

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПЕДІАТРІЇ

Матеріали XIII Конгресу педіатрів України
(9-11 жовтня 2018 року, Київ)

За редакцією Ю.Г. Антипкіна, В.Г. Майданника

CURRENT PROBLEMS OF PEDIATRICS

Abstracts of the XIII Congress of Pediatrics of Ukraine
(October, 9-11th, 2018, Kiev)

Edited by J.G. Antypkin, V.G. Maidannyk

СВОЄЧАСНА ДІАГНОСТИКА ПАНКРЕАТИЧНОЇ ЕКЗОКРИННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ТА ЦЕЛІАКІЇ У ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ

Большова¹ О.В., Лукашук¹ І.В., Дмитришин² О.А.

¹ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка НАМН України», м. Київ

²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Основними питаннями діабетології є діагностика, профілактика та лікування ускладнень цукрового діабету 1 типу (ЦД 1), а також ведення хворого з урахуванням поєднаної патології. Діти з ЦД 1 складають групу ризику виникнення целіакії (Ц). У хворих на ЦД 1 також діагностується панкреатична екзокринна недостатність (ПЕН). Діагностики ПЕН та Ц у дітей з ЦД 1 вивчено недостатньо.

Мета. Своєчасно діагностувати панкреатичну екзокринну недостатність та целіакію у дітей з ЦД 1.

Матеріали і методи. Обстежено 339 дітей у віці 3-17 років із ЦД 1: у 49 дітей діагностовано Ц на основі біопсії, HLA типування (DQ2 та DQ8) та серологічних тестів (антитіла до тканинної трансглютамінази, ендомізіальні антитіла). Діти з ЦД 1 та діагностованою Ц склали I групу: у 28 з уперше діагностованим ЦД 1 розпочали діагностику Ц (I-A група), а у 21 дитини – через 3 роки після діагностики ЦД 1 (I-B група). У 195 дітей віком 5-17 років з ЦД 1 визначали фекальну панкреатичну еластазу-1 (Е-1) і у 65 верифікували діагноз ПЕН (II група): II-A – 34 дитини з ПЕН та вперше діагностованим ЦД 1, II-B – 31 дитина з ПЕН діагностованою через 1 рік після виявлення ЦД 1; 56 дітей з ЦД 1 (без ПЕН та Ц) склали групу порівняння (III група). Усі діти з ЦД 1 отримували інсулінотерапію. Дітей з верифікованим діагнозом Ц (I група) перевели на безглютенову дієту.

Результати дослідження. У 49 (14,5%) дітей з ЦД 1 діагностовано Ц, з них у 39 – атипову, у 10 дітей – типову Ц. Тривалість ЦД 1 на момент встановлення діагнозу Ц була різною (1-7 років): у перші 5 років Ц діагностували у 44 із 49 дітей I групи. Порівняльний аналіз тривалості ЦД 1 на момент встановлення діагнозу Ц у I-A групі та I-B групі виявив, що в I-A групі за перші 3 роки спостереження у 24 дітей було діагностовано Ц, і лише у 4 дітей Ц діагностували на 4-5 році, у той час у I-B групі за перші 3 роки спостереження у 2 дітей вже було діагностовано Ц, а у решти: у 14 – на 4-5 році, а ще у 5 дітей – понад 5 років. Отже, своєчасна діагностика Ц була в I-A групі. У I групі не встановлено суттєвих відмінностей глікемічного контролю та частоти тяжкої гіпоглікемії у співставленні з III групою.

У 65 (33,3%) дітей з ЦД 1 діагностовано ПЕН, із них у 23 – легкий ступінь, у 28 дітей – середній, у 14 – тяжкий ступінь. Тривалість ЦД 1 на момент виявлення ПЕН була різною (1-5 років): у перші 3 роки ПЕН діагностували у 25, у наступні 3-5 років – у 40 дітей II групи. Порівняльний аналіз тривалості ЦД 1 на момент встановлення діагнозу ПЕН у II-A та II-B групі виявив, що в II-A групі ПЕН діагностували у 3 дітей при тривалості ЦД 1 до 1 року, у 11 дітей – на 1-2 році, у 9 дітей – на 2-3 році, у 11 – на 4-5 році, у той час у II-B групі ПЕН виявляли у 5 дітей при тривалості ЦД 1 1-2 роки, у 15 дітей – на 2-3 році, у 11 дітей – на 4-5 році. У дітей з тяжким ступенем ПЕН були гірші показники глікемічного контролю і більша частота гіпоглікемії.

Висновок. Рекомендовано розпочинати виявлення Ц та ПЕН у дітей з уперше діагностованим ЦД 1 і в подальшому продовжувати діагностику щорічно в перші 4 роки.

«ЕВОЛЮЦІЯ» ПРИЧИН СМЕРТІ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ... ЖЕРТВАМ ГОЛОДОМОРУ (1932–1933) ПРИСВЯЧУЄТЬСЯ

Боярська Л.М., Котлова Ю.В.

Запорізький державний медичний університет

Причини смерті дітей, особливо раннього віку, відображають не тільки стан розвитку медичних наук та медичних технологій, але і досягнення держави в питаннях охорони здоров'я, можливості суспільства в забезпеченні здоров'я матері та дитини. Смерть дітей раннього віку залежить від соціально-економічних, санітарно-гігієнічних і соціально-культурних умов життя родин. На превеликий жаль, населення України 30-х років XX сторіччя стало свідком, коли соціально-політичні амбіції мали жакливі нелюдські наслідки. Існують історичні документи про наявність в той період на території Сталінського району м. Запоріжжя державного закладу для утримання малюків молодшого віку, які залишились без батьків – дитячого сиротинця, де мали жити діти перших років життя. Першим про страшну статистику смертей дітей у цьому закладі сповістили директор обласного держархіву О. Тедєєв та краєзнавець А. Пеньок, зацікавилися науковці д.іст.н., проф. Ф. Турченко, З. Партико при складанні «Національної Книги пам'яті жертв Голодомору 1932-1933 р. в Україні. Запорізька область».

Мета дослідження. Вивчення причин смерті дітей в період 1932-1933 рр. за книгами реєстрації актів цивільного стану про смерть Державного архіву Запорізької області.

Матеріали та методи. Досліджено 11 томів реєстрації актів про смерть населення Сталінського району м. Запоріжжя за період 29.05.1932 по 30.12.1933 рр.. Проаналізовано 4575 записи, розташованих на 2 290 сторінках.

Результати дослідження. Встановлена загальна кількість зареєстрованих загиблих дітей – 1720 осіб за 580 днів, серед яких значна чисельність (788 (46%)) записів актів смерті дітей саме в дитячому сиротинці. Майже кожний п'ятий з усіх померлих (4575 людей) був дитиною з сиротинця. Серед померлих малюків сиротинця – 60% діти першого року життя, причому майже 90% серед цих – діти перших 6 місяців.

Констатували, що діагноз «Істощеніє» мали майже 30% діток. Решта з них (35%) померли від інфекційних хвороб шлунково-кишкового тракту, захворювань легенів (10%), інфекційного вірусного захворювання на кір (13%) і ще 12% — від інших захворювань. Діагноз «Нарушеніє пітанія» (біля 20 випадків) серед причин смерті почав з'являтися наприкінці 1932 р., в подальшому трансформувався в «Істощеніє», «Кахексія», «Гіпотрофія», «Атрофію до кісток», «Авітаміноз», «Острый безбілковий набряк», «Расстройство пітанія» (орфографія архіву документу). Порівнюючи частоту смертей дітлахів в сиротинці і в родинах, констатували, що в державному закладі сиротинця загибель від «Істощенія» та «Шлункової інфекції» була майже в п'ять разів більше, тоді як смерть від пневмоній, кору, «слабості при народженні» та інш. реєстрували з приблизно однаковою частотою.

Кількість загиблих малюків влітку 1933 р. (більше 120 смертей) перевищувала аналогічні показники за зимові, весняні місяці того ж року майже в 2,5 рази та була в 10 разів більшою ніж за весь 1932 р. Вивчаючи актові записи, натрапили на найстрашніші дні наприкінці липня (20-23.07.1933 р.): серед 360 свідоцтв по смерті половина документів була виписана саме дітям сиротинця.

Висновок. Знання про нелюдські страждання дітлахів, їх батьків, трагедію українських родин в Голодомор 1932–1933 рр. на Землі нашої не може залишити байдужими. Ми стаємо інакшими. Пам'ять про Жертви Голодомору – це щирість та людяність кожного з нас в сьогоднішні та щодня. Пам'ятаємо...

СУЧАСНІ МЕТОДИ ТА ТЕХНОЛОГІЇ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

Боярська Л.М., Дмитрякова Г.М., Котлова Ю.В.
Запорізький державний медичний університет

Конкурентоспроможність фахівців в сфері охорони здоров'я, а саме лікарів-педіатрів, є актуальним викликом сьогодення. Прийняття клінічно зважених рішень, орієнтованих на сучасні методи дослідження та лікування дітей, базованих на світових протоколах доказової медицини, – основна мета навчання лікарів-інтернів на післядипломному етапі.

За різним ступенем активної участі інтернів в навчально-пізнавальній діяльності при засвоєнні нової інформації методи навчання підрозділяють на активні та пасивні.

Традиційне пояснювально-ілюстративне навчання у вигляді лекції робить позицію лікаря інтерна цілком залежною від лектора. За даними літератури та нашої практики ефективність засвоєння знань не перевищує 5% наданої інформації. Для підвищення ефективності використовуємо проблемне викладання у бінарному стилі – двома доповідачами різними за фахом, викладання ілюстрованих випадків з клінічної практики, в яких надається вирішення клінічної задачі та літературний огляд за нозологічними формами диференційного діагнозу, що не може не зацікавити фахівця.

Для оволодіння основами клінічного мислення та розширення клінічного досвіду інтернів на кафедрі дитячих хвороб впроваджені активні методи навчання (АМН), які спонукують до активного діалогу з викладачем. АМН – це навчання діяльністю. В арсеналі кафедри дитячих хвороботворчі завдання інтернам, навчальні ігри (рольові, ділові, освітні), соціальні проекти роботи з підлітками, впроваджений щотижневий розбір ситуацій з практики, які готують самі інтерни під керівництвом викладачів, проведення моноконференцій, що висвітлюють складні та дискусійні проблеми та теж готуються лікарями-інтернами.

При підготовці і проведенні практичних та семінарських занять втілений метод комбінаційного навчання, при якому використовується самостійна підготовка лікарів-інтернів та викладання тем «кейс-методом». Створені електронно-навчальні програми на базі платформ MOODL та EDX з набором інтерактивних лекцій, використанням і аналізом відео-, аудіо- матеріалів та тестовим контролем їх засвоєння. Викладач при цьому повинен методологічно якісно організувати самостійну роботу інтернів та контролювати її виконання. Практичне застосування набутих знань лікар-інтерн має реалізувати впродовж практичного заняття з «кейс-методом» викладання. Викладачі створюють умови для творчості, особистісного розвитку, формують самостійність і розуміння особистості відповідальності кожного майбутнього лікаря за своє навчання. Така організація навчального процесу змушує інтернів активно набувати, переробляти і реалізовувати професійні знання для вирішення клінічної задачі, яка представлена в дидактичній формі з імітаційним моделюванням. Комбінований метод створює умови для ініціативи інтернів, забезпечує успішну групову комунікацію. Це забезпечує об'єктивно суттєво кращі, в порівнянні з традиційними методами, результати навчання практичної діяльності.

При навчанні лікарів-інтернів для кращого засвоєння медичних знань та надбання практичних навичок доцільно використовувати поєднання традиційного пояснювально-ілюстративного з активними та інтерактивними методами викладання. Співробітництво професорсько-викладацького складу кафедр та їх вихованців є дієвою активною формою навчання.