

Реферат

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, ОБЩЕЙ И МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ У ДЕТЕЙ ПРЕПУБЕРТАНТНОГО И ПУБЕРТАНТНОГО ПЕРИОДА .

Попова И.Б.

Ключевые слова: аллергия, аллергодерматоз, дети, подростки, местное лечение

По данным Минздрава Украины в общей структуре аллергических заболеваний, регистрируемых в Украине, аллергодерматозы составляют 20 %, а в структуре алергопатологий детского возраста занимают от 50 до 66,4 % и представлены в основном атопическим дерматитом. Цель исследования: выявить частоту заболеваемости аллергодерматозами среди детей, особенности течения данных дерматозов, оценить эффективность применения мометазона фуорату. Материалы и методы: для лечения использовался препарат, который содержит синтетический топический глюкокортикостероид - мометазона фуорат 1мг. (« Элоком » крем 0,1 %, туба 15г. Schering - Plough, Бельгия). Среди обследованной группы больных в возрасте от 5 - ти до 13 лет большинство больных были женского пола и самую большую группу составили дети от 8 -ми до 10- ти лет, что, возможно, связано с особенностью кислотно - щелочной мантии и микробиоценозом кожи; активная внешняя терапия с использованием наряду с традиционным лечением в течении двух недель мометазона фуората (« Элоком ») с последующим адекватным уходом за кожей в комплексе с соответствующей системной патогенетической терапией способны обеспечить как купирование обострений самого заболевания, так и профилактику его осложнений.

Summary

PECULIARITIES OF CLINICAL COURSE, GENERAL AND LOCAL THERAPY OF ALLERGIC DERMATOSES IN CHILDREN OF PUBERTY AND PREPUBERTY AGE

Popova I.B.

Key words: allergic dermatosis, mometasone furoate, children, local therapy.

According to the information of the Ministry of Health Care of Ukraine allergic dermatoses make up 20% in the overall structure of allergic diseases recorded in Ukraine and from 50 to 66.4% in the structure of childhood allergic diseases, and are mainly represented with atopic dermatitis. This study is aimed to identify the incidence rate of allergic dermatoses among children, their clinical course, to assess the therapeutic effectiveness of Mometasone furoate. Materials and methods: we used a drug containing a synthetic topical glucocorticosteroid mometasone furoate 1mg. ("Elokom" cream 0.1%, 15g tube; Schering - Plough, Belgium). Among the observation group of patients aged 5 - 13 years, the most patients were females and the largest group consisted of the children from 8 to 10 years, that might be caused by the peculiarities of the acid - base mantle and skin microbiocenosis; active local therapy using mometasone furoate ("Elokom") along with standard treatment within two weeks with following adequate skin care in conjunction with the relevant system of pathogenetic therapy can provide relief an exacerbations of the disease and prevention of its complications as well.

УДК: 616.12 - 005.4 - 002.2 - 08

Настрога Т.В.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ІЗ СУПУТНІМ ХОЗЛ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

У статті наведено досвід практичного застосування кардіопротектора - мексикор в комплексній терапії хворих з поєднаною патологією ІХС та ХОЗЛ. Це сприяє скороченню термінів лікування, підвищує якість життя пацієнтів.

Ключові слова: мексикор, ішемічна хвороба серця, хронічне обструктивне захворювання легень.

Проблема коморбидності є надзвичайно актуальною як для лікарів-терапевтів, так і кардіологів [4]. Поліморбідність патологій, як правило, зумовлює значні зміни класичної клінічної симптоматики перебігу захворювання, потребує призначення значної кількості медикаментів, що підвищує ризик медикаментозних ускладнень (розвиток побічних ефектів), а також може призвести до поліпрагмазії [5,8,9].

Одним з найбільш частих коморбідних станів є поєднання ішемічної хвороби серця (ІХС) і

хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), поширеність яких коливається від 6,8 до 70,2%, в середньому 34,3% [1]. Сполучуваність ІХС та ХОЗЛ, за даними різних досліджень, у осіб старших вікових груп досягає 62%, а 15-річна виживаність таких пацієнтів становить не більше 25% [3].

Синхронний перебіг ХОЗЛ та ІХС супроводжується синдромом "взаємного обтяження". Такому перебігу поєднаної патології сприяють певні патогенетичні фактори. Гіпоксія, що розви-

вається при ХОЗЛ та її компенсаторні механізми (еритроцитоз, тахікардія) сприяють підвищенню потреби міокарда в кисні в умовах недостатньої оксигенації крові і ведуть до погіршення мікроциркуляції [1,2,7]. Поєднання ІХС і ХОЗЛ призводить до більш важкого клінічного перебігу захворювань, з прогресуванням серцевої недостатності, значним зниженням скорочувальної здатності міокарда з розвитком систолічної та діастолічної дисфункції лівого шлуночка, порушенням вегетативного балансу і погіршенням параметрів газообміну [1].

У літературі [1, 4, 6] є дані, що у 84% пацієнтів з поєднаною патологією ІХС і ХОЗЛ має місце атипичний перебіг. Однією з ймовірних причин такого перебігу ІХС є тривала гіпоксія, яка сприяє підвищенню порога больової чутливості у відповідних центрах мозку і активації процесів вільно-радикального окислення, що є одним з механізмів розвитку безбільвової ішемії міокарда. Безбільвовий варіант нерідко обумовлює розвиток гострого інфаркту міокарда.

В останні роки при медикаментозній корекції ІХС все більше значення надається міокардіальній цитопротекції, оскільки відомо, що можливість впливу за допомогою препаратів гемодинамічного механізму дії на роботу серця і коронарний кровотік обмежена [5, 7]. Підтвердженням визнання цього підходу є включення цієї групи препаратів в рекомендації Американської асоціації серця та Європейського товариства кардіологів. Міокардіальні цитопротектори (кардіопротектори) дозволяють оптимізувати енергообмін міокарда в умовах вираженої ішемії, що підвищує його життєздатність. Крім того, більшість кардіопротекторів мають антиоксидантні властивості, що робить їх незамінними в боротьбі з наслідками окисного стресу, що розвивається при реперфузії зони ішемії [5, 7]. Особливий інтерес представляє кардіопротектор – мексикор, що володіє комплексним впливом на основні ланки ІХС.

Мета дослідження

Підвищити ефективність лікування хворих із поєднаною патологією на ІХС і ХОЗЛ з використанням у комплексному лікуванні хворих міокардіального цитопротектора мексикор.

Матеріали і методи

Під нашим спостереженням перебувало 60 хворих на ІХС: стабільну стенокардію напруги ФК II, СН ІІА стадії зі збереженою систолічною функцією ЛШ із супутнім ХОЗЛ III стадія., нестійкої ремісії, ЛН II-III ст., а також 20 практично здорових осіб близьких за віком і статтю. Середній вік пацієнтів становив $59,8 \pm 2,6$ років. Діагноз ІХС був верифікований на основі даних загальноклінічного обстеження, біохімічного та динамічного дослі-

дження змін ЕКГ, ЕхоКГ. ЕКГ спокою, повторно реєстрували на 3, 5, 7, 10 добу. До початку лікування і через 10 діб терапії проводили оцінку біохімічних показників (загальний холестерин - ЗХ, тригліцериди, ліпіди низької щільності – ЛПНЩ).

Діагноз ХОЗЛ ґрунтувався у відповідності з наказом МОЗ України № 128 від 12.03.07, та положеннями, сформульованими в документі GOLD (Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) [10], на основі даних анамнезу, рентгенографії органів грудної клітки, визначення функції зовнішнього дихання (ФЗД), проведення проби з бронхолітиком. Тяжкість задишки оцінювали в балах за шкалою MMRC (модифікована шкала задишки) [10] до лікування і через 10 діб після проведеної терапії.

Вірогідність отриманих результатів визначалася за допомогою t-критерію надійності Стьюдента. Відмінності вважали вірогідними при загальноприйнятій у медикобіологічних дослідженнях імовірності помилки $p < 0,05$. Для напівкількісних та якісних показників будували частотні таблиці та розраховували непараметричний критерій U Манна-Уїтні, як непараметричний аналог t-критерія Стьюдента.

Пацієнти були розподілені на дві групи: першій - контрольній (n=30) - призначали комплексну базисну терапію (інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту, нітрати, комбіновані інгаляційні глюкокортикостероїди та β_2 -агоністи пролонгованої дії, статини, антикоагулянти), в якості метаболічної терапії - розчин глюкози 5% з панангіном внутрішньовенно крапельно). У другій групі – основній (n=30) до базисної терапії був доданий 5% розчин мексикору по 4,0 внутрішньовенно крапельно на фізіологічному розчині 100,0 1раз на добу №5 з наступним внутрішньом'язовим введенням препарату по 2,0 № 10. Групи були співставні за віком та статтю, а також ступенем серцевої і дихальної недостатності.

Ефективність лікування оцінювалася за динамікою клінічних симптомів, зміни показників лабораторних, інструментальних і функціональних методів дослідження.

Результати та їх обговорення

Основною скаргою хворих із поєднанням ІХС та ХОЗЛ була задишка – у 51 хворого (85%). Цей симптом при незначному фізичному навантаженні відмічали 47 хворих (92,2%). Скарги на задишку в спокої відмічали 4 хворих (7,8%). Біль в ділянці серця відмічено у 31 хворих (51,7%), у 29 хворих (48,3%) мала місце безбільвова ішемія міокарда. У всіх хворих (100%) був клінічно підтверджений діагноз стабільної стенокардії, ФК II. Скарги на кашель з виділенням харкотиння слизового характеру були виявлені у 25 хворих (42,8%), при цьому кашель, переважно в нічний

час відмічали 7 осіб (27,7%). Скарги на серцебиття відмічено у 32 хворих (54,5%).

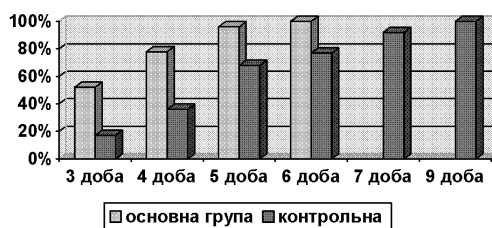
При вивченні біохімічних показників у хворих на ІХС у поєднанні з ХОЗЛ відмічено суттєве підвищення рівня холестерину у порівнянні із практично здоровими.

При оцінці функції зовнішнього дихання у групі хворих на ІХС у поєднанні із ХОЗЛ, які були включені у дослідження, виявлені вентиляційні порушення II-III ступеня по змішаному типу, про що свідчили показники – ОФВ₁ (об'єм форсованого видиху за 1 секунду), ЖЕЛ (життєва ємкість легень), та модифікований індекс Тіффно - ОФВ₁/ФЖЕЛ. Так, ОФВ₁ у хворих на ІХС у поєднанні із ХОЗЛ становив 51,5±3,13%, модифікований індекс Тіффно - 52,73±2,85%, ЖЕЛ – 54,3±3,82%.

Оцінюючи ефективність призначеної терапії, враховувались динамічні зміни клінічної картини. Оцінювались строки зникнення проявів основних синдромів: задишки, як показника серцевої і дихальної недостатності, та больового синдрому.

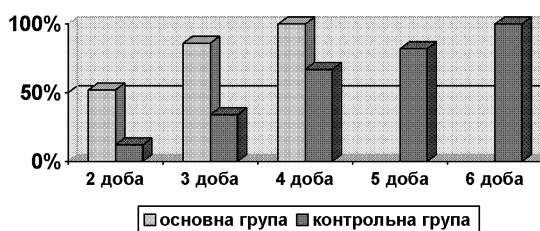
При цьому було встановлено, що у хворих основної групи, які отримували крім базисної терапії мексикор, порівняно з контрольною групою, відмічено достовірні розбіжності в строках зникнення задишки ($p < 0,05$), больового синдрому ($p < 0,05$), суттєве зниження рівня холестерину в крові ($p < 0,05$). Отримані результати подані на малюнках 1, 2.

Терміни зникнення задишки у хворих основної і контрольної групи в процесі лікування



мал.1

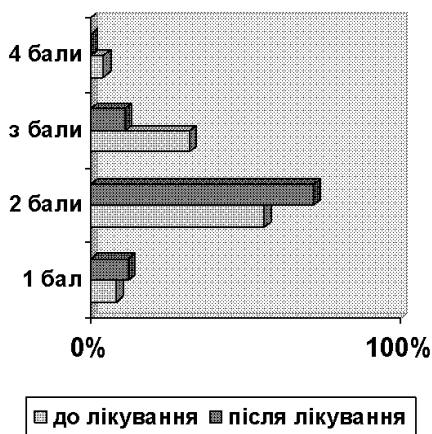
Терміни зникнення больового синдрому у хворих основної і контрольної групи в процесі лікування



мал.2

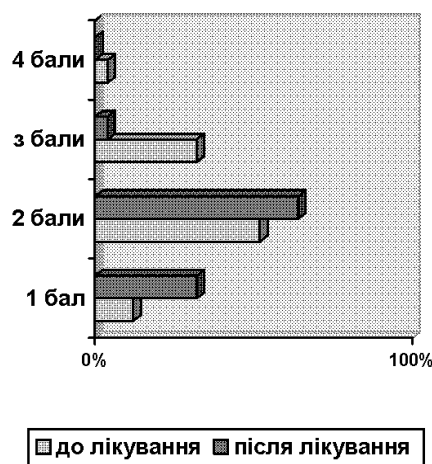
Проведена оцінка тяжкості задишки в балах до і після лікування у хворих основної і контрольної групи за допомогою опитувальника MMRC. Отримані результати подано на малюнках 3,4.

Показники задишки за шкалою MMRC в балах у хворих контрольної групи



мал.3

Показники задишки за шкалою MMRC в балах у хворих основної групи



мал.4

З наведених даних свідчить, що серед хворих основної групи кількість пацієнтів після лікування, що оцінювали ступінь задишки зі значенням у 1 бал за шкалою MMRC збільшилась у 2,6 разів, у порівнянні із відповідними даними до ліку-

вання ($p < 0,05$). У 8 разів зменшилась кількість хворих зі ступенем задишки у 3 бали ($p < 0,05$). Хворих зі ступенем задишки у 4 бали після лікування не відмічено. Тоді як, серед хворих контрольної групи, кількість пацієнтів зі ступенем за-

дишки у 1 бал за шкалою MMRC після лікування збільшилась у 1,5 рази ($p > 0,05$). Кількість хворих, що оцінювали ступінь задишки у 3 бали - зменшилась у 3 рази ($p < 0,05$).

Таким чином, всі пацієнти відзначали суб'єктивне поліпшення стану з достовірним зменшенням інтенсивності задишки на фоні лікування, але більш суттєвими були зміни у хворих основної групи.

Під впливом терапії кашель в нічний час зник у всіх хворих основної і контрольної групи, середні показники частоти серцевих скорочень у хворих основної групи до лікування становили $94,4 \pm 3,4$ після лікування $81,3 \pm 3,1$ ($p < 0,05$), у хворих контрольної групи відповідні показники становили - $96,7 \pm 4,9$ та $78,2 \pm 3,5$ ($p < 0,05$). Показники функції зовнішнього дихання у хворих обох груп під впливом терапії покращились не суттєво. Так, ОФВ1 у хворих основної групи до лікування - $51,3 \pm 3,15$ через 10 діб терапії - $55,4 \pm 4,2$ $p > 0,05$; у хворих контрольної групи від-

повідні показники становили $50,8 \pm 3,11\%$, та $54,2 \pm 4,43\%$, $p > 0,05$.

Аналізуючи динаміку змін ЕКГ, що повторно реєстрували на 3, 5, 7, 10 добу, нами відмічались суттєві розбіжності в термінах зникнення ішемії між хворими основної і контрольної групи ($p < 0,05$). Так, у хворих, що додатково отримували мексикор, ознаки ішемії міокарда на ЕКГ не реєструвались уже на третю добу у 33,4%, на п'яту - у 88,8%, на сьому - у 100% хворих. Тоді, як у хворих контрольної групи позитивна ЕКГ-динаміка відмічена лише на п'яту добу - у 66,6%, на сьому - у 93%, на десяту - у 100%.

У процесі спостереження було констатовано, що при додаванні до комплексної терапії мексикору хворим на ІХС у поєднанні з ХОЗЛ відмічалось поліпшення якості життя пацієнтів, за рахунок збільшення толерантності до фізичних навантажень.

При вивченні біохімічних показників отримані наступні результати таблиця 1.

Таблиця 1
Біохімічні показники у хворих на ІХС та у хворих на ІХС у поєднанні з ХОЗЛ у процесі лікування

Показник	Практично здорові	Контрольна група (n=30)		Основна група (n=30)	
		До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Холестерин ммоль/л	$3,2 \pm 0,9$	$5,8 \pm 0,52^{**}$	$4,72 \pm 0,6$	$6,02 \pm 0,43^{**}$	$4,56 \pm 0,46^*$
Тригліцериди ммоль/л	$1,22 \pm 0,4$	$2,1 \pm 0,31$	$1,88 \pm 0,16$	$2,02 \pm 0,24$	$1,52 \pm 0,19$
ЛПНЩ ммоль/л	$3,4 \pm 0,5$	$4,68 \pm 0,5$	$3,72 \pm 0,34$	$4,87 \pm 0,81$	$3,35 \pm 0,92$

Примітка: *розбіжності достовірні до і після лікування;

** розбіжності достовірні у порівнянні із практично здоровими

Як свідчать наведені результати, в процесі лікування у хворих, що отримували до базисної терапії додатково мексикор, відмічено суттєве зниження рівнів загального холестерину на 24,5% (з $6,02 \pm 0,42$ до $4,56 \pm 0,34$) ммоль/л ($p < 0,05$). Тоді як у хворих контрольної групи цей показник покращився не суттєво.

Порівняльний аналіз показників гемодинаміки свідчив про суттєве покращення скоротливості функції міокарда лівого шлуночка серця у хворих основної групи. Включення до лікувального комплексу мексикору сприяло зростанню фракції викиду (ФВ) з $51,2 \pm 2,1\%$ до $56,80 \pm 1,8\%$ ($p < 0,05$), тобто на 9,8%, тоді як у хворих, які отримували стандартну терапію, ФВ зросла не суттєво на 5,4%, відповідно склала $51,8 \pm 2,4\%$ та $54,7 \pm 2,9\%$, ($p > 0,05$).

Позитивна клінічна динаміка у хворих, що отримували комплексну терапію із застосуванням мексикору, також сприяла скороченню термінів перебування хворого у стаціонарі на 1,8 доби.

Висновки

Таким чином, отримані результати дозволяють зробити висновки, що комплексна терапія хворих з поєднаною патологією на ІХС і ХОЗЛ з використанням мексикору сприяє більш швидкому усуненню клінічних проявів захворювання, скороченню термінів перебування хворого у ста-

ціонарі, поліпшенню якості життя пацієнтів.

Література

1. Амеліна Т. М. Оптимізація лікування хворих на ішемічну хворобу серця в поєднанні з супутнім хронічним обструктивним захворюванням легень І-ІІ стадії : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.02 «Терапія» / Амеліна Т. М. – Івано-Франківськ, 2009. – 18 с.
2. Амосова К.М. Особливості діагностики та лікування ішемічної хвороби серця у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень / К.М. Амосова, Л.Ф. Конопльова, Д.Ш. Січінава // Український пульмонологічний журнал. – 2009. – №2. – С.22.
3. Бова А.А. Современные подходы к диагностике и лечению ишемической болезни сердца у больных хронической обструктивной болезнью легких / А.А. Бова, Д.В. Лапцкиий // Медицинские новости. – 2007. – №9. – С.7-14
4. Бугаенко В.В. Коморбидные состояния в практике кардиолога / В.В. Бугаенко // Рациональная фармакотерапия. – 2012. – №3 – С.63-69.
5. Гурова А.Ю. Особенности рациональной фармакотерапии бета-адреноблокаторами при сочетании ишемической болезни сердца и хронической обструктивной болезни легких/ А.Ю. Гурова, А.В. Чаплыгин, Т.Е. Морозова, О.А. Цветкова // Леч. Врач. – 2012. – №2. – С.15-19.
6. Дзюблик А. Я. Новые возможности в терапии больных ХОЗЛ / А.Я. Дзюблик // Український пульмонологічний журнал. – 2011. – №2. – С.24-25.
7. Заремба В.Х. Цитопротекторна терапія серцево-судинних захворювань / В.Х. Заремба, В.М. Карпляк // AML. XVII. – 2011. – №1. – С.106-111.
8. Фадєєнко Г.Д. Коморбідність і високий кардіоваскулярний ризик – ключові питання сучасної медицини / Г.Д. Фадєєнко, О.Є. Гріднєв, А.О. Несен, В.А. Чернишов, М.М. Грунченко, В.Л. Шапо // Український терапевтичний журнал. – 2013. – №1. – С.102-107.
9. Фещенко Ю. І. Актуальні проблеми діагностики і терапії ХОЗЛ із супутньою патологією / Ю. І. Фещенко // Український пульмонологічний журнал. – 2009. – №2. – С.6-7.
10. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), «Global strategy for the diagnosis management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease», updated 2011 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http:// www.gold-COPD.com](http://www.gold-COPD.com).

Реферат

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХОБЛ
Настрога Т.В.

Ключевые слова: мексикор, ишемическая болезнь сердца, хроническое обструктивное заболевание легких.

В статье приведен опыт практического применения кардиопротектора мексикор в комплексной терапии больных с сочетанной патологией ИБС и ХОБЛ. Это способствует сокращению сроков лечения, повышает качество жизни пациентов.

Summary

STRATEGIES IN IMPROVING TREATMENT OF CHRONIC CORONARY HEART DISEASE AND COMORBID CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Nastroha T.V.

Key words: Mexikor, coronary heart disease, comorbidity, chronic obstructive pulmonary disease, cardioprotectors.

The research paper describes the experience of introducing a cardioprotector Mexikor into the integrated therapy of patients with coronary heart disease and comorbid chronic obstructive pulmonary disease. The results obtained allow us to conclude the application of Mexikor promotes more rapid elimination of the clinical manifestations, reduces the duration of hospital staying, and improves the quality of patients' life.

616.36-053.4-008.9

Пилипенко О.А.

АНАЛІЗ ПРЕДИКТОРІВ РОЗВИТКУ НЕАЛКОГОЛЬНОЇ ЖИРОВОЇ ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ З ОЖИРІННЯМ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

Метою нашого дослідження стало визначення предикторів розвитку жирової дегенерації печінки та вивчення метаболічних порушень вуглеводного та ліпідного обміну у дітей з неалкогольною жировою хворобою печінки (НАЖХП) та екзогенно-конституційним ожирінням (ЕКО). Під спостереженням знаходилося 109 пацієнтів, з них 46 дітей з діагностованою НАЖХП та 63 дитини з ЕКО, яким проводилося комплексне обстеження, що включало в себе збір анамнестичних даних, об'єктивне обстеження, визначення рівня глюкози, імунореактивного інсуліну, розрахунок індексу інсулінорезистентності та показників ліпідного спектру крові. Перебіг неалкогольної жирової хвороби печінки у дітей та підлітків в більшості випадків є безсимптомним, з відсутністю скарг, характерних саме для даної нозології. Моніторинг стану вуглеводного обміну показав, що пацієнти з діагностованою НАЖХП мають достовірно вищі показники глюкози натщесерце, імунореактивного інсуліну та індексу інсулінорезистентності НОМА-IR та більш вираженні проатерогенні зміни в ліпідному спектрі крові.

Ключові слова: діти, підлітки, неалкогольна жирова хвороба, печінка

Публікація є фрагментом НДР «Імунно-генетичні та клінічні критерії прогнозування розвитку та особливостей перебігу стеатогепатиту в дітей з метаболічним синдромом» (ДРН 0111 У 005141)

На сьогоднішній день ожиріння розглядається, як важлива медико-соціальна проблема суспільства, що особливо привертає до себе увагу через значне поширення його серед дитячого населення. За останні 20 років розповсюдженість ожиріння серед дітей у віці 6–11 років збільшилась з 7% до 13%, а серед підлітків 12–19 років – з 5% до 14% [1,11,13]. Подібна негативна динаміка спостерігається і в Україні, де за останні 10 років практично вдвічі збільшилась кількість дітей та підлітків з надмірною масою тіла та ожирінням [2, 5]. Варто зазначити, що майже в 50% випадків ожиріння у дітей та підлітків не компенсується, а продовжує прогресувати, що призводить до розвитку серйозних ускладнень, які об'єднуються на сьогоднішній день в поняття «метаболічний синдром» (МС), що включає в себе абдомінальне ожиріння, дисліпідемію, порушення толерантності до глюкози та артеріальну гіпертензію [9,12,6]. Розповсюдженість МС збільшується з кожним роком, в даний

час експерти ВООЗ оцінюють ситуацію як нову пандемію XXI століття, що охоплює індустріально-розвинені країни [8]. За своєю поширеністю МС в 2 рази перевершує поширеність цукрового діабету і до 2035 року прогнозується його збільшення на 50% [15, 16].

Стан органів травної системи та їх роль в розвитку метаболічного синдрому на даний час є недостатньо вивченими та практично невідомими клініцистам на той час, як самі органи системи травлення мають пряме відношення до розвитку МС та нерідко самі стають органами-мішенями [7,3]. На сьогоднішній день все більше дослідників звертають увагу на тісний взаємозв'язок між ожирінням, асоційованої з ним інсулінорезистентності, артеріальної гіпертензії та дисліпідемії та розвитком неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) не лише серед дорослих, але і в дитячій популяції. Так, в країнах Євросоюзу НАЖХП виявляється у 2,6% дітей, в той час, як у дітей з підвищеною масою тіла – у