

- Сб науч. тр./Ленингр.НИИ гематологии и переливания крови. - Л.,1991. - С.38-52.
8. Colman R.W., Smith J.B. Methods for studying platelets and megakaryocytes. - New York:Liss,1987. - 308 p.
  9. Kubisz P., Hrubiskova K., Parizek M., Holan J. Trombociti a trombocytopathie. - Martir:Osveta,1987. - 302 s.
  10. Дайхин Е.И., Федюшкина Н.А., Гусейнов А.Т. Клиническое значение исследования фактора активации тромбоцитов:Обзор //Вопр.мед.химии, 1989. - № 2. - С.10-16.

УДК 616-007-053.1: 502 (477)

## АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРИРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ В ОКРЕМИХ РЕГІОНАХ УКРАЇНИ

*Т.Л.Ринжук, асист.; А.М.Романюк, проф.; І.М.Лукавенко, студ.*

Природжені вади розвитку (ПВР) є великою та гетерогенною групою природженої патології, що об'єднує сотні нозологічних форм, різних за етіологією, морфологією, поширеністю та прогнозом для життя. Саме ця група захворювань поки що мало піддається лікуванню та своєчасній діагностиці і займає одне з чільних місць у структурі дитячої захворюваності, інвалідності та смертності [1]. Екологічна ситуація, що на сьогоднішній день склалася в окремих регіонах нашої країни, характеризується накопиченням та взаємодією багатьох негативних факторів фізичної, хімічної та біологічної природи, які, безумовно, впливають на стан здоров'я населення і призводять до зростання захворюваності, смертності від різних видів патології, зокрема, від ПВР [2, 3].

Поширеність різних форм ПВР у регіонах України неоднакова, що зумовлюється етнічними та генетичними особливостями в популяції, різним рівнем діагностики ПВР та неоднаковим впливом факторів зовнішнього середовища на формування вад розвитку. Наприклад, природжена гідроцефалія у Чернігівській, Черкаській, Херсонській, Волинській, Кіровоградській, Рівненській та Сумській областях зустрічається з частотою відповідно 1,13; 1,08; 1,00; 0,86; 0,8; 0,54; 0,55 на 1000 новонароджених проти середньої частоти на Україні - 0,37 [4]. Якщо проаналізувати показники такої групи ПВР, як редуційні вади кінцівок, у походженні якої мутагенний компонент докільді вважається більш вагомим, ніж для інших ПВР, то різниця між Полтавською і Сумською областями становить 11 разів (0,05 на 1000 новонароджених і 0,55 на 1000 новонароджених відповідно) [4]. За даними Європейського регіонального бюро ВОЗ, із 1000 новонароджених в Європі у 30 зустрічаються ПВР. За даними медичної статистики на Україні у різних областях частота народжуваності дітей з ПВР коливалася між 5,9 і 40,6 на 1000 новонароджених [4, 5].

Враховуючи таку широту коливань ПВР в Україні, а також те, що у Сумській області до цього часу практично не застосовувався комплексний підхід до вивчення епідеміології, структури та динаміки різних форм ПВР та їх впливу на стан здоров'я і смертність населення області, актуальність цієї проблеми не викликає сумнівів. Крім того, вивчення частоти, поширеності, структури природжених вад у динаміці, їх виникнення у різних регіонах України дозволяє оцінити екологічну залежність цієї патології і дає можливість розглядати ці показники як маркери екологічних негараздів.

Динаміка змін довкілля викликає обґрунтоване занепокоєння. Забруднення навколишнього середовища в усьому світі, і в Україні теж досягло неприпустимо високого рівня і продовжується прискореними темпами [6-8]. Багато різноманітних синтетичних, хімічних продуктів, сполук і речовин, що виробляються промисловістю, мають доведену мутагенну і тератогенну активність. Патологічні процеси торкаються молекулярного рівня діяльності клітини, і що найбільш важливо, її генетичного апарата [3,9,10].

Таблиця 1 - Частота виявлених природжених вад розвитку (ПВР) в районах Сумської області за період 1995 - 1997рр. (на 1000 новонароджених, ‰)

Район	1995	1996	1997
Середино-Будський	6,82	7,7	7,63
Ямпільський	6,91	7,37	6,89
Шосткинський	8,96	8,79	9,40
Глухівський	5,96	5,37	5,85
Кролевецький	4,10	4,23	4,27
Путивльський	3,16	2,96	2,98
Конотопський	6,95	8,07	8,28
Вуринський	2,84	2,46	2,38
Білопільський	4,47	4,62	4,78
Роменський	6,28	6,15	6,22
Недригайлівський	2,08	2,63	2,96
Линіводолинський	1,90	1,96	2,12
Лебединський	6,39	7,18	6,92
Краснопільський	5,80	5,42	5,62
Тростянецький	5,32	5,10	5,26
Охтирський	6,82	6,90	7,18
Великописарівський	2,40	2,69	2,58
Сумський	7,90	7,96	8,22
В цілому по області	5,28	5,42	5,53

Метою даного дослідження, виходячи з актуальності вищезгаданих проблем, було вивчення структури, розповсюдженості, епідеміології та динаміки ПВР у Сумській області та порівняння цих показників з аналогічними в інших регіонах України. Епідеміологію, структуру, динаміку ПВР вивчали в усіх 18 районах Сумської області, в містах Суми, Полтава, Харків. Значна частина досліджень проведена ретроспективно, на основі вивчення та аналізу архівних даних Сумського обласного патологоанатомічного бюро (СОПАБ), Харківського перинатального центру, Полтавського патологоанатомічного бюро та патологоанатомічних відділень центральних районних лікарень (ЦРЛ) Сумської області (в 11 районах, де такі відділення функціонують), за 3 роки (1995-1997 рр.). Всього за період з 1995р. по 1997 р. по Сумській області було проаналізовано 2574 протоколи патологоанатомічного розтину мертвонароджених та дітей, що померли до 1 року. ПВР були виявлені у 316 дітей. Розтини проводилися у всіх випадках смерті дітей з ПВР. Матеріали дослідження обробляли за допомогою стандартних статистичних методів. Частота ПВР визначалась із розрахунку на 1000 народжених (враховуючи мертво- та живонародженість, ‰). Питома вага окремих видів аномалій у структурі ПВР вираховувалась в процентах (%).



Для проведення аналізу поширеності ПВР на території Сумщини, Полтави, Харкова нами була визначена частота, з якою природжені вади зустрічаються в усіх районах нашої області та згаданих містах. Було виявлено, що цей показник дуже неоднорідний, і відмічаються значні відмінності частоти ПВР, наприклад, у таких районах Сумської області, як Липоводолинський та Шосткинський. Ця різниця має місце протягом всього періоду спостережень і становить: у 1995р. – 1,90‰ та 8,96‰; у 1996р. – 1,96‰ та 8,79‰; у 1997р. – 2,12‰ та 9,40‰ у Липоводолинському та Шосткинському районах відповідно. Загальна частота ПВР по області за цей період становила відповідно 5,28‰ та 5,42‰ і 5,53‰. Видно, що сумарна частота ПВР на Сумщині має тенденцію до поступового зростання. Всі дані щодо частоти виявлених в області ПВР відображені в таблиці 1.

З таблиці 1 видно, що частота ПВР вища за середньообласний показник у Середино-Будському, Ямпільському, Шосткинському, Конотопському, Роменському, Лебединському, Охтирському, Сумському районах. Привертає увагу те, що у цих районах підвищення частоти ПВР має місце протягом усіх 3 років, за які проводився аналіз. Крім того, відмічається тенденція поступового зростання частоти ПВР. Стабільно високою частота ПВР є в Шосткинському районі (8,96‰; 8,79‰; 9,40‰ з 1995р. по 1997р.).

Таблиця 2 - Структура ПВР у Сумській області в період 1995-1997 рр.

Нозологічна форма	1995		1996		1997	
	абс.кільк.	%	абс.кільк.	%	абс.кільк.	%
Вади розвитку центральної нервової системи	25	24,51	27	25,71	24	22,02
Вади розвитку серцево-судинної системи	27	26,47	28	26,67	27	24,77
Множинні вади розвитку	16	15,68	18	17,14	17	15,59
Вади розвитку шлунково-кишкової системи	11	10,78	11	10,48	12	11,01
Вади розвитку органів дихання	6	5,88	5	4,76	6	5,51
Вади розвитку сечовивідної системи	9	8,82	10	9,52	12	11,01
Вади розвитку кістково-м'язової системи	3	2,94	3	2,85	5	4,59
Вади обличчя та шиї	3	2,94	1	0,97	3	2,75
Інші	2	1,98	2	1,90	3	2,75
Всього	102	100	105	100	109	100

Структура ПВР в області теж є неоднорідною. За матеріалами розтинів померлих дітей питома вага ПВР по Сумській області становить 29,4% в середньому за період 1995-1997рр. У структурі всіх ПВР, що були виявлені за цей час, провідне місце займають вади розвитку центральної нервової системи (24,53%), серцево-судинної системи (26,51%); множинні вади розвитку (16,61%). Доволі частими є також вади розвитку шлунково-кишкового тракту (10,60%) та сечовивідної системи (9,02%).

Розподіл окремих видів природжених аномалій у структурі ПВР відображено в таблиці 2. З таблиці 2 видно, що протягом періоду спостереження відбувалося поступове зростання загальної кількості ПВР у Сумській області. Суттєвих змін у структурі ПВР не відбулося протягом 3



років: на I місці були вади серцево-судинної системи; на II – вади розвитку центральної нервової системи; на III - множинні вади розвитку.

Слід відзначити стабільну тенденцію до зростання питомої ваги вад сечовивідної системи у структурі ПВР. Крім того, в 1997р. спостерігається невелике зниження кількості вад центральної нервової системи, а вади кістково-м'язової системи зустрічалися дещо частіше, ніж у попередні роки в цілому по області.

Крім територіальної структури ПВР, нами було досліджено розподіл різних видів ПВР у вікових групах. Дані цих спостережень подані у табл. 3.

*Таблиця 3 - Питома вага окремих видів аномалій розвитку у структурі ПВР Сумської області за різними віковими групами за 1995-1997рр. (%)*

Нозологічна форма	Мертвона-роджені	Померлі до 7 діб	Померлі від 7 діб до 1 року
Вади розвитку центральної нервової системи	14,98	4,40	17,11
Вади розвитку серцево-судинної системи	14,10	26,01	35,79
Множинні вади розвитку	54,63	36,26	23,42
Вади розвитку шлунково-кишкового тракту	0,88	16,48	11,05
Вади розвитку органів дихання	5,73	5,13	0,53
Вади розвитку сечовивідної системи	3,96	4,76	5,79
Вади кістково-м'язової системи	1,76	3,66	3,95
Вади обличчя та шиї	1,76	0,37	1,84
Інші	2,20	2,93	0,53
Всього	100	100	100
Питома вага ПВР у цілому по віковій групі	14,53	16,96	22,10

Аналізуючи зміни у структурі ПВР протягом 1-го року життя, слід відмітити значні зміни показників у різних вікових групах. Встановлено, що серед мертвонароджених питома вага ПВР у структурі летальності становила 14,53%, серед перинатально померлих - 16,96%, серед дітей, що померли до 1 року - 22,10%. Тобто спостерігається зростання ПВР серед причин летальності за віковими групами.

Крім того, у структурі самих аномалій розвитку також відбуваються цікаві зміни. Так, якщо серед мертвонароджених дітей із ПВР більше 50% припадало на множинні вади розвитку і по 14% на вади центральної нервової та серцево-судинної систем, то серед дітей, що померли у постнатальному періоді, кількість множинних вад, а також аномалій органів дихання значно зменшилася, а кількість вад серцево-судинної та шлунково-кишкового тракту збільшилася. Треба відзначити, що саме такий характер динамічних змін у віковій структурі ПВР встановлений практично для всіх районів Сумської області незалежно від територіальних особливостей поширеності ПВР.

Нами були проаналізовані дані перинатальних розтинів в обласних патологоанатомічних бюро м. Полтави, Сум та міського перинатального центру м. Харкова за період 1995-1997рр. Враховувалася загальна кількість виявлених природжених вад розвитку та питома вага окремих видів ПВР та їх місце в структурі перинатальної смертності.



Дані, одержані нами в результаті досліджень, свідчать про те, що питома вага ПВР у перинатальному періоді складає: в м. Сумах – 29,6%; у м. Харкові – 30,9%; в м. Полтаві – 26,8%.

Протягом 3 років питома вага ПВР у Сумах у цілому серед перинатальної патології лишається відносно стабільною, але відбуваються значні зміни в структурі вад розвитку. Так, у 1995 і 1996р. на I місці стояли множинні вади розвитку, а в 1997р. їх кількість зменшилася, і в структурі ПВР вони посіли III місце. Привертає увагу зростання кількості вад серцево-судинної та сечовивідної систем. У цих групах відбулося значне збільшення показників: з 1995 по 1997 р. особливо зросла питома вага вад сечовивідної системи (майже в 2 рази). А аномалії серцево-судинної системи з III місця в 1995р. вийшли на I місце в 1997р. Аналізуючи структуру ПВР у перинатальному періоді за 1995-1997р. у м. Сумах в цілому, слід відзначити, що в групу домінуючих вад протягом усіх 3 років входять такі: множинні вади розвитку, вади серцево-судинної та центральної нервової системи з коливанням частот у різні роки.

Аналізуючи матеріали розтинів, проведених у перинатальному центрі м.Харкова за 1995-1997рр., ми відмітили значні розбіжності у структурі перинатально виявлених ПВР порівняно з м. Суми. Так, на I місці протягом усього періоду спостереження знаходяться множинні вади розвитку, на II - вади розвитку центральної нервової системи, на III - вади органів шлунково-кишкового тракту (в 1995 і 1997р.) та вади розвитку кістково-м'язової системи ( в 1996р.). Значно рідше, ніж у м. Сумах, зустрічалися вади серцево-судинної та сечовивідної системи. Загальний рівень ПВР у перинатальному періоді становить 30,9%, що майже не відрізняється від аналогічного показника в м. Сумах.

Аналіз перинатально виявлених ПВР у Полтаві за 1995-1997 рр. показує, що питома вага природжених аномалій у структурі перинатальної патології становить 26,8%. Цей показник дещо нижчий від аналогічного по Сумах та Харкову. Результати досліджень говорять про те, що в Полтаві провідне місце серед природжених вад розвитку займає патологія органів дихання, на відміну від м. Сум та м. Харкова. Слід відзначити, що тенденція значного переважання цієї групи ПВР зберігається протягом усього періоду спостереження. Частота вад розвитку серцево-судинної системи теж є доволі високою і знаходиться на I місці серед усіх ПВР у 1996 і 1997 рр., до того ж просліджується тенденція до зростання цієї патології (як і в м. Сумах). До групи домінуючих вад розвитку входять також множинні вади та вади центральної нервової системи, що займають II – III місце впродовж періоду спостереження. Привертає увагу також зростання частоти вад сечовивідної системи з 5,5% у 1995р. до 13,6% у 1997р. Ці зміни в структурі ПВР подібні до тих, що просліджуються в м. Сумах за даними перинатальних розтинів.

Виявлена закономірність у динаміці структури ПВР може бути корисною для лікарів-педіатрів, лікарів ультразвукової діагностики та патологоанатомів у їхній практичній роботі. Крім того, і це підтверджено матеріалами нашої роботи, ця проблема не належить до суто медичних, а тісно пов'язана з питаннями соціології, демографії, екології та ін. Так, за нашими даними, за період 1995-1997рр. у Сумській та Полтавській областях, у м. Харкові спостерігається поступове зростання загальної частоти ПВР, що пояснюється як поліпшенням діагностики природжених аномалій, так і посиленням впливу факторів, що мають значення в етіології виникнення ПВР. Іншими словами, динаміка змін цього показника свідчить про погіршення екологічної ситуації в області.



Аналіз поширеності ПВР дозволив визначити райони Сумської області, в яких цей показник вищий за середньопопуляційний рівень. Привертає увагу компактне розташування районів: Середино-Будського, Ямпільського, Шосткинського на півночі області; Роменського, Конотопського на заході; Сумського, Лебединського, Охтирського районів у центрально-південній частині області. Можливо, такий територіальний розподіл свідчить про спільність екологічної ситуації, генетично-демографічних показників та етносоціальних процесів у цих районах. Крім цього, такі районні центри, як Шостка, Конотоп, Охтирка, Ромни є найбільш промислово розвиненими в області, рівень медичної допомоги у цих районах дещо вищий порівняно з іншими, і тому рівень діагностики у них кращий.

Відмінності у структурі ПВР по районах Сумської області можуть свідчити про неоднорідність екологічної ситуації в регіоні. Таким чином, показано, що на території області діють різні за природою, походженням і концентрацією у навколишньому середовищі фактори, що і обумовлює значну різницю у структурі ПВР по районах.

Слід зазначити, що загальний рівень ПВР у структурі перинатальної патології в м. Сумах ближчий до такого у м. Харкові (29,6% та 30,9% відповідно), а в Полтаві він дещо нижчий і складає 26,8%. Все вищезначене добре ілюструє неоднорідність розподілу різних груп ПВР навіть у близько розташованих регіонах, що може свідчити про різну екологічну ситуацію у згаданих обласних центрах і вимагає різних, конкретно визначених для даної місцевості, шляхів комплексної профілактики ПВР.

Таким чином, результати роботи дозволяють цілком обгрунтовано припустити, що динамічне спостереження та облік таких показників, як частота, поширеність, структура ПВР дозволяє застосувати їх у комплексній оцінці стану здоров'я популяції залежно від регіонів. Сучасне становище довкілья в Сумській області, у м. Харкові, в Полтаві характеризується складною взаємодією численних негативних зовнішніх факторів різноманітної природи. Вони не тільки несприятливо впливають на стан здоров'я людини, на тривалість життя, але й мають мутагенну та тератогенну активність. Патологічні процеси, що виникають внаслідок дії екоотоксикантів, відбуваються на різних рівнях формування організму і призводять до порушень морфогенезу окремих органів та тканин на етапі внутрішньоутробного розвитку. Результатом є виникнення природжених вад розвитку. Погіршення екологічної ситуації потребує пошуку нових підходів до оцінки репродуктивного становища у популяції, перспектив розвитку негативних процесів і прогнозування демографічних тенденцій. Нагальною потребою сучасної медицини є розробка нових шляхів профілактики ПВР, удосконалення діагностики різних видів природженої патології.

## SUMMARY

*In work are represent the results of study of structure, frequency, dynamics of birth defects of development in some regions of Ukraine as a markers of ecologic situation.*

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Барияк І.Р., Гнатейко О.З. Стан генофонду населення України: проблеми і шляхи його поліпшення // Здоров'я та відтворення народу України: Матеріали наукової конференції. Київ, 1991.- Київ: Здоров'я, 1991.- С.116-120.
2. Ромадина О.В. Преконцепционная профилактика ВПР в условиях современной экологической ситуации // Автореф. дис....канд.мед.наук.-Харьков, 1994.-С.23
3. Сердюк А.М., Барияк І.Р., Тимченко О.І. та ін. Проблеми епідеміології спадкових хвороб



- та природжених вад розвитку в Україні // Лікарська справа.-1995.-№7-8.-С.3-6.
4. Бариляк І.Р. Шляхи поліпшення медико-генетичної допомоги населенню України // ПАГ.-1994.-№2,С.3-6.
  5. Давидов Л.Я., Гнатейко О.З., Гаврилюк Ю.Й. та ін. Аналіз даних про множинні природжені вади розвитку на Львівщині та їх зіставлення з даними про природжені вади розвитку // ПАГ.-1995.-№4.-С.35-37.
  6. Иванов В.П., Чурносов М.И., Кириленко А.И. Врожденные пороки развития, отрицательно влияющие на жизнеспособность детей Курской области // Архив.патологии.-1997.-№2.-С.46-48.
  7. Антипенко Е.М., Олексієнко П.Л., Когут Н.М. Результати генетичного моніторингу, проведеного у трьох містах України у зв'язку з забрудненням навколишнього середовища // Здоров'я та відтворення народу України: Матеріали наукової конференції. Київ, 1996.- Київ: Здоров'я, 1996.-С.130-134.
  8. Гречанина Е.Я., Песочина Э.Я., Антипенко Е.Н. и др. Генетический мониторинг множественных врожденных пороков развития: Метод. рекоменд.-Харьков, 1994. - 19 с.
  9. Savard S., Otson R., Douglas Y.R. Mutagenicity and chemical analysis of sequential organic extracts of airborne particulates // Mutat. Res. Rev. Yenet. Toxicol.-1996.-276.-№1.2.-p.101-115.

УДК 616.33/.34-036.12-053.2-085.832.9-036.8

### ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА У ДЕТЕЙ, ПОЛУЧИВШИХ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ РЕКТАЛЬНУЮ ГИПОТЕРМИЮ

*В.М.Савво, доц.*

*(Харьковская медицинская академия последипломного обучения)*

С 1987 года на базе кафедры детской гастроэнтерологии Харьковской медицинской академии последипломного обучения с успехом применяется разработанный нами метод ректальной гипотермии (РГ), включенный в комплекс лечения хронических заболеваний желудка и кишечника у детей с помощью аппарата "Север-01". В основу метода вошли результаты клинико-экспериментальных исследований [1-6], свидетельствующие о достаточно сильном рефлекторном действии холода (РГ) путем раздражения нервных окончаний прямой кишки на различные уровни вегетативной нервной системы и органы параллельной иннервации, приводящие к развитию рефлекторной ваготомии. Предложенный метод был применен у 107 детей с хроническим гастродуоденитом в стадии обострения. Непосредственные результаты лечения детей с применением РГ в стационаре не дают полного представления о продолжительности терапевтического эффекта. С этих позиций изучение отдаленных результатов терапии представляет интерес.

#### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Целью работы явилось изучение отдаленных результатов применения РГ в комплексе лечения хронического гастродуоденита и сравнении результатов с группой больных, получивших традиционную терапию.

#### ОБЪЕКТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Наблюдение в катамнезе осуществлялось за 62 детьми на протяжении 3 лет. 44 ребенка, составившие основную группу, получали в комплексе лечение РГ, 18 детей - лечение традиционными способами, составили контрольную группу. Всем детям после приглашения в клинику с привлечением гастроэнтерологов-терапевтов проводилось комплексное гастроэнтерологическое обследование (включая анамнестическое и клиническое), определение кислотообразующей функции желудка методом