

25. Philip O. Gastroesophageal reflux disease — state of the Ari Rev / O. Philip // Gastroenterol. Disord. — 2001. — Vol. 1, N 3. — P. 128-138.

26. Upper gastrointestinal in the elderly: report of a meeting held at Vicenza, Italy, on 20 March 1998 / A. Pilotto, F. DiMario, P. Malfertheiner [et al.] // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. — 1999. — Vol. 11. — P. 801-808.

27. Quigley E. M. Factors that influence therapeutic outcomes in symptomatic gastroesophageal reflux disease / E. M. Quigley // Am. J. Gastroenterol. — 2003. — Vol. 98 (3). — P. 24-30.

28. Spechler S. J. Epidemiology of gastro-oesophageal history of gastro-oesophageal reflux disease / S. J. Spechler // Digestion. — 1992. — Vol. 51. — Suppl. 1. — P. 24-29.

29. Testoni P. A. Gastroesophageal Reflux Disease. Etiopathogenesis and Clinical Manifestations / P. A. Testoni // Gastroenterology International. — 1997. — Vol. 10. — Suppl. 2. — P. 14-17.

30. Testoni P. A. Medical Indications to Antireflux Surgery in Gastroesophageal Reflux Disease / P. A. Testoni // Gastroenterology International. — 1997. — Vol. 10. — Suppl. 2. — P. 32-33.

УДК 616-007-053.1:616-055.52-07

I. В. Руденко

АНАЛІЗ МЕДИЧНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ БАТЬКІВ, У ЯКИХ НАРОДИЛИСЯ ДІТИ З ПРИРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ РОЗВИТКУ

Одеський державний медичний університет

Природжені вади розвитку є серйозною проблемою сьогодення. Незважаючи на плідну роботу науковців з вивчення питань, пов'язаних з народженням дитини з вадами розвитку, питома вага цієї патології залишається високою і не має тенденції до зниження, що пояснює актуальність теми, яка вивчається [1].

Згідно з даними Міжнародного центру EUROCAT, за останні 20 років частота виявлення природжених вад у новонароджених зросла і коливається в широкому діапазоні — від 10,3 до 32,3 на 1000 немовлят. Середня кількість зареєстрованих природжених вад в Україні — 29 на 1000 немовлят. У структурі захворюваності дітей України природжені вади становлять 0,5 % спостережень.

Частота реєстрації природжених вад розвитку залишається високою на фоні економічної кризи, антропогенного забруднення довкілля. Швидко змінювані екологічні умови негативно позначаються на адаптативних механізмах організму людини в конкретних умовах мешкання і можуть впливати як на антропологічні показники, так і на енергетичні процеси,

специфіку метаболізму, генетичний апарат клітини [2].

Адаптивні зміни, що відбуваються під впливом факторів зовнішнього середовища, зберігають основні генетичні ознаки індивідуума [3]. Механізми регуляції процесів раннього періоду розвитку організму перебігають за єдиними схемами.

Епігенетичні механізми регуляції в період раннього ембріогенезу проявляються неспецифічними реакціями, які можуть спостерігатися в одному або кількох поколіннях [4] і проявлятися природженими вадами розвитку.

Все вищезазначене пояснює наш інтерес до теми, що вивчається.

Мета дослідження — вивчення особливостей акушерсько-гінекологічного, екологічного, соціального та загального анамнезу життя з урахуванням можливого впливу на організм обох батьків агресивних факторів довкілля як можливих причин природжених вад у їхніх дітей.

Матеріали та методи дослідження

Проведено визначення факторів, притаманних розвитку при-

роджених вад у дітей та виникненню акушерських і перинатальних ускладнень.

Результати дослідження та їх обговорення

Ретроспективно та проспективно проведено клініко-статистичний аналіз медичної документації (обмінна картка вагітної, історія пологів, історія розвитку новонародженого, протоколи гістоморфологічного дослідження плацент) 300 жінок, мешканок міста Одеси та Одеської області, які народили живими дітей з природженими вадами розвитку, за 2004–2007 рр.

Проспективно обстежено 100 чоловіків — батьків дітей, що народилися з природженими вадами розвитку.

Згідно з даними статистичного аналізу вивчених документів, 220 (73,3 %) жінок мешкають в Одесі. Із них народилися і постійно мешкають у місті 120 (54,5 %). За районами міста: 82 (37,3 %) матері мешкають в Приморському, 60 (27,3 %) — у Київському, 59 (26,8 %) — у Суворовському і 19 (8,6 %) — в інших районах Одеси.

Центральна частина Приморського та спальні зони Київсько-



го району міста характеризуються високою потужністю автомобільного транспорту цілодобово. Промислові території Приморського і Суворовського районів добре відомі значним екологічним навантаженням на довкілля.

Згідно з даними гігієнічного картографування місцевості, вміст токсичних металів у воді, повітрі, ґрунті коливається в широкому діапазоні. Найвищі рівні забруднення зафіксовано в промислових зонах Приморського і Суворовського районів [5]. Питна вода непридатна до вживання без фільтрації.

Із загальної кількості обстежених 160 (72,7 %) жінок мешкають у Одесі понад 10 років. Батьки переважної більшості спостережуваних народилися і мешкають у різних районах Одеської області.

Серед обстежуваного контингенту 23 (7,7 %) мешкають у Б.-Дністровському, 18 (6 %) — у Котовську, 20 (6,7 %) — в Ізмаїлі, 19 (6,3 %) — у Роздільній (рис. 1).

Природжені вади розвитку в сім'ях дітей трапилися вперше. Не було природжених вад розвитку у дітей батьків і близьких родичів.

Кожний із зазначених районів має свою промислову зону та особливості водопостачання.

Згідно з даними медичної статистики, щороку у мешканок цих районів народжуються діти з вадами розвитку.

Питома вага виявлення природжених вад розвитку коливається в діапазоні від 1,6 % (2004 р.) до 1,96 % (2007 р.).

Переважає більшість жінок — 207 (69 %) — була у віці найвищої репродуктивної активності — від 21 до 29 років. Молодше 20 років були 41 (13,7 %) і старше 30 років — 52 (17,3 %) жінки (рис. 2).

Пологи у жінок віком до 20 років за 2004–2007 рр. становили 16 (39,0 %); 12 (29,3 %); 7 (17,1 %); 6 (14,6 %) відповідно. Частота пологів у жінок віком понад 30 років зростала і становила відповідно за роками: 9 (17,3 %); 11 (21,2 %); 14 (26,9 %); 18 (34,6 %).

Із загальної кількості жінок домашніх господарок було 173

(57,7 %), службовців — 54 (18 %), студенток — 71 (23,7 %), без певного роду занять — 2 (0,7 %) особи.

Жодна з жінок не мала контактів із токсичними речовинами. Серед професійних шкідливостей слід відмітити сидячу роботу, роботу за комп'ютером, психоемоційне навантаження.

Шлюб був зареєстрований у 267 (89 %) жінок.

Розподіл жінок за кількістю вагітностей показав, що перша вагітність була у 27 (9 %), друга — у 201 (67 %), третя — у 43 (14,3 %), четверта і більше — у 29 (9,7 %).

Перші пологи були у 149 (49,7 %), другі — у 118 (39,3 %), треті та більше — у 33 (11 %) жінок.

До перших пологів штучні аборти в анамнезі мали 103 (34,3 %) жінки, мимовільні аборти в ранні та пізні терміни (до 21-го тижня гестації) — 68 (22,7 %) обстежуваних. Аборт, що не відбувся, зафіксовано у 23 (11,4 %) випадках, позаматкову вагітність — у 7 (3,5 %) спостереженнях.

Вивчення соматичного стану матерів засвідчило високу питому вагу екстрагенітальної патології (рис. 3).

До захворювань серцево-судинної системи у компенсованих станах зараховано вегетосудинну дистонію, діагностовану в 199 (66,3 %) випадках, пролапс мітрального клапана I ступеня — у 16 (5,3 %), варикозну хворобу — у 98 (32,7 %).

Серед нозологічних форм захворювань шлунково-кишкового тракту гастродуоденіт був у 34 (11,3 %) вагітних, хронічний коліт — у 86 (28,7 %), виразкова хвороба шлунка — у 9 (3 %) жінок.

Патологія гепатобіліарної системи проявлялася хронічним гепатитом у 35 (11,7 %) випадках, хронічним панкреатитом — у 39 (13 %).

Захворювання сечовидільної системи відмічали понад 40 % матерів. На хронічний пієлонефрит страждала 91 (30,3 %) вагітна. Сечокам'яна хвороба діагностована у 38 (12,7 %) випадках.

Ендокринопатії у вигляді захворювань щитоподібної залози

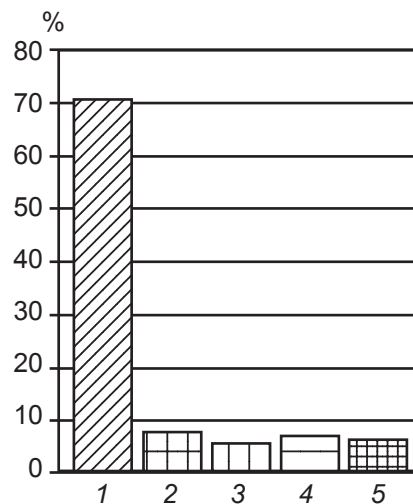


Рис. 1. Розподіл обстежуваного контингенту за районом проживання, %: 1 — Одеса; 2 — Б.-Дністровський район; 3 — Котовський район; 4 — Ізмаїльський район; 5 — Роздільнянський район

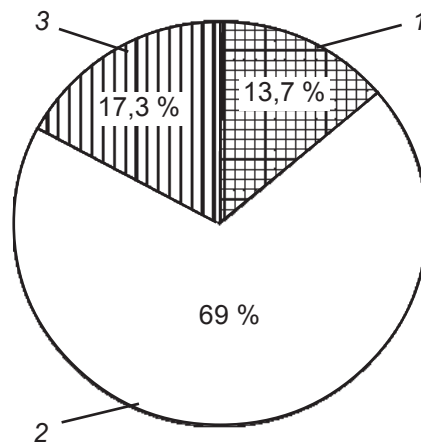


Рис. 2. Розподіл обстежуваного контингенту за віком, %: 1 — до 20 років; 2 — 21–29 років; 3 — понад 30 років

зи (вузловий нетоксичний зоб) виявлені у 41 (13,7 %) вагітної. Ожиріння I–II ступенів мали 52 (17,3 %) і 73 (24,3 %) жінки відповідно. Фіброзно-кістозна мастопатія діагностована у 16 (5,3 %) випадках.

Гінекологічні захворювання відмічалися у 167 (55,7 %) жінок. Найчастіше траплялися запальні захворювання: кольпіт, хронічний сальпінгоофорит. Порушення менструального циклу були у 61 (20,3 %) жінки.

Серед загальної кількості спостережуваних 33 (10,7 %) жінки були високого зросту (171 см і вище). Сколіоз грудного, по-



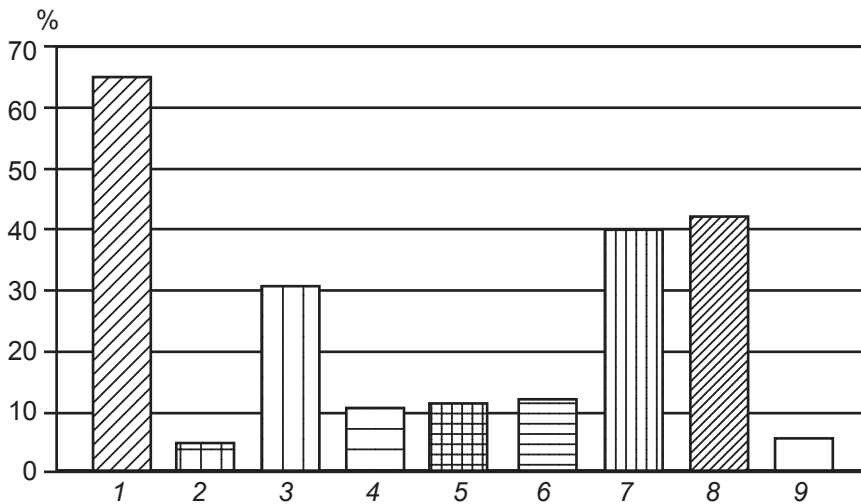


Рис. 3. Частота екстрагенітальної патології: 1 — ВСД; 2 — пролапс мітрального клапана; 3 — варикозна хвороба; 4 — хронічний гепатит; 5 — хронічний панкреатит; 6 — зуб; 7 — ожиріння; 8 — захворювання шлунково-кишкового тракту; 9 — мастопатія

перекового відділу хребта становив 83 (27,7 %) випадки.

Вагітність наставала на фоні прийому лікарських речовин (антибіотики, біологічно активні добавки — БАД, контрацептиви) у 23 (7,7 %) жінок. Понад 50 % пацієнток проходили УЗД у ранні терміни вагітності за призначенням лікаря від 1 до 3 разів.

Активне тютюнопаління протягом більше 5 років відмічено у 76 (25,3 %) випадках, пасивне — визначити не уявлялося можливим.

Дослідження акушерського анамнезу довело наявність гестаційної анемії I ступеня у 154 (51,3 %) вагітних. Клінічні та лабораторні ознаки анемії вагітних переважно проявлялися з II триместру гестації.

Перебіг вагітності в ранні терміни був обтяжений гострими респіраторними вірусними інфекціями (ГРВІ) у 117 (39 %), гострим бронхітом — у 19 (6,3 %), гострим циститом — у 11 (3,7 %), неспецифічним кольпітом — у 107 (35,7 %), бактеріальним вагінозом — у 41 (13,7 %) випадках.

Загроза переривання вагітності в ранні терміни, що клінічно проявлялася болями внизу живота і кров'яними виділеннями зі статевих шляхів, відмічалася у 106 (35,3 %) жінок. Із них 48 (45,3 %) за призначенням лікаря застосовували утра-

гестан, дуфастон, фолієву кислоту, вітамін Е.

Симптоми раннього токсикозу мали 55 (18,3 %) жінок.

З 29–30 тиж. вагітності у 73 (24,3 %) вагітних була патологія кількості навколоплідних вод: багатоводдя — у 54 (18 %), маловоддя — у 19 (6,3 %).

Проведено аналіз оцінки стану фетоплацентарного комплексу. Згідно з даними УЗД у різні терміни гестації діагностовано відшарування хоріона на ранніх термінах у 35,3 % спостережень. За даними УЗ-плацентографії, плацентометрії розширення венонних синусів відмічалася у 64 (21,3 %) жінок у II і III триместрах. Поодинокі вади розвитку плода виявлялися у 227 (75,6 %) дітей. Винятком були малі форми вад розвитку серця.

Характерною особливістю УЗ-доплерографії у жінок, що народили дітей із вадами розвитку серця, було порушення плодово-плацентарного кровоплину I-Б ступеня з 30-го тижня гестації. Цей симптом спостерігався на фоні помірного багатоводдя.

В антенатальний період при догляді за «внутрішньоутробним пацієнтом» показники кардіотахограми (КТГ) були в нормі у 217 (72,3 %) випадках. Інтернатальний період був обтяжений гострим дистресом плода у 95 (31,7 %) роділь, що під-

тверджено наявністю на КТГ ранніх варіабельних і пізніх децелерацій з амплітудою понад 30 уд/хв, тахікардії чи брадикардії.

Через це закінчення пологів шляхом кесаревого розтину становило 35 (36,8 %) випадків.

Оцінка плода при народженні 7 балів за шкалою Апгар була у 191 (63,7 %).

Аналіз даних морфогістологічних досліджень плацент виявив наявність виразних венонних синусів, компенсаторно-приспосувальних процесів, вогнищевих гіперплазій термінальних ворсин, петрифікацію ворсин у крайовій частині, нерівномірне повнокров'я, помірні гемодинамічні розлади.

Проведено ретроспективний аналіз амбулаторних карт батьків (100 чоловіків) дітей, що народилися з природженими вадами розвитку. Вади розвитку в їх сім'ї і в сім'ях близьких родичів фіксувалися вперше через три покоління (батьки, батьки батьків).

Середній вік становив (29±2) роки. У віці старше 40 років було 11 (11 %), менше 20 років — 3 (3 %) чоловіки.

Перший шлюб був у 71 (71 %), другий — у 29 (29 %).

Розподіл за фахом виявив, що на водному транспорті працювало 29 % чоловіків. Студентів було 11 %, військово-службовців — 17 %, службовців — 43 %.

Активно палили 67 % спостережуваних.

Високого зросту було 23 % чоловіків, астеничного типу — 18 %, надмірної ваги — 13 %. Сколіоз мали 28 %, плоску стопу — 19 % осіб.

Серед соматичних захворювань на першому місці був хронічний пієлонефрит (33 %), на другому — гастродуоденіт (31 %), на третьому — хронічний панкреатит (26 %), далі — варикозна хвороба (26 %), хронічний бронхіт (19 %).

Уретрит, простатит різної етіології відмічали 39 % чоловіків.

Таким чином, ретроспективний аналіз медичної документації показав, що природжені вади розвитку властиві дітям, матері яких мешкають у райо-



нах м. Одеси і Одеської області з високою потужністю різних видів транспорту (автомобільного, залізничного), для харчування споживають питну воду із різних джерел.

Переважає більшість матерів народжували дітей від першої та другої вагітності у віці найвищої репродуктивної активності.

Високу питому вагу мали екстрагенітальна патологія, тютюнопаління (активне і пасивне) серед спостережуваних жінок та соматичні захворювання у їхніх чоловіків — батьків хворих дітей. Переважає більшість чоловіків палять понад 10 років.

Стан здоров'я прямо залежить від стану екології довкілля місця постійного мешкання людини, якості води; способу життя, якості та калорійності продуктів харчування, які вони споживають.

Наявність екоотоксикантів у субтоксичних дозах у воді, повітрі, ґрунті, побутових предметах, продуктах харчування поступово призводить до зміни складу макро-, мікроелементів на клітинному рівні.

Есенціальні макро-, мікроелементи за своєю біологічною активністю є складовими більшої металоферментів, беруть безпосередню участь в метаболічних процесах гомеостазу організму. Дисбаланс обміну макро-, мікроелементів призводить до розвитку метаболічних порушень обміну речовин, які переважно мають хронічний перебіг з урахуванням індивідуальних особливостей та початкового стану організму матері.

Генотоксичні властивості макро-, мікроелементів здатні порушувати структуру деяких генів, геномну стабільність і сприяти розвитку природжених вад, спадкових захворювань [5].

Висновки

1. Аналізуючи представлений матеріал, виявили індивідуальні особливості акушерсько-гінекологічного анамнезу, екологічного, соціального та загального анамнезу, що необхідно враховувати при прекоцепційній підготовці.

2. На етапі планування вагітності доцільно рекомендувати майбутнім батькам проводити

прегравідарну підготовку в кількох етапів: обстеження, терапевтичну корекцію метаболічних порушень обміну та період безмедикаментозного і психоемоційного спокою.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Генетична медицина* / В. М. Запорожан, В. А. Кордюм, Ю. І. Бажора [та ін.] ; за ред. В. М. Запорожана. — Одеса : Одес. держ. мед. ун-т, 2008. — 432 с.

2. *Вельтищев Ю. Є.* Прогрес генетики та його значення для педіатрії / Ю. Є. Вельтищев, А. Д. Царегородцев, Л. З. Казанцева // ПАГ. — 2002. — № 2. — С. 4-11.

3. *Агаджанян Н. А.* Химические элементы в среде обитания и экологический портрет человека / Н. А. Агаджанян, А. В. Скальный. — 2001. — 83 с.

4. *Северцева Е. А.* Механизмы адаптационной регуляции эмбриогенеза бесхвостных амфибий, обитающих в условиях антропогенного загрязнения водоемов / Е. А. Северцева, А. С. Северцов // Журнал общей биологии. — 2007. — Т. 68, № 5. — С. 323-331.

5. *Засипка Л. Г.* Вплив на репродуктивну функцію комплексу факторів зовнішнього середовища / Л. Г. Засипка // Одеський медичний журнал. — 2008. — № 5 (109). — С. 31-33.

УДК 616.923.145-[214:52.14]-7

Л. Д. Тодоріко

ГОРМОНДЕПОНУВАЛЬНА ФУНКЦІЯ ЕРИТРОЦИТІВ НА ФОНІ АДАПТАЦІЙНО-РЕГУЛЯТОРНИХ ЗМІН ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ТА ГЛЮКОКОРТИКОЇДНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПРИ ХРОНІЧНИХ ОБСТРУКТИВНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ СТАРШОГО ВІКУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Вступ

Гуморальний шлях регуляції обмінних процесів відомий здавна [10], однак до цього часу не розкриті тонкі механізми

і конкретна роль формених елементів крові у цьому процесі. Оскільки легені є могутньою метаболічною лабораторією по відношенню до цілого ряду біологічно активних речовин, у то-

му числі катехоламінів (КА), то патологія бронхолегеневої системи може суттєво впливати на їхній обмін [11]. В умовах гіпоксії при хронічних обструктивних захворюваннях легень

