

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

НЕРЕШЁННЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА К У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ И ПУТИ ИХ РАЗРЕШЕНИЯ

Иванько О.Г., Соляник А.В.

Запорожский государственный медицинский университет

У человека жирорастворимые витамины группы К (фило- и меноквиноны) необходимы для синтеза так называемых Gla-протеинов, требующих карбоксилирования глутаминовой кислоты. К Gla-протеинам относят протромбин, обеспечивающий процессы гемостаза, S- и Z-протеины, являющиеся естественными антикоагулянтами, белок остеокальцин, формирующий костный матрикс в процессе остеогенеза и целый ряд других. Таким образом, витамин-К-зависимые протеины играют важную роль в поддержании нормального состояния крови, костной, мышечной и сосудистой систем растущего организма. В условиях дефицита витамина К процессы карбоксилирования названных белков нарушаются и белковый синтез останавливается. Накапливаются так называемые недостаточно карбоксилированные белки, например, остеокальцин, не способный образовывать полимерную сетку костного матрикса и протромбин, неспособный обеспечивать гемостаз. Вопросам состояния витаминной обеспеченности детей педиатры всегда уделяли большое внимание, так как дефицит витаминов, как жизненно необходимых микронутриентов, нарушает не только условия для нормального физического и социального развития детей, но и, как в случае с витамином К, способен формировать жизненно опасные осложнения. Новорожденные и дети первых месяцев жизни, особенно находящиеся на грудном вскармливании, естественным образом склонны к дефициту витамина К. Физиологическая целесообразность этого явления пока не объяснена, хотя известно, что у плода и новорожденного активность свертывающей системы крови составляет всего 20-30% от уровня взрослого человека. Вероятно, таким образом, в перинатальном периоде преодолевается

предрасположенность новорожденных к диссеминированному свертыванию крови.

Объяснить предрасположенность маленьких детей к гиповитаминозу К можно тем, что трансплацентарный транспорт витамина К от беременной женщины к плоду очень низкий, и депо витамина не создается. В настоящее время для преодоления дефицита витамина К при рождении и профилактики ранней формы геморрагической болезни новорожденных, связанной с дефицитом витамина К (МКБ-10 P-53), повсеместно рекомендуют однократное парентеральное введение витамина К₁ (филоквинона) сразу после рождения, однако эта практика может нарушаться. Хотя рекомендации по экстренной дотации витамина К оказались высоко эффективными по снижению летальности детей от кровотечений в неонатальном периоде, они не решают проблемы продолжения существования дефицита в раннем детском возрасте, особенно у детей, находящихся на исключительно грудном вскармливании. Действительно, период элиминации филоквинона, введенного в виде одной инъекции составляет всего 7 суток, а грудное молоко, как единственный вид пищи новорожденного, содержит очень низкие концентрации фило- и меноквинонов, не способных удовлетворять потребности ребенка. Обеспеченность грудных младенцев витаминами группы К улучшается с введением им продуктов прикорма, которое сейчас начинают в 6 месяцев жизни. Источником филоквинонов в прикорме для детей могут быть зеленые овощи и соя, а меноквинонов – мясо и рыба. Определенную дотацию меноквинонов младенцы получают также в результате становления микробиома кишечника, когда толстый кишечник заселяют факультативные анаэробные микроорганизмы, например, штаммы *E.Coli*, которые способны вырабатывать высоко активные меноквиноны (витамин К₂), и которые способны всасываться в толстом кишечнике грудных детей в отличие кишечника взрослых лиц.

Таким образом, совершенствование профилактики витамин-К-дефицитного состояния у грудных детей остается в числе практически значимых вопросов современной педиатрии. По нашему мнению, существующие способы коррекции дефицита витамина К у детей первых недель жизни должны быть оптимизированы путем полного охвата всех новорожденных профилактическим введением витамина К₁ в дозе 1 мг в мл раствора. Уже начиная с первого месяца жизни необходимо продолжить дачу ребенку, находящемуся на грудном вскармливании, канавита в дозе 25 мкг/сутки внутрь ежедневно до достижения 4-6 месяцев жизни как рекомендуют новейшие европейские рекомендации. Одновременно, весьма перспективным может быть применение специальных пробиотиков, например, штамма *TB. Clausii*, способных увеличить выработку эндогенных менаквинонов, и как показали наши наблюдения, нормализовать продукцию витамин-К-зависимых протеинов, особенно у детей с нарушениями формирования толстокишечного микробиоценоза в результате применения антибактериальных препаратов.

ОСОБЛИВОСТІ РАНЬОГО АНАМНЕЗУ ПІДЛІТКІВ ІЗ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ

Камарчук Л.В.

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України», м.

Харків

За даними літератури витоки захворювань травної системи нерідко лежать в ранньому дитячому віці, багато в чому пов'язані з анатомо-фізіологічними особливостями системи травлення, незрілістю регуляторних механізмів та особливостями анамнезу дітей. З цієї точки зору, зокрема, гастроезофагельна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) розглядається як можливий наслідок відносної вікової незрілості шлунку та ворота. Клінічно такі розлади проявляються регургітацією - зворотним скиданням з'їденої їжі незабаром після