

// Curr. Med. Chem. – 2008. – Vol. 15, N 8. – P. 809–825.

3. *Гомеостаз* / под ред. П. Д. Горизонтова. – М. : Медицина, 1976. – С. 96.

4. *Acocella G. Clinical pharmacokinetics of rifampicin* / G. Acocella // Clin. Pharmacokinet. – 1978. – Vol. 3, N 2. – P. 108–127.

5. *Фармакотерапія* : в 2-х т. / Б. А. Самура, Л. Т. Малая, А. Д. Візір [та ін.] ;

за ред. акад. Б. А. Самури. – Х. : Прапор ; НХАУ, 2000. – Т. 1. – С. 372–375.

6. *On-line Mendelian inheritance in man* [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

7. *Laborde E. Glutathione transferases as mediators of signaling pathways involved in cell proliferation and cell death* / E. Laborde // Cell Death and Differentiation. – 2010. – Vol. 17, N 9. – P. 1373–1380.

8. *Overexpression of Glutathione S-Transferase α in Clear Cell Renal Cell Carcinoma* / S. Chuang, P. Chu, J. Sugimura [et al.] // Am. J. Clin. Pathol. – 2005. – Vol. 123, N 3. – P. 421–429.

9. *Distribution of glutathione S-transferase isoenzymes in human kidney: basis for possible markers of renal injury* / J. D. Hayes, D. J. Harrison, R. Kharbada [et al.] // J. Clin. Pathol. – 1989. – Vol. 42, N 6. – P. 624–628.

УДК 613.24-053.5(477.74):616-036.22

В. І. Величко, **І. Л. Бабій**, Т. В. Лучнікова, Я. І. Венгер

ДИТЯЧЕ ОЖИРІННЯ ЯК АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА СУЧАСНОЇ ПЕДІАТРИЧНОЇ ПРАКТИКИ: РЕЗУЛЬТАТИ МОНІТОРИНГУ В ОДЕСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Одеський національний медичний університет

Зміни нутриціологічного профілю дитячого населення, що відбулися протягом останніх років, значно підвищують ризик розвитку аліментарно-залежних захворювань, насамперед ожиріння [1]. Сьогодні у Великій Британії надмірну масу тіла мають 20 % дітей і підлітків, в Іспанії — 27 %, у Греції — 31 %, в Італії — 36 %, у Болгарії — 38 %, в Україні — 10–11 % [2–4]. Тенденція до зростання кількості дітей і підлітків із надмірною масою тіла є загальносвітовою, найвищі рівні поширеності ожиріння серед дітей і підлітків притаманні Самоа, США та Мексиці [4; 5]. На думку експертів, причинами цього є зміни укладу життя, насамперед характеру харчування та рухової активності, порушення балансу між надходженням та витратою енергії. Останніми роками відбувається значне зменшення фізичної активності дітей і підлітків — вони витрачають більше часу за телевизором, комп'ютером, менше займаються спортивними іграми. У сидячому положенні знижується основний обмін, крім того, під час перегляду телевізійних програм діти

вживають висококалорійні продукти (чіпси, шоколад, кока-колу, морозиво тощо). Не менш вагомими причинами є середовищні деструктивні впливи та зростання частоти в популяції несприятливих однонуклеотидних поліморфізмів генів, відповідальних за регуляцію енергетичного балансу, метаболізму інсуліну, глюкози, гормонів і ферментів, залучених у обмін речовин (*GAD2, Insig2, ADRB2, ADRB3, CPR24, CHRH1-2, DNA-PK, FTO, HMG1, FIT1, FIT2, NRXN3, MC-4, IKKE* та ін.) [6–8].

Мета дослідження — оцінка поширеності та захворюваності на ожиріння серед дитячого населення Одеської області.

Матеріали та методи дослідження

Проведено ретроспективний аналіз звітної документації Обласного управління охорони здоров'я та медицини катастроф (ОУОЗМК) Одеської області за 2007–2009 рр., одночасно — аналіз результатів власних скринінгових досліджень, проведених в Одесі протягом 2007–2009 рр., виконаних на репрезентативній

вибірці у 2667 дітей віком від 6 до 18 років. Отримані в результаті досліджень дані опрацьовували методами варіаційної статистики за допомогою пакета прикладних програм Statistica 7.0 (StatSoft Inc., США). Частоти зустрічальності кількісних і якісних ознак порівнювали за допомогою критерію χ^2 : для незалежних вибірок — за Pearson, для оцінки динаміки частотних показників застосовували Cochran Q-test [9].

Результати дослідження та їх обговорення

Ретроспективний аналіз медичної звітної документації ОУОЗМК Одеської області показав, що рівні захворюваності та поширеності аліментарно-конституційного ожиріння (шифр МКХ Е.66.0) у регіоні є відносно високими (табл. 1, 2). Так, серед дітей віком до 14 років рівень захворюваності у 2009 р. становив 9,67 випадку на 1000 населення, тобто 0,97 %, що у структурі загальної захворюваності на ендокринну патологію дорівнює 24,2 %.

Для порівняння захворюваність на ожиріння дітей ві-



Таблиця 1

**Захворюваність
на ожиріння
дітей Одеської області
(2007–2009 рр.)**

Нозологія, вікові групи	Захворюваність (на 10 000 насе- лення), випадків		
	2007 р.	2008 р.	2009 р.
Усі хвороби ендокрин- ної системи			
0–14 років	92,9	93,7	96,7
15–17 років	156,8	161,8	178,1
усього	107,3	108,5	113,4
Ожиріння			
0–14 років	19,2	20,7	23,4
15–17 років	26,8	32,8	40,1
усього	20,9	23,3	27,2

ком до 14 років в Україні є дещо вищою — 1,3 %. Привертає увагу стійка тенденція до збільшення кількості дітей, які хворіють на ожиріння, протягом останніх років. Зокрема, з 2007 по 2009 рр. рівень захворюваності серед дітей до 14 років збільшився на 21,9 % ($p < 0,05$), а серед підлітків 15–17 років — на 49,6 % ($p < 0,01$). Певною мірою такий суттєвий ріст пояснюється покращанням якості диспансеризації, раннім виявленням патології, однак такий рівень показника захворюваності свідчить і про надзвичайно високий ризик розвитку асоційованих з ожирінням захворювань у цих дітей у подальшому.

Подібні дані одержані і щодо показника поширеності ожиріння дітей в Одеській області (див. табл. 2).

Зважаючи на те, що поширеність ожиріння серед дітей віком до 14 років в Україні в середньому становить 97 випадків на 10 000 населення, наведені дані свідчать про диспропорцію у рівнях поширеності та захворюваності на ожиріння дитячого населення Одеської області ($Q = 14,8$; $df = 2$, $p < 0,05$). Це доводить небезпеку подальшого зростання рівнів за-

Таблиця 2

**Поширеність
ожиріння серед дітей
Одеської області
(2007–2009 рр.)**

Нозологія, вікові групи	Поширеність (на 10 000 насе- лення), випадків		
	2007 р.	2008 р.	2009 р.
Усі хвороби ендокрин- ної системи			
0–14 років	260,4	266,3	260,7
15–17 років	602,8	619,1	655,3
усього	337,6	342,8	341,6
Ожиріння			
0–14 років	68,2	71,2	74,9
15–17 років	134,5	142,1	168,1
усього	83,1	86,6	93,3

хворюваності на ожиріння та необхідність посилення уваги фахівців (педіатрів, сімейних лікарів, лікарів з гігієни дітей і підлітків) до проблеми профі-

лактики аліментарно-залежних захворювань.

Загалом, частота дитячого ожиріння у різних районах Одеської області була подібною та мало залежала від соціально-економічного розвитку відповідних регіонів. Водночас рівні поширеності та захворюваності на ожиріння у сільських районах Одеської області були нижчими щодо рівня по Одесі [10]. Це свідчить про необхідність розробки регіональної програми з профілактики ожиріння й інших аліментарно-залежних захворювань і про доцільність подальших досліджень у цьому напрямку.

При аналізі одержаних нами результатів (табл. 3) встановлено, що реальне поширення надмірної маси тіла й ожиріння у дітей Одеси є вищим від рівнів, вказаних у офіційних звітних документах, і відпо-

Таблиця 3

Результати скринінгових досліджень, абс. (%)

Вік, років	Стать	Дефіцит маси тіла	Нормальна маса тіла	Надмірна маса тіла	Ожиріння
6	Ч, n=105	9 (4,43)	41 (20,19)	31 (15,27)	7 (3,44)
	Ж, n=98	10 (4,93)	64 (31,52)	33 (16,25)	8 (3,94)
7	Ч, n=107	11 (5,31)	68 (32,85)	26 (12,56)	9 (4,34)
	Ж, n=100	10 (4,83)	52 (25,12)	21 (10,14)	10 (4,83)
8	Ч, n=103	11 (5,44)	43 (21,28)	26 (12,87)	14 (6,93)
	Ж, n=99	6 (2,97)	77 (38,11)	16 (7,92)	9 (4,45)
9	Ч, n=98	8 (3,80)	66 (31,42)	21 (10,00)	9 (4,28)
	Ж, n=112	8 (3,80)	72 (34,28)	18 (8,57)	8 (3,80)
10	Ч, n=107	8 (3,75)	60 (28,16)	20 (9,38)	13 (6,10)
	Ж, n=106	9 (4,22)	72 (33,80)	21 (9,85)	10 (4,69)
11	Ч, n=108	7 (3,22)	78 (35,94)	21 (9,67)	5 (2,30)
	Ж, n=109	10 (4,60)	62 (28,57)	19 (8,75)	15 (6,91)
12	Ч, n=105	6 (2,89)	61 (29,46)	9 (4,34)	8 (3,86)
	Ж, n=102	8 (3,86)	92 (44,44)	16 (7,72)	7 (3,38)
13	Ч, n=98	7 (3,51)	76 (38,19)	8 (4,02)	6 (3,01)
	Ж, n=101	8 (4,02)	77 (38,69)	14 (7,03)	3 (1,50)
14	Ч, n=104	7 (3,34)	89 (42,58)	7 (3,34)	4 (1,91)
	Ж, n=105	9 (4,30)	75 (35,88)	10 (4,78)	8 (3,82)
15	Ч, n=111	10 (4,54)	77 (35,00)	17 (7,72)	4 (1,81)
	Ж, n=109	8 (3,63)	90 (40,90)	8 (3,63)	6 (2,72)
16	Ч, n=99	3 (1,53)	75 (38,26)	12 (6,12)	8 (4,08)
	Ж, n=97	10 (5,10)	78 (39,79)	5 (2,55)	5 (2,55)
17	Ч, n=96	4 (2,16)	68 (36,75)	8 (4,32)	4 (2,16)
	Ж, n=89	6 (3,24)	80 (43,24)	10 (5,40)	5 (2,70)
18	Ч, n=101	7 (3,51)	69 (34,67)	11 (5,52)	8 (4,02)
	Ж, n=98	6 (3,01)	75 (37,68)	13 (6,53)	10 (5,02)



відає даним, одержаним в інших східноєвропейських країнах.

Так, поширеність надмірної маси тіла й ожиріння у дітей Одеси за власними спостереженнями становить 24,31 %, що відповідає світовій тенденції та значно перевищує показники за даними офіційних статистичних документів.

Висновки

1. Захворюваність дітей на ожиріння в Одеській області незначно перевищує національні показники (27,2 проти 26,0 випадку на 10 000 дитячого населення).

2. Поширеність ожиріння серед дітей і підлітків у Одеській області нижча за національні показники (відповідно 93,3 і 97,0 випадку на 10 000 населення). Найвищі рівні поширеності ожиріння притаманні Одесі, Фрунзівському, Савранському й Ананьївському районам Одеської області.

3. Диспропорція у рівнях поширеності та захворюваності на ожиріння дитячого населення Одеської області ($Q=14,8$; $df=2$, $p<0,05$) свідчить про небезпеку подальшого зростання рівнів захворюваності на ожиріння та про необхідність розробки регіональної програми з профілактики аліментарно-залежних захворювань серед дітей і підлітків.

4. Реальний рівень поширеності надмірної маси й ожиріння серед дітей шкільного віку у Одесі перевищує 24 %, що відповідає рівню європейських країн.

ЛІТЕРАТУРА

1. Петеркова В. А. Ожирение в детском возрасте / В. А. Петеркова, О. В. Ремизов // Ожирение ; под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. – М. : Медицинское информационное агентство, 2004. – 456 с.

2. *Modern Nutrition in Health and Disease* / ed. by M. E. Shils, M. Shike, A. C. Ross [et al.]. – 10 ed. – Lippincott Williams & Wilkins, 2005. – 2146 p.

3. *Insel P. M. Nutrition* / P. M. Insel, R. E. Turner, D. Ross. – 3 ed. – Jones

and Bartlett Publishers, 2007. – 1024 p.

4. *Lobstein T. Obesity in children* / T. Lobstein // *BMJ*. – 2008. – Vol. 337. – P. 669.

5. *Pretlow R. A. Overweight and obesity in childhood* / R. A. Pretlow // *Pediatrics*. – 2008. – Vol. 122 (2). – P. 476.

6. *Молекулярна епідеміологія* / В. М. Запорожан, Ю. І. Бажора, В. Й. Кресюн [та ін.]. – Одеса : ОДМУ, 2010. – 314 с.

7. *Кравченко А. Г. Физическое развитие населения Юга Украины в начале XXI столетия. Региональные нормативы, оценочные таблицы и методика пользования ими* / А. Г. Кравченко. – Одесса : Астропринт, 2009. – 120 с.

8. *Social-environmental factors associated with elevated body mass index in a Ukrainian cohort of children* / L. S. Friedman, E. M. Lukyanova, A. Serdiuk [et al.] // *Int. J. Pediatr. Obes.* – 2009. – Vol. 4 (2). – P. 81–90.

9. *Антомонов М. Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных* / М. Ю. Антомонов. – К., 2006. – 558 с.

10. *The analysis of schoolchildren growth development* / V. I. Velichko, I. V. Savytskyi, I. L. Babiy, L. I. Zasyпка // *Proceedings of 20th ECOG congress. Brussels, 17–20 November 2010*. – Brussels, 2010. – P. 58.

УДК 616.831-006.484:616-08-039.73

О. Я. Главацький, Ахмад Хасан, Я. П. Зінкевич

АД'ЮВАНТНА ПОЛІХІМІОТЕРАПІЯ В КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ ЗЛОЯКІСНИХ ГЛІОМ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова НАМН України, Київ

Проблема лікування злоякісних пухлин головного мозку досі залишається нерозв'язаною. Особливого драматизму вона набуває в неоперабельних випадках з огляду на недосяжність цих пухлин для хірургічних втручань через їх локалізацію. У цьому разі перспективним напрямком залишаються тільки променева та хіміотерапія. Консервативна тактика та вибір методики лікування великою мірою залежать від гістобіологічних особливо-

стей гліальної пухлини, тобто від її гістологічного субтипу. Золотим стандартом у верифікації гістоструктури гліом залишається стереотаксична біопсія (СТБ) пухлини, що останнім часом широко застосовується в практиці нейроонкології. Методика зовнішньої фракційної променевої терапії, як правило, полягає в опроміненні по 2 Гр на добу до сумарної дози опромінення в 60–65 Гр. Можливість радіомодифікації з метою підвищення її ефек-

тивності значно розширилася з появою нових цитостатиків [1]. Натомість щодо ад'ювантної поліхіміотерапії не існує єдиної думки з приводу її ефективності, і роль її в лікуванні злоякісних гліом мозку залишається маловивченою [2; 3]. Обґрунтуванням до застосування поліхіміотерапії є розвиток наших уявлень про клітинний цикл і його особливості в пухлинних клітинах. У реальних умовах злоякісні пухлини — це десинхронізована по-

