

яльності — у 35 (25,7 %), інтранатальний дистрес плода — у 41 (30,1 %).

Пологи були завершені шляхом кесаревого розтину у 33,8 % випадків.

Оцінка за шкалою Апгар 8 балів була у 69,9 %, 7–6 балів — у 23,5 %, 5 балів — у 6,6 % новонароджених.

Маткова кровотеча в послідовому періоді виникла у 7 (5,1 %) роділей.

Післяпологовий період ускладнився субінволюцією матки у 8 (5,9 %) породілей.

Висновки

1. Вивчення індивідуальних особливостей анамнестичних даних матерів дає можливість розцінювати паління, гострі респіраторні вірусні інфекції, вживання деяких медикаментів у період запліднення та раннього ембріогенезу як екзогенні, не виключено епігенетичні, факто-

ри, що сприяють розвитку природжених вад у дітей.

2. Поглиблене вивчення особливостей стану здоров'я майбутньої матері на прегравідарному етапі та періоду раннього ембріогенезу дає змогу прогнозувати можливий ризик розвитку природжених вад у дітей і застосовувати профілактичні заходи.

3. Клінічний перебіг вагітності у жінок, що виношують дітей із природженими вадами розвитку, частіше, ніж у популяції, супроводжується загрозою раннього викидня, раннім токсикозом, патологією навколоплідних вод, порушенням плодово-плацентарного кровотоку, дисфункцією плаценти, дистресом плода.

4. При плануванні наступної вагітності доцільно проводити периконцепційну профілактику майбутнім батькам.

5. З метою поглибленого вивчення проблеми природже-

них вад розвитку й удосконалення прогностичних, діагностичних критеріїв, доцільно у регіонах застосовувати висококваліфікований комплексний програмний медико-соціальний підхід до цієї проблеми, що сприятиме зниженню зростання частоти природжених вад розвитку.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Пренатальна діагностика в акушерстві: современное состояние, методы, перспективы: метод. пособие* / Т. В. Кузнецова, В. Г. Вахарловский, В. С. Баранов [и др.]. — СПб.: ООО «Издательство Н-Л», 2002. — 64 с.

2. *Пренатальна діагностика наследственных и врожденных болезней* / под ред. акад ЗАН, проф. Э. К. Айламазяна, чл.-кор. ЗАН, проф. В. С. Баранова. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 416 с.

3. *Сладкові захворювання і природжені вади розвитку в перинатальній практиці* / В. М. Запорожан, А. М. Сердюк, Ю. І. Бажора [та ін.]. — К.: Здоров'я, 1997. — 355 с.

УДК 612.17-053.4/5

М. М. Стринадко

ВІДХИЛЕННЯ У ФІЗИЧНОМУ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ 3–7 РОКІВ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПОТЕНЗІЄЮ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Вступ

Фізичний розвиток дітей є інтегральним об'єктивним показником стану здоров'я дитини. Його порушення з'являються задовго до маніфестації власної хвороби. Водночас він є досить чутливим показником щодо різноманітних негативних впливів зовнішнього середовища. Результати численних досліджень підтверджують зв'язок порушень фізичного розвитку дітей зі змінами АТ [1–4]. З другого боку, зміни АТ, зокрема артеріальна гіпотензія, є одним із основних симптомів у дітей

із порушеннями фізичного розвитку [3]. Разом із тим, вегетосудинна дисфункція за гіпотензивним типом часто є дебютом артеріальної гіпертензії (АГ). Ефективним напрямком профілактики розвитку АГ та гіпотензивних станів є раннє виявлення дітей із групи ризику з розвитку як гіпер-, так і гіпотонічних станів і проведення корекції виявлених порушень. Вивчення показників здоров'я даної групи дітей та зв'язку з рівнем АТ дозволить визначити фактори ризику щодо розвитку у майбутньому гіпер- і гіпотензії. Адекватна оцінка рівня АТ і його

стандартизація потребують використання регіональних номограм [6] і формування згідно з отриманими даними груп ризику.

Мета дослідження — визначити частоту відхилень фізичного розвитку у дітей 3–7 років залежно від показників АТ (діти з артеріальною гіпотензією та нормотонією).

Матеріали та методи дослідження

Під нашим спостереженням знаходилися 220 дітей дошкільного віку, які за отриманими результатами АТ були розподі-



лені на 2 групи, сформовані на основі регіональних нормативів АТ: основна група — 77 дітей зі зниженим АТ (показники нижче 10-ї перцентилі), контрольна група — 143 дитини з середніми показниками АТ (показники потрапляли у перцентильний коридор 10–90). У комплекс досліджень були включені загальноклінічні обстеження, тонометрія, ЕКГ, УЗД серця. Вимірювання тиску проводилось аускультативно за стандартним методом Короткова на руках і ногах із визначенням 5 фаз. Реєструвалися такі параметри: систолічний, діастолічний максимальний і мінімальний, вираховувався пульсовий тиск. Для стандартизації індивідуальних показників проводилося порівняння з номограмами артеріального тиску [6]. Для обстеження відбиралися діти без патології серцево-судинної, ендокринної систем і патології нирок, яка могла б вплинути на рівень АТ дитини.

Визначення зросту та маси тіла проводилося за стандартними методиками. Виравувався індекс маси тіла ($\text{кг}/\text{м}^2$). Оцінку проводили за регіональними номограмами антропометричних показників [5].

Статистичну обробку проводили з використанням програми Statistica for Windows (версія 5.0) фірми Statsoft.

Результати дослідження та їх обговорення

У результаті проведеного обстеження нами визначено середні значення показників маси тіла та зросту для дітей двох груп залежно від показників АТ і віку (таблиця).

Як видно з таблиці, у дітей 3 і 7 років основної групи відмічались вірогідно нижчі середні показники зросту, вірогідна різниця між показниками маси тіла у дітей двох груп була виявлена лише у дітей 7 років. Однак при порівнянні показників фізичного розвитку у дітей двох дослідних груп виявлено, що у дітей другої групи частіше

відмічались відхилення у показниках маси тіла і зросту. Так, звертав на себе увагу значний відсоток дітей із низьким зростом серед дітей із пониженим АТ — у ($13,1 \pm 3,8$) % випадків. Для порівняння: у дітей із середніми показниками АТ, згідно з регіональними номограмами АТ [6], показники зросту нижче 10-ї перцентилі відмічались у ($4,2 \pm 1,7$) % випадків ($P < 0,001$). У дітей основної групи співвідношення шансів наявності низького зросту становило 3,44, відносний ризик — 3,10, атрибутивний ризик — 0,09, що свідчить про високий ризик наявності низьких показників зросту в дітей із гіпотензією.

Вірогідна різниця між частотою виявлення понижених показників маси тіла відносно регіональних нормативів була виявлена лише у групі дітей віком 7 років, у дітей 3–6 років вірогідної різниці не відмічалось — ($11,3 \pm 3,6$) і ($16,0 \pm 3,0$) %. Діти контрольної групи вірогідно частіше мали високі та вкрай високі показники маси тіла (вище 90 %) — у ($9,8 \pm 2,1$) % випадків проти ($1,3 \pm 1,8$) % у дітей основної групи ($P < 0,001$). Співвідношення шансів наявності високих і вкрай високих показників маси тіла у дітей зі зниженим АТ становило 0,12, відносний ризик — 0,13, атрибутивний ризик — 0,09, що свід-

чить про низьку ймовірність виявлення у дитини з високими та вкрай високими показниками маси тіла низького АТ.

Аналізуючи стандартизований показник ІМТ у дітей із різними показниками АТ, ми виявили тенденції, аналогічні до змін маси тіла. Для дітей основної групи зі зниженим АТ частіше був притаманний дисгармонійний фізичний розвиток із дефіцитом маси тіла по відношенню до зросту — ($31,2 \pm 5,3$) проти ($23,1 \pm 3,5$) % у нормотоніків ($P < 0,05$). Частка дітей із пропорційним фізичним розвитком серед дітей основної та контрольної груп становила ($64,9 \pm 5,5$) і ($71,3 \pm 3,8$) % відповідно ($P > 0,05$). Співвідношення шансів наявності дисгармонійного фізичного розвитку з дефіцитом маси тіла по відношенню до зросту у дітей із пониженими показниками АТ становило 1,51, відносний ризик — 1,39, атрибутивний — 0,08. Отримані результати показують, що у дітей основної групи (при знижених параметрах АТ) суттєво частіше відмічалось виявлення відхилень від стандартизованих показників фізичного розвитку.

Висновки

У дітей 3–7 років із пониженими показниками АТ частіше ($P < 0,001$), ніж у нормотоніків, відмічаються низькі та вкрай

Таблиця

Дескриптивна статистика показників фізичного розвитку дітей 3–7 років залежно від показників АТ, $M \pm m$

Показники	Вік, роки				
	3	4	5	6	7
Зріст, см					
Основна група, n=77	94,40± ±0,01*	104,80± ±1,35	110,80± ±0,64	116,90± ±0,55	115,50± ±1,40*
Контрольна група, n=143	101,10± ±2,00*	103,30± ±1,88	109,00± ±1,12	112,70± ±2,20	120,90± ±1,86*
Маса тіла, кг					
Основна група, n=77	14,40± ±0,50	16,90± ±0,42	18,20± ±0,36	20,60± ±0,34	18,80± ±0,54*
Контрольна група, n=143	14,80± ±0,65	15,90± ±0,51	17,70± ±0,57	19,40± ±0,70	22,10± ±0,89*

Примітка. * — вірогідність різниці ($P < 0,05$).



низькі показники зросту, рідко трапляються високі та вкрай високі показники маси тіла, їм притаманний дисгармонійний фізичний розвиток із дефіцитом маси тіла по відношенню до зросту. Співвідношення шансів наявності низьких показників зросту, дисгармонійного фізичного розвитку з дефіцитом маси тіла у дітей із низькими показниками АТ становить відповідно 3,44 й 1,51; відносний ризик — 3,10 і 1,39 відповідно, атрибутивний ризик — 0,09 в обох випадках.

У дітей із пониженим АТ рідко відмічалися високі та вкрай високі показники маси тіла — у 1,3 %. Водночас переважна кількість дітей із середніми показниками АТ мають показники

фізичного розвитку, що відповідають середнім.

Порівняння показників фізичного розвитку дітей 3–7 років із нормотонією та гіпотензією показало достеменно більшу частоту відхилень у показниках зросту й індексу маси тіла у дітей із пониженими показниками АТ, що дає підставу використовувати отримані дані з метою покращання ранньої діагностики відхилень АТ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дроздова И. В. Методологические подходы к стратификации общего сердечно-сосудистого риска при артериальной гипертензии / И. В. Дроздова // Одеський медичний журнал. — 2008. — № 4. — С. 28-32.

2. Каладзе М. М. Реабілітація дітей з вегетосудинною дисфункцією в умовах санаторію / М. М. Каладзе,

Ю. В. Чабаненко // ПАГ. — 2001. — № 5. — С. 41-43.

3. Майданник В. Г. Стан вегетативного гомеостазу у дітей з артеріальною гіпотензією / В. Г. Майданник, М. В. Хайтович, Л. Я. Іванишин // ПАГ. — 2003. — № 2. — С. 20-24.

4. Маковкіна Ю. А. Поширеність вегетосудинної дисфункції за васкулярним типом у дітей шкільного віку з урахуванням їх соматотипу та рівня фізичного розвитку / Ю. А. Маковкіна, Л. В. Квашніна // ПАГ. — 2003. — Додаток до № 2. — С. 50-51.

5. Нечитайло Ю. М. Антропометрія та антропометричні стандарти у дітей / Ю. М. Нечитайло. — Чернівці : БДМА, 1999. — С. 92-131.

6. Стринадко М. М. Особливості морфофункціонального стану серцево-судинної системи у дітей дошкільного віку та скринінгові методи його оцінки : автореф. дис. ... на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук / М. М. Стринадко. — Тернопіль, 2006. — 20 с.

УДК 616.155.392.2.-053.2

В. Г. Фурман

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ЛЕЙКОЗ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Вступ

Проблема лікування дітей, хворих на гострий лейкоз (ГЛ), є однією з найбільш актуальних медико-соціальних проблем світового масштабу [1]. Негативна демографічна ситуація в Україні, високий рівень смертності й інвалідності дітей зі зловідомими новоутвореннями виводять питання дитячої лейкології за рамки суто медичних проблем і свідчать про їх загальнодержавний характер. Сьогодні накопичено великий клінічний матеріал, який свідчить про певні успіхи у терапії лейкозів [2]. Основні досягнення у цій галузі пов'язані з хімотерапією, що спрямована на повну ерадикацію пухлинного клону [3]. Незважаючи на те,

що збільшилося виживання дітей із ГЛ (з лімфобластними формами — до 75–80 %, з мієлобластними — до 40–45 %), залишається багато нерозв'язаних проблем, серед яких найбільш важливим є питання ранньої діагностики, профілактики та сучасної корекції ускладнень хімотерапії, які перешкоджають своєчасному проведеному передбачених програмою протоколів лікування, погіршують стан хворого і загальний прогноз захворювання [4].

Сучасні концепції діагностики та лікування лейкемії дитячого віку набули найбільш повного втілення у терапевтичних протоколах BFM, UCAL, POG та ін. (ГЛЛ ІК БФМ-2002, ГМЛ БФМ-98-2002, ALL-REZ-BMF

Pilot 02). Протоколи, що затверджені наказом МОЗ України № 364 від 20.07.2005 р., чітко регламентують специфічну діагностику та терапію, але внаслідок непередбачуваного спектра і тяжкості ускладнень при проведенні агресивної поліхіміотерапії, містять лише найбільш загальні положення програм супроводжувального лікування. Досягнення ремісії та підвищення відсотка довготривалого безподійного виживання значною мірою залежать від ефективності корекції ускладнень, які можуть бути фатальними. Це підтверджується тим, що протипухлинні препарати мають значні недоліки, до яких, у першу чергу, належить відсутність вибіркової дії тільки на пухлину.

