0,8 ммоль/л. Клінічними проявами цього стану можуть бути: підвищена втомлюваність, загальна слабкість, нестійкий настрій, відчуття неспокою, порушення нічного сну. Тому не випадково, що шкалу оцінки дефіциту магнію використовують для визначення рівня стресу. Доповідач навів цікаві результати проведеного на кафедрі дослідження із включенням здорових дітей, дітей з астенічним синдромом та з первинною артеріальною гіпертензією, результати якого свідчили про те, що:

* у стані гострого стресу у дітей магній у крові підтримується на нормальному чи підвищеному рівні за рахунок зменшення його екскреції із сечею;
* при хронічному стресі у дітей формується астенічний синдром, який характеризується погіршенням самопочуття, активності, настрою та якості нічного сну, а також дефіцитом магнію в організмі;
* комбінація препарату магнію та вітаміну В6 у дітей з астенічним синдромом на тлі дефіциту магнію стимулює синтоксичні прояви адаптації, що відзначається не лише нормалізацією рівня магнію в організмі, але і зменшенням вираженості астенічних проявів, а також покращенням співвідношення між мелатоніном і кортизолом.

Було доведено, що магній і піридоксин потенціюють дію один одного: піридоксин покращує всмоктування магнію в ШКТ та його проникнення в цитоплазму клітин, підвищує концентрацію магнію у плазмі крові та еритроцитах, знижує його виведення з організму. У свою чергу, магній активізує процес трансформації піридоксину в активний метаболіт піридоксальфосфат. Враховуючи це, професор Ю. Марушко рекомендував призначати комбінацію цих препаратів: курсом тривалістю не менше ніж 1 міс за наявності у дитини ознак гіпомагніємії чи при лабораторно підтвердженому незначному дефіциті магнію, при помірному дефіциті — до 2 міс, при вираженій недостатності — уточнити причину дефіциту й розробити індивідуальний план лікування.

**Харчова непереносимість і харчова алергія**

Відзначивши сучасну загрозливу тенденцію до швидкого поширення харчової непереносимості та харчової алергії, особливо серед дітей, професор О. Шадрін особливу увагу приділив питанням профілактики та можливостям корекції цієї патології. За оцінкою FSA (Food Standards Agency — Агентство зі стандартизації харчових продуктів), від 20 до 30% мешканців Великобританії страждають на той чи інший вид харчової непереносимості, а за іншими даними, її виявляють у 45% населення світу. Досі вважали, що лабораторно підтверджену харчову алергію мають значно менше осіб — лише 1–2% дорослих та 5–8% дітей, але останні дані ВООЗ свідчать про наявність цієї патології у 17,3% дітей! Саме тому, на думку доповідача, в найближчі роки харчова алергія може стати одним із найпоширеніших захворювань, і до цього слід бути готовими і педіатрам, і сімейним лікарям, і, тим більше, — дитячим гастроентерологам. Промовець відзначив, що на сьогодні серед неінфекційних гастритів за частотою алергічний гастрит посідає друге місце після хелікобактерного ураження шлунка.

Так звана велика вісімка найбільш значимих харчових алергенів дещо відрізняється залежно від регіону — в нашій країні, за даними досліджень, проведених під керівництвом доповідача, на перший план виходять білки коров’ячого молока, яєць та сої. Ураження ШКТ при харчовій алергії, згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), поєднують у два поняття — «Алергічний та аліментарний гастроентерит і коліт» (К52.2) або «Інші уточнені неінфекційні гастроентерити і коліти (еозинофільний гастрит або гастроентерит; мікроскопічний коліт)» (К52.8). Алергічне ураження ШКТ, у свою чергу, може «запускати» розвиток хронічних запальних уражень. На жаль, як констатував доповідач, на сучасному етапі навіть застосування традиційних засобів специфічного лікування (елімінація харчових алергенів, алергенспецифічна імунотерапія харчовими алергенами) та неспецифічної терапії (антигістамінні препарати, топічні й системні глюкокортикостероїди, гепатопротектори, ентеросорбенти, пробіотики) не дозволяє повною мірою контролювати прояви харчової алергії. Саме тому все більше уваги приділяють запобіганню її розвитку — в цьому плані найбільш перспективним є застосування пробіотиків.

Поняття «харчової непереносимості», як пояснив професор О. Шадрін, набагато ширше за поняття «харчова алергія» — ця патологія виникає набагато частіше (до 45–80% популяції) і може бути спричинена не лише аліментарною алергією, але й захворюваннями травного каналу, ензимопатією, психогенними факторами, особливостями складу харчових продуктів. Харчова непереносимість, на відміну від харчової алергії, може проявитися вже з першої «спроби» продукту, а реакція залежить від його кількості. На сьогодні виділяють три основних групи харчових компонентів, здатних викликати симптоми непереносимості:

* хімічні компоненти їжі — перш за все — саліцилати, аміни, глутамати;
* FODMAPs (Fermentable, Oligo-, Di-, Monosaccharides And Polyols — здатні до ферментації оліго-, ди-, моносахариди та поліоли);
* глютен.

Доповідач привернув увагу слухачів до зміни уявлень про основний тригерний фактор непереносимості глютену без целіакії (НГБЦ): в останні роки провідну роль відводять фруктану — одному з компонентів FODMAPs (міститься в персиках, хурмі, кавунах, часнику, пшениці, фісташках, бобових, нуті, інуліні). В цьому аспекті перспективним є призначення дієти з низьким вмістом FODMAPs, яка не порушує харчової цінності раціону, оскільки передбачає заміну деяких продуктів харчування на альтернативні в межах однієї продовольчої групи. Найбільш складним завданням є виключення з раціону несприятливих хімічних компонентів їжі, що входять у більшість продуктів — так, за даними японських дослідників, глутамінова кислота є складовою 90% продуктів харчування.

Дисбіоз, на переконання доповідача, є одним із головних чинників патогенезу харчової непереносимості, зокрема «синдрому негерметичного кишечнику», який розвивається внаслідок пошкодження слизової оболонки і підвищення її проникності з подальшою транслокацією антигенів та відповідною реакцією імунних клітин. Патологічні зміни посилює зменшення кількості бактерій, здатних розщеплювати гістамін завдяки синтезу діаміноксидази, — при нормальній активності цього ферменту в кров потрапляє лише 1% «зовнішнього» гістаміну.

Результати великої кількості досліджень свідчать про вплив пробіотиків на склад кишкової мікробіоти та їхні можливості знижувати схильність до алергії, надаючи «здорові вигоди» організму хазяїна. Вживання різних пробіотиків стимулює фагоцитарну активність та збільшує продукцію Т- та В-лімфоцитів, антитіл (особ­ливо IgA та секреторного IgA). Припускають, що при харчовій непереносимості пробіотики можуть зв’язувати алергічні компоненти їжі та модифікувати їх, трансформуючи у неалергічні форми. Зокрема, вони беруть участь у гідролізі поліпептидів та комплексів протеїнів в імунологічно безпечні пептиди. Особливу увагу професор О. Шадрін приділив перспективам застосування пробіотиків класу «транзиторні антагоністи патогенної мікрофлори», зокрема спороутворюючим бактеріям сімейства *Bacillus — Bacillus subtilis*, які на сьогодні вважаються одним з найактуальніших засобів для запобігання харчовій алергії та харчовій непереносимості.

В останні роки все гостріше постає питання поширення непереносимості продуктів, що містять глютен, відповідно зростає і популярність аглютенової дієти.

В яких випадках доцільно її застосовувати, як досягнути максимальної ефективності і на який період призначати — відповіді на ці злободенні питання дала старший науковий співробітник ДУ «Інститут отоларингології імені А.І. Коломійченка НАМН України», президент ВГО «Українське суспільство целіакії», кандидат медичних наук **Ольга Наумова**. Висвітлюючи окремі нюанси призначення «безглютенової тарілки», промовець більш детально зупинилася на проблемах виключення з раціону «прихованого» глютену та перевагах застосування поширених в Україні основних безглютенових злаків (пшоно, гречка, кукурудза, рис) та «альтернативних» злаків (амарант, кіноа, тефф, безглютеновий овес) з метою запобігання пов’язаному з обмеженнями в дієті дефіциту нутрієнтів (вітамінів — фолієвої кислоти, ніацину, рибофлавіну, вітаміну В12, вітаміну D; мікроелементів — заліза, кальцію, цинку, магнію) та харчових волокон. Слід пам’ятати, як наголосила О. Наумова, що припустима денна норма глютену не повинна перевищувати 5 мг — тому навіть невелика крихта виробів з пшениці здатна призвести до загострення хвороби.

Призначення безглютенової дієти доцільно при таких захворюваннях, як:

* целіакія;
* НГБЦ;
* аутизм;
* герпетиформний дерматит;
* запальні захворювання кишечнику;
* ревматоїдний артрит;
* цукровий діабет.

Посилаючись на результати численних досліджень, промовець закликала лікарів «активно шукати пацієнтів із непереносимістю глютену, оскільки вчасно призначена дієта дає позитивний ефект!» Так, у Великобританії 80% дітей з аутизмом отримують безглютенову та безказеїнову дієту, при цьому біля третини батьків відзначають у своїх чад значне зниження розладів аутистичного спектра. Аналогічний позитивний вплив безглютенової дієти на дітей з аутизмом та одночасне суттєве поліпшення невербальних інтелектуальних здібностей спостерігали і автори 12-місячного рандомізованого контрольованого дослідження, результати якого опубліковано на початку 2018 р.

Асоціацію з целіакією відзначають у 15% пацієнтів із цукровим діабетом, тому цілком закономірно, що при цій патології безглютенова дієта допомагає покращити глікемічний контроль, знизити дозу інсуліну, поліпшити якість життя дітей. Нині в США вже отримані попередні позитивні дані рандомізованого контрольованого дослідження, яке вивчало вплив безглютенової дієти на продукцію ендогенного інсуліну та відповідну кишкову флору у дітей із вперше виявленим цукровим діабетом 1-го типу.

Близько 3% запальних захворювань кишечнику, за інформацією доповідача, асоційовано з целіакією. Доведено, що застосування аглютенової дієти призводить до зменшення вираженості гастроінтестинальних проявів у 65,6% пацієнтів з цією патологією, а у 38,3% — відбувається зменшення вираженості та частоти загострень хвороби.

Результати дослідження ефективності застосування безглютенової вегетаріанської дієти у хворих на ревматоїдний артрит дозволили зробити висновок про доцільність її використання як компонента комплексної терапії незалежно від стадії чи форми захворювання.

Згідно з сучасними рекомендаціями, які підсумувала в доповіді О. Наумова, безглютенову дієту при целіакії, цукровому діабеті, НГБЦ та аутизмі призначають пожиттєво, при запальних захворюваннях кишечнику — на період загострення, щодо ревматоїдного артриту — дані поки що відсутні. Торкнувшись питань діагностики целіакії, доповідач зауважила, що на сьогодні визначення антигліадинових антитіл визнано недоцільним. Європейське товариство дитячих гастроентерологів, гепатологів і нутриціологів (European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition — ESPGHAN) передбачає можливість встановлення діагнозу без обов’язкової біопсії дванадцятипалої кишки лише в разі комбінації симптомів хвороби зі збільшенням (не менш ніж у 10 разів) рівня антитіл до тканинної трансглутамінази (tTG), наявністю ендомізіальних антитіл (ЕМА) та відповідного HLA. У разі дефіциту IgA діагностичне значення має позитивний тест на IgG до tTG або позитивний тест на IgG до гліадину (DGP). Американська школа гастроентерології рекомендує для скринінгу целіакії у дітей віком молодше двох років проводити виявлення IgA tTG та DGP (IgA та IgG). Найбільш інформативним для першого етапу діагностики целіакії у дітей віком старше трьох років вважають одночасне визначення IgA tTG та IgG DGP, а на другому етапі — визначення ЕМА. Закінчуючи доповідь, ораторка наголосила, що діагностику прихованої целіакії або целіакії у групах ризику слід починати з генетичного тесту, а діагноз НГБЦ встановлюють лише за умови виключення целіакії та алергії до глютену чи білка пшениці.

Проблеми, з якими стикаються педіатри при діагностиці харчової алергії, та типові помилки під час призначення дієтотерапії дітям з цією патологією проаналізувала професор кафедри педіатрії та медичної генетики Вищого державного навчального закладу (ВДНЗ) України «Буковинський державний медичний університет», доктор медичних наук **Таміла Сорокман**. Серед основних помилок, які призводять до гіподіагностики та недостатньої ефективності лікування, доповідач відзначила:

* невчасне розпізнавання клінічних симптомів харчової алергії, особливо, нечастих проявів (отит, нефротичний синдром, відмова від їжі, відраза до конкретного продукту харчування) та відтермінованих реакцій (еозинофільний коліт, ентерит, альвеоліт тощо);
* переконання, що для підтвердження харчової алергії обов’язково слід отримати позитивний тест на IgE — при цьому не приймають до уваги алергічну відповідь, не опосередковану IgE, діагноз якої можна встановити на підставі динаміки клінічних проявів порушень з боку ШКТ після виключення продукту з раціону та відтермінованого відновлення симптомів при провокаційних пробах;
* нерозпізнаними залишаються стани, що можуть бути пов’язані з харчовою алергією: мігрень, нейропатії, гіперкінези, синдром хронічної втоми, дизурія, артрит, автоімунні судинні хвороби, аутизм;
* хибна думка про те, що харчова алергія у немовлят — це обов’язково спадкова патологія;
* недотримання матір’ю жорсткої елімінаційної дієти з виключенням «мажорних» алергенів у період вагітності та грудного вигодовування;
* відсутність розуміння того, що дієтотерапія є основою лікування;
* необґрунтоване призначення сумішей — частково гідролізованих, безлактозних, соєвих, кисломолочних, на основі козячого молока.

Слід пам’ятати, як наголосила промовець, що згідно з чинними міжнародними консенсусами, 90% дітей з харчовою алергією повинні отримувати суміші на основі гідролізату білка, а 10% — амінокислотні суміші! Нагадавши колегам алгоритм діагностики і терапевтичну тактику при харчовій алергії у дітей раннього віку, доповідач зауважила, що у 10% дітей можуть спостерігатися прояви алергії навіть на високогідролізовані та амінокислотні суміші. «Правильний діагноз, налаштованість на елімінаційну дієту і правильно підібрана суміш дадуть змогу вчасно й ефективно пролікувати дітей з харчовою алергією!», — такий оптимістичний висновок зробила професор Т. Сорокман, завершуючи доповідь.

Безумовно, більшість слухачів зацікавив досвід спостереження та успішного лікування дітей з гастроінтестинальними проявами харчової алергії та харчової непереносимості, яким поділилася завідувач Київського міського дитячого гастроентерологічного центру, кандидат медичних наук **Надія Зайцева**, — зокрема, клінічні портрети пацієнтів з целіакією, лактазною недостатністю у поєднанні з цукровим діабетом, проявами реактивного артриту, досягнута швидка позитивна динаміка стосовно симптомів аутизму на тлі застосування безглютенової та безказеїнової дієти. Відзначивши важливу роль стану слизової оболонки кишечнику та підвищення проникності кишкового бар’єру в патогенезі харчової непереносимості, доповідач розповіла про можливості їх відновлення за допомогою високоактивного ентеросорбенту, що має властивості мукоцитопротектора та чинить протизапальну дію.

Підвищити точність діагностики алергічних захворювань у педіатричній практиці, розширити спектр алергенів та прискорити скринінг у пацієнтів із полісенсибілізацією дозволяє новий метод молекулярної алергодіагностики, який представив професор Ю. Марушко. Мультиплексна концепція визначення загального та специфічних IgE дає змогу отримати кількісний результат одночасного тестування максимальної кількості алергенів (160 екстрак­тів алергенів та 122 алергенні молекули), яке охоплює більш ніж 99% усіх стандартних діагностичних тестів. Серед інших переваг методу — можливість виключення крос-реактивних детермінант, зручна система інтерпретації за допомогою відповідного програмного забезпечення. Доповідач зауважив, що традиційні тести (шкірні, визначення IgE у сироватці крові), як і молекулярний метод, показують лише сенсибілізацію, але останній є набагато специфічнішим. «Діагноз алергії може встановити тільки лікар, а не тест!» — наголосив промовець.

**Індивідуальний профіль мікробіоценозу — етапи формування та можливості корекції**

Великий інтерес аудиторії викликала доповідь «Вплив способу розродження на склад кишкової мікрофлори дітей раннього віку», представлена керівником відділення проблем здорової дитини та преморбідних станів ДУ «ІПАГ НАМН України», доктором медичних наук, професором **Людмилою Квашніною**, яка привернула увагу до значення первинної колонізації кишечнику під час пологів для становлення системи імунітету новонародженого та формування в майбутньому хронічної соматичної патології.

За даними ВООЗ у всьому світі спостерігається тенденція до підвищення частоти пологів шляхом кесаревого розтину (10–13%), в Україні цей показник становить 18,5% (за окремими пологовими будинками — від 7 до 36%). Дитина, яка з’явилася на світ подібним шляхом, одразу потрапляє в групу ризику — замість сприятливої мікрофлори з пологових шляхів матері, які вона могла б отримати при природних пологах, новонароджений здобуває мікроорганізми з обробленої антисептиками шкіри матері, обладнання, інструментів, рук медичного персоналу. В більшості випадків це — патогенні бактерії, які в майбутньому можуть призвести до розвитку алергічної патології, запальних процесів в кишечнику, діареї, ряду метаболічних порушень. Такі діти триваліший період перебувають у пологовому відділенні, мають вищий ризик інфікування госпітальною флорою, їм (або їх матерям) частіше призначають антибіотики, замінники грудного молока (внаслідок більш пізнього становлення лактації у матері), що, у свою чергу, може призводити до значного підвищення (майже в 100 разів) кількості *Clostridium difficille*на тлі відсутності лакто- та біфідобактерій. Існують дослідження, які чітко підтверджують підвищення у дітей, народжених шляхом кесаревого розтину, порівняно з народженими *per vias naturalis*, ризику розвитку:

* бронхіальної астми (в середньому — на 52%);
* харчової алергії (на 32%);
* алергічного риніту (на 23%);
* хронічної діареї (на першому році життя — вдвічі);
* респіраторних інфекцій (у перші 3 роки життя — втричі);
* дерматиту (у 2 рази);
* залізодефіцитної анемії (майже вдвічі);
* ожиріння (у 2 рази).

Як поінформувала доповідач, при вагінальних пологах у складі флори дитини домінують «корисні» штами, які продукують молочну кислоту та знижують рН кишкового середовища, запобігаючи колонізації патогенними бактеріями — в перші дні після народження переважають *Lactobacillus*, а через 7 днів до них приєднуються *Bifidobacterium*. У народжених шляхом кесаревого розтину кількість лакто- та біфідобактерій у 10 разів менша, водночас у великій кількості присутні стафілококи, корине- та пропіо­нобактерії. Період стабілізації корисної мікрофлори може тривати до 6-го місяця життя (за даними деяких досліджень — навіть до 7 років), відповідно, в цей час значно підвищується ризик виникнення кишкових інфекцій, перш за все — ротавірусної інфекції, що диктує необхідність її своєчасної вакцинопрофілактики в цій групі дітей.

Запобігти розвитку патології та прискорити відновлення нормального мікробіоценозу дозволяє застосування пробіотичних штамів біфідо- та лактобактерій. Особливу увагу промовець приділила *Bifidobacterium animalis BB-12*— одному з найбільш вивчених штамів, геном якого повністю розшифрований, а ефективність та безпека доведені у більше ніж 140 клінічних випробуваннях, що дозволило FDA присвоїти йому статус GRAS (Generally Recognized as safe — загальновизнаний як безпечний). Не менш ефективним засобом, особливо при метаболічних розладах, є поєднання *Bifidobacterium animalis BB-12* з *Lactobacillus acidophilus* та інуліном. «Організму потрібні мікроби з самих ранніх етапів життя для дозрівання епітелію, імунної системи і профілактики алергії. Усю решту життя мікроби підтримують ці функції», — це влучне висловлювання канадського мікробіолога Brett Finlay озвучила наприкінці своєї доповіді професор Л. Квашніна.

Продовжуючи підняту тему, старший науковий співробітник відділення медичних проблем здорової дитини та преморбідних станів ДУ «ІПАГ НАМН України», кандидат медичних наук **Ірина Матвієнко**представила сучасне бачення становлення мікробіоценозу, згідно з яким його початок відбувається ще до народження дитини — внаслідок транслокації бактерій з кишечнику матері до плода. Надалі організм дитини заселяється тими мікроорганізмами, до яких був антенатально сформований рецепторний апарат. На ранніх етапах життя провідну роль у розвитку цих процесів відіграє «ентеромамарна вісь». За словами доповідача, протягом перших 4 років життя дитини профіль мікробіоценозу постійно змінюється, і вже у віці 2–4 років встановлюється пов­ністю «дорослий» мікробіом — формується індивідуальний профіль, який визначає індивідуальну відповідь на дієту, лікування та різні захворювання, але основними найбільш чисельними корисними бактеріями залишаються біфідо- та лактобактерії. Нагадавши присутнім про патологічні стани, що можуть призводити до розвитку дисбіозу і потребують призначення пробіотиків, І. Матвієнко детальніше зупинилася на умовах надання пробіотикам статусу GRAS та перевагах застосування мультиштамових препаратів, які, за даними ряду досліджень, виявилися більш ефективними порівняно з моноштамовими пробіотиками, в тому числі при лікуванні шлунково-кишкових інфекцій, диспептичних розладів, для профілактики некротизуючого ентероколіту в новонароджених.

Думку колег про визначальний вплив мікробіоти на стан здоров’я та якість життя людини беззаперечно підтримала у своїй доповіді доцент кафедри неонатології Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) імені П.Л. Шупика, кандидат медичних наук **Ольга Лакша**.

**Інфекційні та паразитарні захворювання ШКТ**

Завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб НМУ імені О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор **Сергій Крамарьов** запропонував розглянути сучасні Європейські рекомендації щодо лікування гострого гастроентериту (ГГЕ) у дітей на прикладі досить поширеного клінічного випадку: дитина раннього віку зі скаргами на часте рідке випорожнення, блювання та підвищення температури тіла. Здавалося б, визначитися з попереднім діагнозом інфекційної діареї нескладно. Але чи потрібні спеціальні лабораторні аналізи для встановлення етіології захворювання? На це запитання доповідач однозначно відповів: «Ні!», пояснивши:

* діти з інфекційною діареєю в більшості випадків лікуються в амбулаторних умовах, коли мікробіологічні дослідження рутинно не проводяться;
* виділення та ідентифікація збудника зазвичай займає не менше 48–72 год, тому значення результату мікробіологічного дослідження для вибору терапії значно знижується;
* лабораторні вірусологічні дослідження малодоступні в рутинній практиці, а експрес-тести (на ротавірус, норавірус, аденовірус та астровірус) часто мають низьку специфічність і достовірність;
* вартість лабораторних досліджень достатньо висока.

Тому в більшості випадків попередній етіологічний діагноз є синдромальним і ґрунтується на клінічних маркерах бактеріальної (інвазивної) та вірусної (секреторної) діареї. Алгоритм лікування дітей з ГГЕ, як нагадав доповідач, залежить від ступеня дегідратації та передбачає застосування пероральної регідратації глюкозо-­сольовими гіпоосмолярними розчинами (в тому числі з профілактичною метою, навіть за відсутності ознак зневоднення) та активної терапії з застосуванням пробіотика і/чи ентеросорбенту, антисекреторного препарату рацекадотрилу. «Пероральна регідратація є базисом терапії ГГЕ!», — наголосив промовець, додавши, що дітям, які можуть її отримувати, не потрібно додатково вводити рідину внутрішньовенно. Призначення антимікробних препаратів може бути виправдане лише в таких випадках:

* септицемія;
* кров’яниста діарея;
* діти віком до 6 міс із верифікованою сальмонельозною інфекцією;
* холера з тяжкою дегідратацією;
* мальнутриція/імуносупресія;
* псевдомембранозний ентероколіт, спричинений *Clostridium difficille*.

Згідно з рекомендаціями ESPGHAN (2014), як антибактеріальну терапію можна застосовувати окремі лікарські засоби, а що стосується активної терапії, то з багатьох видів пробіотиків найвищий рівень доведеної ефективності при ГГЕ мають лише LGG (штам*Lactobacillus rhamnosus*) та *Saccharomyces boulardii*, дещо нижчий рівень доказовості у певних штамів*Lactobacillus reuteri*та *Lactobacillus acidophilus*. Не рекомендовано призначати *Entero­coccus faecium*, оскільки він здатний переносити гени антибіотикорезистентності. Особливо відзначивши переваги застосування при ГГЕ у дітей штаму *Saccharomyces boulardii І-745*, промовець наголосив: «Дані щодо безпеки й клінічних ефектів одного пробіотичного штаму не слід екстраполювати на інші!».

Теза про те, що не всі пробіотики і навіть різні штами певного пробіотика однаково ефективні, прозвучала і в наступній доповіді професора С. Крамарьова, присвяченій рекомендаціям ESPGHAN (2016) щодо профілактики антибіотикоасоційованої діареї у дітей. Згідно з цим документом, «якщо використання пробіотиків для профілактики антибіотикоасоційованої діареї вважається доцільним, рекомендовано використовувати *Lactobacillus rhamnosus GG*або*Saccharomyces boulardii*», причому для профілактики *Clostridium difficille*-асоційованої діареї ефективний тільки *Saccharomyces boulardii*. «Цей дріжджовий пробіотик, — підкреслив доповідач, — на відміну від бактеріальних пробіотичних штамів, нечутливий до дії антибіотиків і тому не втрачає ефективності при одночасному застосуванні з ними».

Тему лікування пацієнтів із діареєю, в тому числі неінфекційного генезу, продовжила завідувач кафедри педіатричної гастроентерології та нутриціології Харківської медичної академії післядипломної освіти, доктор медичних наук, професор **Ольга Білоусова**, яка представила доповідь під назвою «Патогенетична терапія діарейного синдрому в педіатричній практиці».

Як поінформував професор О. Шадрін, в Україні, щорічно реєструють до 30–40 тис. випадків лямбліозу, 65% яких відзначають у дітей. Поряд зі значним поширенням цієї патології, проб­лемними питаннями є висока резистентність лямблій до дезінфікуючих засобів та лікарських препаратів, низька ефективність діагностики та відсутність стандартів лікування. «За сучасними рекомендаціями ВООЗ, лікуванню підлягають лише діти із клінічними проявами лямбліозу, а виявлення цист у калі не потребує призначення специфічної протипаразитарної терапії!», — наголосив доповідач. Для лікування застосовують білкову дієту з обмеженням кількості вуглеводів, яка спрямована на створення умов, що погіршують розмноження лямблій, а також курси протипаразитарних препаратів, гепатопротектори та холеретики, ентеросорбенти, ферментотерапію, антигістамінні препарати, пробіотики. Особливу увагу професор О. Шадрін приділив шляхам корекції розладів гепатобіліарної системи при лямбліозі у дітей, які, за даними дослідження, проведеного у відділенні проблем харчування та соматичних захворювань дітей раннього віку ДУ «ІПАГ НАМН України», виявляються у 70% дітей. Авторами цієї роботи також було продемонстровано високу ефективність та хорошу переносимість урсодезоксихолієвої кислоти та альбендазолу, що дозволило рекомендувати включення комплексу цих препаратів в лікувальні програми для дітей із лямбліозом.

Більш детально тему клініко-епідеміологічного значення лямбліозу та шляхи підвищення ефективності його терапії розкрила у своїй доповіді лікар-епідеміолог Центральної санітарно-епідеміологічної станції МВС України **Лариса Колос**.

**Діагностика та лікування функціональних порушень ШКТ**

Обговорюючи проблеми диференційної діагностики і терапії абдомінального болю у дітей раннього віку професор кафедри педіатрії № 2 НМАПО імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук**Марина Маменко**відзначила позитивний закордонний досвід, що демонструє важливу роль професійних асоціацій та окремих клінік у створенні спеціальних опитувальників та інтернет-порталів для пацієнтів та/або їх батьків, завдяки яким вони мають змогу в інтерактивному режимі самостійно провести первинну діагностику та визначити потребу в необхідності лікарської консультації. За словами доповідача, сайт Клініки Мейо (США) інформує, що лише один із 15 пацієнтів зі скаргами на абдомінальний біль дійсно потребує медичної допомоги, але за наявності певних симптомів, в тому числі тяжкого болю, вираженість якого збільшується протягом 1 год, ознак ексикозу, домішок крові в калі або в блювотних масах, пожовтіння шкіри та слизових оболонок, рекомендується швидко звернутися до лікаря.

Найчастішою причиною абдомінального болю у дітей є функціональні гастроінтестинальні розлади, які відповідно до Римських критеріїв (ІІ–ІV) поділяють на:

* функціональну диспепсію (Н2a);
* синдром подразненого кишечнику (Н2b);
* абдомінальну мігрень (Н2c);
* дитячий функціональний абдомінальний біль (Н2d).

Доповідач окремо зупинилася на таких причинах абдомінального болю, як дитячі коліки, функціональні порушення моторики жовчного міхура та/чи тонусу сфінктерного апарату, синдром циклічного блювання. Характеризуючи раціональні підходи до корекції цього стану, професор М. Маменко підкреслила, що вони повинні включати:

* збереження грудного вигодовування;
* штучне вигодовування з використанням адаптованих молочних сумішей на основі коров’ячого молока, а при алергії на білок коров’ячого молока — гідролізатів;
* під час епізоду болю в животі — відмову від «твердої» їжі;
* продовження вживання рідини (крім напоїв, що містять кофеїн, надмірну кількість цукру або солі, концентрованих фруктових соків);
* поступове відновлення харчування після того, як стан дитини покращиться (перші продукти для розширення дієти — тости, рис, банан або яблуко, йогурт);
* обережну медикаментозну корекцію (сорбенти, спазмолітики, мукопротектори).

Як ефективний спазмолітик, який, безпечно, можна застосовувати навіть у новонароджених, доповідач рекомендувала селективний блокатор М3-холінорецепторів прифінію бромід.

Проблеми профілактики та корекції функціональних порушень ШКТ у дітей раннього віку були детально розглянуті під час виступу завідувача кафедри педіатрії № 2 Української медичної стоматологічної академії професора **Тетяни Крючко**та доцента кафедри неонатології НМАПО імені П.Л. Шупика, кандидата медичних наук **Олени Костюк**. Сучасні методи лікування дітей різного віку з функціональними запорами знайшли відображення в доповіді доцента кафедри педіатрії № 2 НМАПО імені П.Л. Шупика, кандидата медичних наук **Валентини Козачук**.

Також на конференції прозвучали дуже цікаві доповіді, присвячені проблемам діагностики та лікування нервової анорексії (професор О.Ю. Білоусова, лікар-психотерапевт Н.Л. Волченська), дієтичної корекції надмірної маси тіла (директор Медичного центру «Лікар і  Я» Н.Ф. Чернега) та розладів аутичного спектра у дітей (лікар-дієтолог Л.О. Турова), а в кулуарах були представлені стендові доповіді, підготовлені співробітниками кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» О.І. Юрків та О.В. Макаровою.