

НАПРЯМ 3. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Буря Л. В., доцент кафедри гігієни,
екології та охорони праці в галузі

Калюжка О. О., асистент кафедри педіатрії № 1
з пропедевтикою та неонатологією

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»
м. Полтава, Україна*

ПРОФІЛАКТИКА РОЗВИТКУ АЛЕРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ ЯК АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА СЬОГОДЕННЯ

Атопічний дерматит – хронічне алергічне захворювання, що розвивається у осіб з генетичною схильністю до атопії і характеризується рецидивним перебігом, типовим висипанням, підвищенням рівня IgE і гіперчутливістю до специфічних і неспецифічних подразників. Атопічний дерматит розглядається як системне захворювання, оскільки в патологічний процес втягується не лише шкіра, але й інші органи та системи [1, 88, 2, 86, 3, 37].

Проблема раціонального харчування дітей, особливо грудного та раннього віку, привертає до себе все більшу увагу. Причина цього – чисельні нові докази того, що нераціональне вигодовування в ранньому віці призводить до порушення росту, інтелектуального розвитку, виникнення деяких захворювань у підлітків і дорослих, визначає рівень здоров'я нації у подальшому [8, 34, 9, 30].

У дітей перших трьох років життя алергічні реакції виникають внаслідок харчової алергії, коли доведена імунологічно опосередкована реакція гіперчутливості до будь-якого харчового компонента, включаючи IgE позитивні і/або IgE негативні алергічні реакції [5, 106, 7, 9]. Надалі харчова алергія може спричинити розвиток не тільки атопічного дерматиту але, й алергічного риніту, бронхіальної астми.

Дитяча екзема залишається до кінця не вивченою аномалією. Дане захворювання тісно пов'язано з проблемами екології, психоемоційними навантаженнями, неякісними продуктами харчування, токсикозом під час вагітності, огріхами харчування матері під час вагітності та лактації, скороченням строків природного вигодовування, штучним вигодовуванням. [2, 86, 4, 15, 6, 56].

В основі патогенезу атопічного дерматиту лежать IgE-опосередковані (атопічні) імунопатологічні реакції. Водночас у 10–30% хворих при ланій патології підвищений рівень IgE не реєструється.

До найважливіших факторів ризику розвитку харчової алергії відносять: генетичну схильність, раннє штучне вигодовування, раннє введення продуктів із високою алергенністю, дію алергенів (харчові білки, пил, тварини, кліщі тощо).

На сьогодні немає сумнівів, що грудне молоко здорової матері є ідеальним продуктом харчування для новонароджених і дітей першого року життя. Грудне вигодовування унікальне за своєю природою, тому що лише материнське молоко може забезпечити малюка необхідною кількістю жирів, мікроелементів, вітамінів, ферментів, гормонів, імуноглобулінів. Дитина, яка протягом року перебувала на грудному вигодовуванні, надалі буде менш вразлива до алергічних захворювань [9, 30].

Штучне вигодовування – це харчування, коли дитина зовсім не отримує жіночого молока або його кількість становить менше 1/5 від об'єму їжі, та основним продуктом харчування є штучна суміш.

У зв'язку з цим виникає необхідність розробки і широкого виробництва високоякісних продуктів для штучного вигодовування, склад яких повинен бути в максимальному ступені наближений до складу жіночого молока. На сьогодні в області розробки сумі-

шей для штучного вигодовування досягнутий значний прогрес, що дозволяє забезпечити організм маленької дитини необхідними нутрієнтами і півелювати більшість несприятливих ефектів, пов'язаних з неможливістю грудного вигодовування. Мова йде про високоякісні адаптовані суміші, вибір яких в даний час достатньо великий.

У переважній більшості випадків сучасні суміші для штучного вигодовування виробляються на основі коров'ячого молока. Спеціальні лікувальні суміші проводять на основі сосних білків і білкових гідролізатів.

В даний час у нашій країні і за кордоном випускається широкий спектр заміників жіночого молока, серед яких можна виділити сухі і рідкі, прісні й кисломолочні. Проте істотно більш важливим є поділ заміників жіночого молока за ступенем їх наближення до складу жіночого молока на дві великі групи: високо адаптовані, менш адаптовані і частково адаптовані [8, 34].

Адаптовані замітники найбільшою мірою наближені до жіночого молока за всіма параметрами, і перш за все за вмістом білків: в них знижено, в порівнянні з коров'ячим молоком, загальний зміст білка, що дозволяє усунути несприятливий вплив, на ще незрілий організм немовляти. Сироваткові білки утворюють у шлунку під впливом соляної кислоти значно ніжніший і мелкодисперсний зусток, ніж казеїн, що забезпечує більш високу ступінь переварювання і засвоєння. Крім того, введення в склад заміників жіночого молока сироваткових білків дозволяє певною мірою наблизити амінокислотний склад суміші до амінокислотним складом жіночого молока.

У заміниках цього класу оптимізовано також склад жирового компоненту молочний жир повністю або частково замінюють на суміш рослинних масел (соняшникової, кукурудзяної, соєвої, ріпакової, кокосового, пальмової та ін.). Ця заміна необхідна, оскільки жир коров'ячого молока містить іншу комбінацію жирних кислот, ніж жир жіночого молока: у ньому вищий вміст насичених жирних кислот, але нижче рівень ПНЖК.

Основним вуглеводом в більшості заміників жіночого молока служить лактоза з низкою властивостей, які мають важливе фізіологічне значення для немовлят. Вона сприяє всмоктуванню кальцію, має біфідогенну дію, знижує рН у товстому кишківнику.

Дані суміші рекомендують дітям у віці до 4-5 місяців, а у деяких випадках їх можна застосовувати до року. Крім того, існують сухі молочні суміші, у назві яких є префікс «пре», чи цифра «0», ці продукти призначають новонародженим і недоношеним дітям.

До менш адаптованих молочних сумішей належать казеїнові формули. Їх назва обумовлена тим, що вони готуються на основі звичайного коров'ячого молока, основним білком якого є казеїн. Основний склад казеїнових сумішей вміст ПНЖК, вітамінів і мінеральних солей збалансований у відповідності з потребами другого півріччя життя, тому їх необхідно рекомендувати дітям із 5-6 місячного віку.

Частково адаптовані молочні суміші за гігієнічними показниками належать до високоякісних і можуть використовуватися в дитячому харчуванні у відповідності з встановленими рекомендаціями. На їх основі можна готувати кисломолочні продукти для третього прикорму.

Таким чином, atopічний дерматит є хронічним захворюванням, симптоми якого нерідко спостерігаються протягом всього життя і провокуються множинними різноманітними факторами. Тому діти з підвищеним ризиком виникнення алергії повинні впродовж 6 місяців вигодовуватися тільки материнським молоком. Якщо ж природне вигодовування неможливо, то для попередження ранньої сенсibiliзації, не слід давати готові молочні суміші, що містять коров'яче молоко, а застосовувати гіпоалергенні суміші.

Література:

1. Аряев Н.Л. Атопический дерматит в практике педиатра //Н.Л. Аряев, В.А. Клименко, А.И.Кожемякина та ін.]. – К., 2000. – 88 с.
2. Бандига Н.В. Атопический дерматит з позиції педиатра //Здоровье ребенка. – 2008. – № 4. – С. 86–89.
3. Боровик Т.Є. Спеціалізовані суміші в профілактиці і лікуванні харчової алергії у дітей /Т.Є.Боровик, С.Г. Макарова, С.Н. Казакова [та ін.] //Алергія у дитини. – 2008. – № 2. – С. 37–40.

4. Іщейкін К.Є. Особливості алергізації організму дітей з atopічним дерматитом та екземою дитячою //Проблеми екології та медицини: науково – практичний журнал. – 2007. – Т. 11, № 5–6. – С. 15–18.
5. Ласица О.Л. Алергологія дитячого віку /О.Л. Ласица, Т.С. Ласица, С.М. Недільська. – Київ «Книга плюс», 2004. – 106 с.
6. Майданник В.Г. Некоторые проблемные вопросы естественного вскармливания детей первого года жизни с позиций доказательной медицины /В.Г. Майданник, И.С. Смиян //Педиатрия. – 2003. – № 1. – С. 56–63.
7. Майданник В.Г. Проблеми питання природного вигодовування дітей в Україні //Здоров'я України. – 2008. – № 18/1. – С. 9–11.
8. Няньковський С.Л. Особливості профілактики харчової алергії у дітей / С.Л. Няньковський, О.С. Івахненко // «Здоровье ребенка» – 2009. – № 3 (18). – С. 34–38.
9. Отт В.Д. Сучасні дані про роль пребіотиків в дитячому харчуванні / В.Д. Отт, Муквіч О.М. //Проблеми харчування. – 2005. – № 2. – С. 30–34.

Кальченко А. М., молодший науковий співробітник

*ДУ «Інститут медицини праці
Національної академії медичних наук України»*

Варивончик Д. В., доктор медичних наук,
старший науковий співробітник, завідувач
кафедри медицини праці, психофізіології та медичної екології

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
м. Київ, Україна*

ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАХОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ПРОФЕСІЙНОГО ІНФІКУВАННЯ ВІЛ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

За даними ВООЗ, ризики парентерального зараження медперсоналу внаслідок виробничої травми (при уколах голкою, інших травматичних ушкодженнях шкіри, слизових оболонок) є наступним: віруси гепатиту В – 10–30%, С – 4–7 %, ВІЛ – 0,3 %. Основними причинами інфікування медичних працівників ВІЛ на робочому місці є: уколи голками і поранення інструментарієм та обладнанням, що забруднено кров'ю чи іншими біологічними матеріалами, які містять збудник. [2, 2632–2656; 3, 913–919]. Такі фактори, як – стрес, втома і людські помилки при виконанні медичних маніпуляцій, є причинами, які сприяють інфікуванню ВІЛ [1, 55–62]. Зазначене визначає вагоме значення розробки заходів профілактики інфікування ВІЛ на робочому місці.

Проведеними нами дослідження встановлено, що більшість медичних працівників дотримуються заходів профілактики професійного інфікування ВІЛ та попередження передачі ВІЛ хворим, однак працівникам чоловікам притаманне більш ризикове поведіння під час виконання свої професійних обов'язків.

Серед 1/3 медичних працівників спостерігається: недостатнє використання засобів індивідуального захисту (ЗІЗ) (гумові рукавички, халати, фартухи, маски, захисні окуляри, екрани тощо); небезпечне поведіння із колючим інструментарієм (знімання голки із шприців, після їх використання до дезінфекції; надягання на них ковпачків), – що визначає підвищені ризики їх професійного ВІЛ інфікування.

В закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) визначено суттєві недоліки в реалізації післяконтактової профілактики ВІЛ інфікування медичних працівників внаслідок: низького використання авточки першої допомоги; неповної реєстрації та цільового спрямування медичних працівників, які зазнали виробничої травми із ймовірним інфікування ВІЛ, до Центру профілактики та боротьби із СНІДом, – що збільшує ризики інфікування постраждалих медичних працівників.

Проведеними нами дослідженнями визначено, що в ЗОЗ формування на робочому місці ризику професійного інфікування ВІЛ унаслідок виробничих аварій пов'язано із: (1)