

ЛІТЕРАТУРА

1. Адо А.Д. Современная практическая аллергология / А.Д.Адо., А.А.Польнер.- М.: Медицина, 1963г.-399 с.
2. Беш Л.В. Аналіз факторів, що визначають вікову еволюцію бронхіальної астми у дітей / Беш Л.В., Мушак І.З. // І з'їзд алергологів України: матеріали наукових праць, 2-5 квітня 2002р.-К., 2002.-С.34.
3. Джальчинова В.Б. Эозинофилы и их роль в патогенезе аллергических заболеваний// В.Б. Джальчинова, Г.М. Чистяков // Российский вестник перинатологии и педиатрии.-1999.-№5.-с.42-45.
4. Ласиця О.Л. Алергологія дитячого віку / О.Л.Ласиця, Т.С.Ласиця, С.М.Недельська. – К.: Книга плюс, 2004. – 367 с.
5. Сидельников В.М. Практическая аллергология детского возраста / В.М.Сидельников, Л.А. Безруков, В.Г. Мигаль.-К.: Здоров'я, 1985. – С.22-23.
6. Adcock I.M. Corticosteroid-insensitive asthma: molecular mechanisms / I. M. Adcock, S. J. Lane // J. Endocrinology. – 2003. – Vol. 178. – P. 347–355.
7. Brinke A. "Refractory" eosinophilic airway inflammation in severe asthma / A. Brinke, A. H. Zwinderman // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2004. –Vol. 170. – P.601–605.
8. Bush A. Phenotypic differences between pediatric and adult asthma / A. Bush, A. Menzies-Gow // Proc.Am.Thorac.Soc. – 2009. – Vol. 6. – P. 712–719.
9. Fitzpatrick A. M. The molecular phenotype of severe asthma in children // A.M. Fitzpatrick, M. Higgins, F. Holguin / The J. Allergy and Clin. Immunol – 2010. – Vol. 125, №4. – P. 851–857.
10. Global strategy for asthma management and prevention. National institutes of health. National heart, lung and blood institute. – Revised 2008. – 116 p.
11. Kelley C. F. Asthma phenotypes, risk factors, and measures of severity in a national sample of US children/ C. F. Kelley, D. M. Mannino, D. M. Homa / Pediatrics. – 2005. – Vol. 115. – P. 726–731.
12. Michael S. Atopic disease in childhood / S. Michael, A. Gold // MJA. – 2005. – Vol. 182, №6. – P. 298–304.
13. Osman M. Therapeutic implications of sex differences in asthma and atopy / M. Osman // Arch. Dis. Child. – 2003. – Vol. 88. – P. 587–590.

УДК 616-053.31-02:574.24

Ю. Г. Резніченко, М. О. Ярцева

РОЛЬ СОЦІАЛЬНИХ, ЕКОНОМІЧНИХ ТА ПОБУТОВИХ ФАКТОРІВ У РОЗВИТКУ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ В УМОВАХ ЗНАЧНОГО АНТРОПОГЕННОГО НАВАНТАЖЕННЯ

Запорізький державний медичний університет

РОЛЬ СОЦІАЛЬНИХ, ЕКОНОМІЧНИХ ТА ПОБУТОВИХ ФАКТОРІВ У РОЗВИТКУ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ В УМОВАХ ЗНАЧНОГО АНТРОПОГЕННОГО НАВАНТАЖЕННЯ. Проведено обстеження 102 дітей першого року життя – мешканців великого промислового міста та 187 дітей із міста середньої величини. Встановлена роль соціальних, економічних та побутових чинників у розвитку дітей раннього віку. Необхідно враховувати вплив соціально-економічних чинників при плануванні та проведенні профілактичних заходів.

РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ, ЭКОНОМИЧЕСКИХ И БЫТОВЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ АНТРОПОГЕННОЙ НАГРУЗКИ. Проведено обследование 102 детей первого года жизни, проживающих в большом промышленном городе и 187 детей из города средней величины. Установлена роль социальных, экономических и бытовых факторов в развитии детей раннего возраста. Необходимо учитывать влияние социально-экономических факторов при планировании и проведении профилактических мероприятий.

A ROLE OF SOCIAL, ECONOMIC AND DOMESTIC FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF CHILDREN OF EARLY AGE IN THE CONDITIONS OF THE CONSIDERABLE ANTHROPOGENIC LOADING. The examination of 102 children of first-year of life, residents of the big industrial city and 187 children from the city of average size was conducted. The role of social, economic and domestic factors was set in the development of children of early age. It is necessary to take into account the influence of social and economic factors at planning and realization of prophylactic measures.

Ключові слова: діти, пробіотик, зовнішнє середовище, соціально-економічні фактори, мікробіоценоз.

Ключевые слова: дети, пробиотик, окружающая среда, социально-экономические факторы, микробиоценоз.

Key words: children, probiotic, environment, social-economic factors, microbiota.

ВСТУП. Незважаючи на значну роботу державних установ та медичної галузі стан здоров'я дітей в Україні залишається проблемним. На суспільство діють різноманітні чинники навколишнього середовища, багато з яких розглядають як чинники ризику розвитку несприятливих змін в організмі людини. Визначальну роль в зміні стану здоров'я населення відіграють фактори, що характеризують генотип популяції, спосіб життя і стан навколишнього середовища. Соціальні та середовищні чинники діють не ізольовано, а в поєднанні з біологічними (в тому числі і спадковими), що обумовлює залежність захворюваності людини як від впливу середовища, в якому вона проживає, так і від генотипу і біологічних законів розвитку. Вклад кожного з цих факторів в етіологію захворювання дуже мінливий і залежить від виду захворювання, рівня охорони здоров'я і соціально-економічного стану суспільства. На стан здоров'я мають суттєвий вплив соціальні, економічні, побутові фактори. Особливе значення мають чинники довкілля в умовах великого промислового міста.

Метою нашого дослідження стало визначення ролі соціальних, економічних та побутових факторів у розвитку дітей раннього віку, які мешкають в умовах значного антропогенного навантаження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. У дослідженні взяли участь 289 дітей першого року життя. Групу дослідження склали 102 дитини віком 12 місяців, які мешкають у великому індустріальному місті з нестабільним екологічним фоном (м. Запоріжжя), контрольну групу склали 187 малюків першого року життя, які мешкають у місті з незначним антропогенним навантаженням. Батьків всіх дітей було проанкетовано за стандартно розробленою схемою опитування, досліджені антропометричні показники, бактеріологічне дослідження калу та вмісту ротоглотки на дисбактеріоз, визначено рівень секреторного IgA у слині дітей. У всіх батьків було отримано інформовану згоду на участь у дослідженні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. При оцінці результатів нами були виявлені наступні особливості. Як видно з таблиці 1, поширення основних захворювань дітей першого року життя була значно нижчою у дітей другої групи.

Так, гіпотрофія мала місце у кожного п'ятого представника першої групи, тоді як у другій групі цей діагноз був встановлений лише кожній десятій дитині. Захворюваність на ГРЗ у дітей першої групи склала 3,06 випадка на рік, у дітей другої групи – 2,82 випадка. Ураження нервової системи у дітей до 1 року у першій групі на 10 % перевищили показники одноліток з другої групи. Після року на диспансерному обліку з діагнозом «наслідки перинатального ураження центральної нервової системи» залишилось у 1,5 раза більше дітей, які мешкають у великому промислового місті порівняно з малюками групи контролю. При спробі охарактеризувати характер вигодовування ми відмітили, що вигодовування дітей – мешканців міста з незначним промисловим навантаженням старше 6 місяців, які знаходяться на штучному вигодовуванні, майже вдвічі частіше проводилося сумішами вітчизняного виробництва проти дітей з першої групи, які після 6 місяців переважно отримували імпорتنі суміші. У ході дослідження виявлено, що діти, які мешкають у великому промислового місті у 2 рази частіше мали прояви дисбактеріозу кишківника та у 1,5 раза рідше отримували пробіотик з профілактичною метою.

Оцінивши результати бактеріологічного дослідження калу та вмісту ротоглотки на дисбактеріоз, отримано достовірне зниження вмісту біфідум- та лактобактерій, а також збільшення вмісту умовно-патогенної флори та дріжджових грибів у калі та збільшення вмісту патогенної флори у ротоглотці в групі дітей, які мешкають у індустріальному місті.

Аналіз слини дітей на вміст секреторного Ig A показав достовірне зниження рівня sIgA у слині дітей – мешканців промислового міста порівняно з групою контролю, що вочевидь пов'язане зі складним екологічним становищем у такому великому індустріальному центрі як Запоріжжя.

При оцінюванні ментальних особливостей батьків ми отримали такі результати. Значний вибір засобів із догляду за дитиною призвів до спрощення та мінімізації витрачання часу на гігієнічні процедури стосовно малюка, саме тому застосування памперсів у сучасних умовах має постійний характер у більшості випадків. Як видно з таблиці 2, ті матері, які застосо-

Таблиця 1. Оцінка вигодовування дітей досліджуваних груп

Показник	Індустріальне місто (n=102)	Місто із незначним антропогенним навантаженням (n=187)
Тривалість грудного вигодовування, міс.	8,33	9,18
Введення догодовування (соки), міс.	5,31	4,28
Штучне вигодовування, %	57,8*	30,5
Грудне вигодовування, %	42,2*	69,5
Відсоток дітей, які отримували адаптовані суміші, %	32,8*	6,4

Примітка. * – достовірна різниця $p < 0,05$ порівняно з групою дітей, які проживають у місті з незначним антропогенним навантаженням.

Таблиця 2. Основні соціально-економічні чинники, які характеризують якість життя дітей обох груп

Показник	Індустріальне місто (n=102)	Місто середньої величини (n=187)
Миття дитини один раз на тиждень, %	5,2 *	0,8
Житлові умови: добрі, %	27,6 *	59,0
Соціальний стан сім'ї: дуже бідні, %	0,0 *	0,8
бідні, %	2,6 *	0,4
нижче середнього, %	29,3 *	9,7
вище середнього, %	3,4 *	1,6
Прибуток на одного члена сім'ї в місяць: ≥ 1500 грн/люд., %	25,4 *	3,6
Харчування в сім'ї: добре, %	35,3 *	19,7
погане, %	0,9 *	1,6

Примітка. * – достовірна різниця $p < 0,05$ порівняно з групою дітей, які проживають у місті з незначним антропогенним навантаженням.

ували памперс тільки під час прогулянок із дитиною, проявляють більше піклування про свою дитину. Більшість матерів індустріального міста мали освіту та були працевлаштовані, тоді як у невеликому місті більшість матерів не мали освіти та займалися домашнім господарством. Серед матерів промислового центру більший відсоток мали професійні шкідливості, стреси на роботі, курили до та під час вагітності порівняно з групою контролю, що призвело до більш ранньої відмови від природного вигодовування.

При оцінці даних стосовно батька дітей, ми отримали такі результати: в індустріальному місті більший відсоток батьків мали вищу освіту, мали постійне місце роботи, частіше опинялися в стресових ситуаціях або мали контакт з професійними шкідливостями. Ми зробили спробу охарактеризувати особливості психоклімату у сім'ях дітей обох груп і виявили, що у місті з невеликим промисловим навантаженням частіше відмічали сприятливий тип психоклімату у родині, що сприяло більшому піклуванню за дитиною, розвитку здорової дитини та опосередковано впливало на тривалість вигодовування малюка материнським молоком. Батьки – мешканці великого промислового центру частіше мешкали у орендованому приміщенні або гуртожитках, що спричинило

стресорний вплив на батьків, психоклімат у родині та позначалося на загальному розвитку та стані здоров'я дитини. Оцінили свої житлові умови як «добрі» лише третина мешканців великого міста порівняно з більшою половиною батьків з групи контролю.

ВИСНОВКИ. Таким чином, вищенаведене дозволяє зробити висновок про суттєвий вплив соціально-економічних та побутових чинників на розвиток та стан здоров'я дітей – мешканців великого міста. Для покращення стану здоров'я дітей необхідно на державному рівні вирішувати соціально-економічні та екологічні проблеми. Стосовно медичних заходів, необхідно подальші наукові дослідження спрямувати на вивчення ефективних маловитратних технологій для профілактики захворювань. Представники всіх ланок медичної галузі повинні підтримувати і сприяти пролонгації грудного вигодовування, яке забезпечує природний розвиток дітей, а також застосовувати пробіотичні засоби з метою профілактики негативного впливу соціально-економічних та екологічних чинників.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Подальші наукові дослідження необхідно спрямувати на вивчення ефективності застосування пробіотичних засобів з метою покращення стану здоров'я дітей раннього віку – мешканців великого промислового центру.

ЛІТЕРАТУРА

1. Антипкін Ю.Г. Диспансеризація дітей - основа профілактичної педіатрії // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 4. – С. 7.
 2. Антипкін Ю.Г., Арабська Л.П., Толкач С.І., Смирнова О.А., Стахурська Н.О. Вплив мікросередовища на стан здоров'я дітей дошкільного та молодшого шкільного віку, які проживають в екологічно несприятливих районах // Перинатологія и педиатрия. – 2005. – № 1/2. – С. 92-95.

3. Волосовець О.П., Врублевська С.В. Вплив медико-соціальних факторів навколишнього середовища на перебіг алергічного риніту у дітей.-Запорожский мед. ж. – 2005. – № 5. – С. 77-79.

4. Лук'янова О.М., Антипкін Ю.Г. Наукові та практичні проблеми збереження здоров'я дітей України // Сучасні проблеми клінічної педіатрії. Мат. III конгресу педіатрів України. – К., 2006. – С. 3-4.

5. Лук'янова О.М., Резніченко Ю.Г., Антипкін Ю.Г.,

Резніченко Г.І., Шкіряк-Нижник З.А. Екосистема великого промислового міста України та діти першого року життя // 3. – Дике поле. – 2005.

6. Майданик В.Г.и соавт. Резолюція II Конгреса педіатрів стран СНГ-2010.

7. Марушко Ю.В., Московенко О.Д., Бойко Н.С., Шеф Г.Г. Вигодовування дітей першого року життя / Соврем. педіатрія. – 2007. – № 2. – С. 155-158.

8. Павлишин Г.А. Клінічні особливості, лікування та профілактика сезонних вірусних інфекцій у новонароджених та дітей раннього віку // Соврем. педіатрія. – 2010. – № 4. – С. 140-144.

Федорців О.Є. Медико-соціальні проблеми дітей сьогодення// Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – № 4. – С. 11.

УДК 616.61-008.9-053.5/.71-036.12

Г.С. Сенаторова¹, І.С. Дриль¹, Н.І. Макєєва¹, Т.Ф. Колібаєва²

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ НИРОК У ДІТЕЙ НА ФОНІ ДИСМЕТАБОЛІЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ

¹Харківський національний медичний університет

²Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Харків

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ НИРОК У ДІТЕЙ НА ФОНІ ДИСМЕТАБОЛІЧНОЇ НЕФРОПАТІЇ. Обстежена 91 дитина віком від 6 до 17 років з ХЗН I-II стадії, в основі якого були дисметаболична нефропатія або хронічний пієлонефрит з супутньою дисметаболичною нефропатією. Особливості перебігу хронічного захворювання нирок визначали за загальними клініко-лабораторними показниками та рівнем реноспецифічних ферментів у сечі (гамма-глутаматтрансферази, сукцинатдегідрогенази, холінестерази). Встановлено підвищення рівнів зазначених ферментів у дітей з ХЗН незалежно від нозологічної форми захворювання.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ДИСМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ. Обследован 91 ребенок в возрасте от 6 до 17 лет с ХЗП I-II стадии, основной нозологической формой которого были дисметаболическая нефропатия и хронический пиелонефрит с сопутствующей дисметаболической нефропатией. Особенности течения хронического заболевания почек оценивали по общепринятым клинико-лабораторным показателям. Дополнительно определяли уровень реноспецифических ферментов в моче (гамма-глутаматтрансферазы, сукцинатдегидрогеназы, холинэстеразы). Установлено повышение вышеуказанных ферментов у детей с ХЗП не зависимо от нозологической формы заболевания.

PECULIARITIES OF CHRONIC KIDNEY DISEASE COURSE IN CHILDREN ON THE BACKGROUND OF DYSMETABOLIC NEPHROPATHY. 91 children aged from 6 to 17 years with CKD of the I-II stage were investigated, in the basic of which were dysmetabolic nephropathy or chronic pyelonephritis with associated dysmetabolitic nephropathy. Peculiarities of the course of chronic kidney disease were determined according to the standard clinical and laboratory parameters and the level of renospecific enzymes in urine (γ -glutamyltransferase, succinate dehydrogenase, cholinesterase). It was determined, the enzyme level in urine in children with CKD increase regardless of the nosology of disease.

Ключові слова: хронічне захворювання нирок, дисметаболична нефропатія, діти.

Ключевые слова: хроническое заболевание почек, дисметаболическая нефропатия, дети.

Key words: chronic kidney disease, dysmetabolic nephropathy, children.

ВСТУП. Експерти NKF одним з потенційно модифікованих чинників ризику розвитку хронічного захворювання нирок визначили сольові вклучення, мікроліти та навіть конкременти, що об'єднується у термін дисметаболична нефропатія (ДМН).

Сьогодні в практичній медицині до дисметаболичних уражень нирок відносять такі стани, як кристалурія, дисметаболична нефропатія, сечокам'яна хвороба, деякі варіанти тубулоінтерстиціального нефриту. Для ДМН притаманні зміни функціонального ста-

ну нирок внаслідок інтерстиціальных процесів та порушення обміну, які призводять до структурних розладів на рівні різних елементів нефрону [10].

За даними звітів спеціалістів нефрологів та урологів, наявність дисметаболичних нефропатій і сечокам'яної хвороби спостерігається в 40 – 60% населення, що збігається з даними науковців. Беручи до уваги таку значну поширеність ДМН, її патологічний вплив на структурно-функціональний стан нирок, стає зрозумілим необхідність детального клінічного моніторингу