

УДК 616-053.32-036.8-06:616.235-007.17"450.2"

М. М. Оскоменко, Ю. І. Чернявська, О. М. Ковальова, С. М. Цвіренко, В. І. Похилько
 ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ФІЗИЧНИЙ, СТАТО-КІНЕТИЧНИЙ РОЗВИТОК ТА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ДІТЕЙ ІЗ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ УПРОДОВЖ ДВОХ РОКІВ ЇХ ЖИТТЯ

Статтю присвячено вивченню особливостей аналізу динаміки окремих складових розвитку дітей з БЛД, вивченню частоти гострих інфекційних захворювань органів дихання, анемії, рахіту, харчової алергії упродовж двох років їх життя. Проведено когортне проспективне дослідження, яке включало 33 дитини із БЛД. У всіх дітей, які досягли 24-місячного віку й спостерігалися у центрі розвитку дитини, оцінювали стато-кінетичний, психо-емоційний, мовленнєвий розвиток та частоту захворювань на гострі інфекційні захворювання органів дихання у 6, 12, 18 та 24 місяці як хронологічного, так і скорегованого віку. Результати проведеного дослідження показали, що діти з БЛД, які виписувались з лікувальних закладів при оцінюванні фізичного розвитку за шкалами ВООЗ, майже в 50% випадків мали затримку фізичного розвитку: у віці двох років 36,9% немовлят мали вагу нижче за 10%; 41,7% дітей мали зріст нижче за 10%; 41,7% немовлят мали окружність грудної клітки нижче за 10% та 33,3% окружність голови нижче за 10%. Анемію при виписці зі стаціонару мали 48% дітей, а у шести місячному віці – 52,0%. У 12- та 18-місячному віці кількість дітей, які мали анемію, достовірно зменшувалась до 13,6% (p=0,005).

Ключові слова: передчасно народжені діти, бронхолегенева дисплазія, фізичний розвиток, захворюваність.

Робота є фрагментом НДР «Розробити систему ранніх лікувально-діагностичних та профілактично-реабілітаційних заходів для попередження поліорганних уражень у передчасно народжених дітей» (державний реєстраційний № 0114U003088) та «Розробка методики підбору контингенту для роботи, пов'язаної з біологічною безпекою на підрунті виявлення індивідуальних особливостей гено типу» (державний реєстраційний № 0114U000785).

Бронхо-легенева дисплазія (БЛД) (P.27.0) залишається однією з серйозних проблем передчасно народжених дітей (ПНД), особливо з екстремально низькою масою тіла при народженні [1, 12]. Допологове використання стероїдів, застосування сурфактант-замісних препаратів, щадних та неінвазивних методів вентиляції, оксигенотерапії підвищило виживання ПНД, але суттєво не вплинуло на частоту БЛД [10, 16]. Щорічно у світі народжується до 20 млн. дітей з надзвичайно малою масою тіла. Дані клініко-епідеміологічних досліджень останніх років свідчать про те, що захворюваність і смертність цієї категорії немовлят значно (до 20 разів) перевищує ці ж показники у дітей, які народились доношеними [2]. В Україні щорічно народжується близько 23 тисяч передчасно народжених дітей, з яких 3800 – з дуже малою масою тіла (менше 1500 г); у тому числі близько – 1300 дітей з надзвичайно малою масою тіла (менше 1000 г) [9]. В нашій державі офіційної статистики щодо поширеності БЛД серед ПНД немає, в окремих перинатальних центрах проводяться поодинокі дослідження, спрямовані на вивчення епідеміології зазначеного захворювання [8].

Діти з БЛД схильні до розвитку бронхообструктивного синдрому з високим ризиком трансформації в бронхіальну астму, яка реалізується у осіб генетичною детермінованістю до atopії [16]. Та навіть ті передчасно народжені з БЛД, які не мають бронхіальної астми, частіше мають обструкції дихальних шляхів у шкільному віці, ніж діти без БЛД [14]. Тому дуже важливим є вивчення факторів ризику негативних віддалених наслідків у дітей з БЛД та розробка клінічних прогностичних моделей з метою виділення групи високого ризику по хронічному обструктивному захворюванню легень у зрілому віці [15].

На сьогодні є багато робіт, які присвячені ролі перинатальних факторів, що впливають на перебіг БЛД, але разом з тим до кінця не з'ясований їх взаємозв'язок та прогностична цінність, маловивченими залишаються проблеми генетичної детермінанти розвитку захворювання [6]. Суперечливими є питання фармакологічної профілактики БЛД в неонатальному періоді, відсутні чіткі рекомендації ведення пацієнтів з БЛД під час їх катамнестичного спостереження [4, 11].

Метою роботи було здійснити аналіз динаміки окремих складових розвитку дітей з БЛД, вивчення частоти гострих інфекційних захворювань органів дихання, анемії, рахіту, харчової алергії упродовж двох років їх життя.

Матеріал та методи дослідження. Проведено когортне проспективне дослідження, у яке включено 33 дитини. З 49 немовлят, які брали участь у дослідженні, одна дитина померла, 7 вибуло з дослідження, 8 – батьки відмовились від катамнестичного спостереження.

У всіх дітей, які досягли 24-місячного віку й спостерігалися у центрі розвитку дитини Полтавської обласної дитячої клінічної лікарні, оцінювали стато-кінетичний, психо-емоційний та мовленнєвий розвиток у 6, 12, 18 та 24 місяці як хронологічного, так і скорегованого віку, а також частоту захворювань на гострі інфекційні захворювання органів дихання у 6, 12, 18 та 24 місяців

хронологічного віку. Діагностика стато-кінетичного розвитку відбувалась згідно Наказу МОЗ України № 149 від 20.03.2008 р. «Клінічний протокол медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років» [7]. У діагностиці моторної сфери використовувалися також прийоми Войта-діагностики та Бобат-терапії.

Психо-емоційний розвиток оцінювався відповідно до додатку № 4 вище названого Наказу «Оцінка психомоторного розвитку дитини раннього віку психологом» та за допомогою психолого-педагогічної діагностики, при якій визначається зона найближчого розвитку (за Л. Виготським) [3], оцінюється рівень психічного розвитку та можливість засвоєння завдань і способів дій. Комплексна методика психолого-педагогічної діагностики включала спостереження за поведінкою дитини, комунікативною поведінкою, грою, адекватністю реакцій на заохочення і зауваження дорослого. Основними параметрами оцінки діяльності дітей першого року життя за лініями розвитку вважаються: - контактність, прийняття й розуміння завдання; - способи виконання завдання; - здібність до наслідування, навчання в процесі обстеження; - відношення до результату своєї діяльності.

Оцінка мовленнєвого розвитку відбувалась шляхом визначення орієнтовно-пізнавальних і звукових реакцій у домовленнєвій, передмовленнєвій та період активного (моторного) розвитку мовлення. Порушення діагностувалися за Ю.О. Разенковою [10].

Захворюваність немовлят оцінювали за частотою ГРВІ, бронхіту, обструктивного бронхіту та пневмонії у 6, 12, 18 та 24 місяці.

Після оцінювання розвитку дитини було сформовано дві групи дітей: першу – в яку увійшли діти з затримкою розвитку у 24 місяці корегованого віку та другу групу – діти, які мали нормальний розвиток.

Статистичний аналіз виконувався із застосуванням комп'ютерної програми SPSS 16.0. Відмінності вважали достовірними при значенні $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз маси тіла у дітей упродовж катamnестичного спостереження засвідчив, що при виписці 14,81% ($n=8$) дітей мали вагу нижчу за 3-ю перцентиль, а 48,15% ($n=13$) дітей – в межах від 3% до 10% (рис.1).

У 6 місяців життя кількість дітей, у яких маса була нижчою за 3 перцентилі, дещо зменшилась, але це зниження не мало достовірного значення ($p=0,3336$).

У 12 місяців життя порівняно з 6 місяцями виявлено збільшення частки дітей, які мали масу менше за 3%, але ці зміни були на межі статистичної значущості ($p=0,076$). У 18 і 24 місяці життя кількість дітей з масою менше за 3 перцентилі була майже однаковою. Зазначені результати свідчать, що у термін від 6 до 12 місяців життя, коли у дітей розпочинається введення продуктів додаткового харчування, і, можливо, їх їжа стає менш калорійною, відбувається недостатня прибавка в масі й діти переходять до групи з відставанням маси більше за -2 δ .

Згідно рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) визначальним критерієм для оцінки фізичного розвитку дитини є оцінювання зросту дитини. За нашими даними 14,81% дітей виписуються з показником зросту, який знаходиться нижче за 3 перцентилі та 40,74% – у межах між 3 та 10 перцентиліями. У 6 місяців календарного віку кількість дітей з такою затримкою зросту дещо зменшується (рис. 1). Але в 12 місяців життя кількість дітей із зростом нижчим за 3 перцентилі дещо збільшується й досягає 26,92% ($p=0,1445$). У наступні вікові терміни їх кількість залишається майже незмінною.

Подібні тенденції змін відмічено і при оцінці окружності грудної клітки у дітей з БЛД упродовж 2 років життя, зокрема, 7,41% дітей виписуються з окружністю грудної клітки, яка знаходиться нижче за 3 перцентилі та 44,44% – у межах від 3 до 10 перцентилів. У 6 місяців життя також відмічено зниження відсотку дітей, у яких окружність органів грудної клітки знаходиться нижче за 10%.

Дещо менше дітей (29,61%) виписується з окружністю голови розмір якої є меншим за 10%. Слід відмітити, що частки дітей, у яких окружність голови менше за 3 перцентилі та частки дітей, у яких окружність голови менше за 10 перцентилів, упродовж перших 2 років життя залишаються сталими.

Таким чином, можна зробити висновок, що діти з БЛД, які виписуються з лікувальних закладів, майже у 50% випадків мають затримку фізичного розвитку. У подальшому в шести місячному віці кількість таких дітей дещо зменшується, але це зменшення не має статистичної значущості ($p > 0,05$), у інші вікові періоди ці пропорції залишаються незмінними. На нашу думку, це може свідчити про неадекватне харчування дітей упродовж першого року життя, про можливу

відсутність розрахунку лікарями первинної ланки енергетичного та білкового забезпечення, яке повинна отримувати дитина.

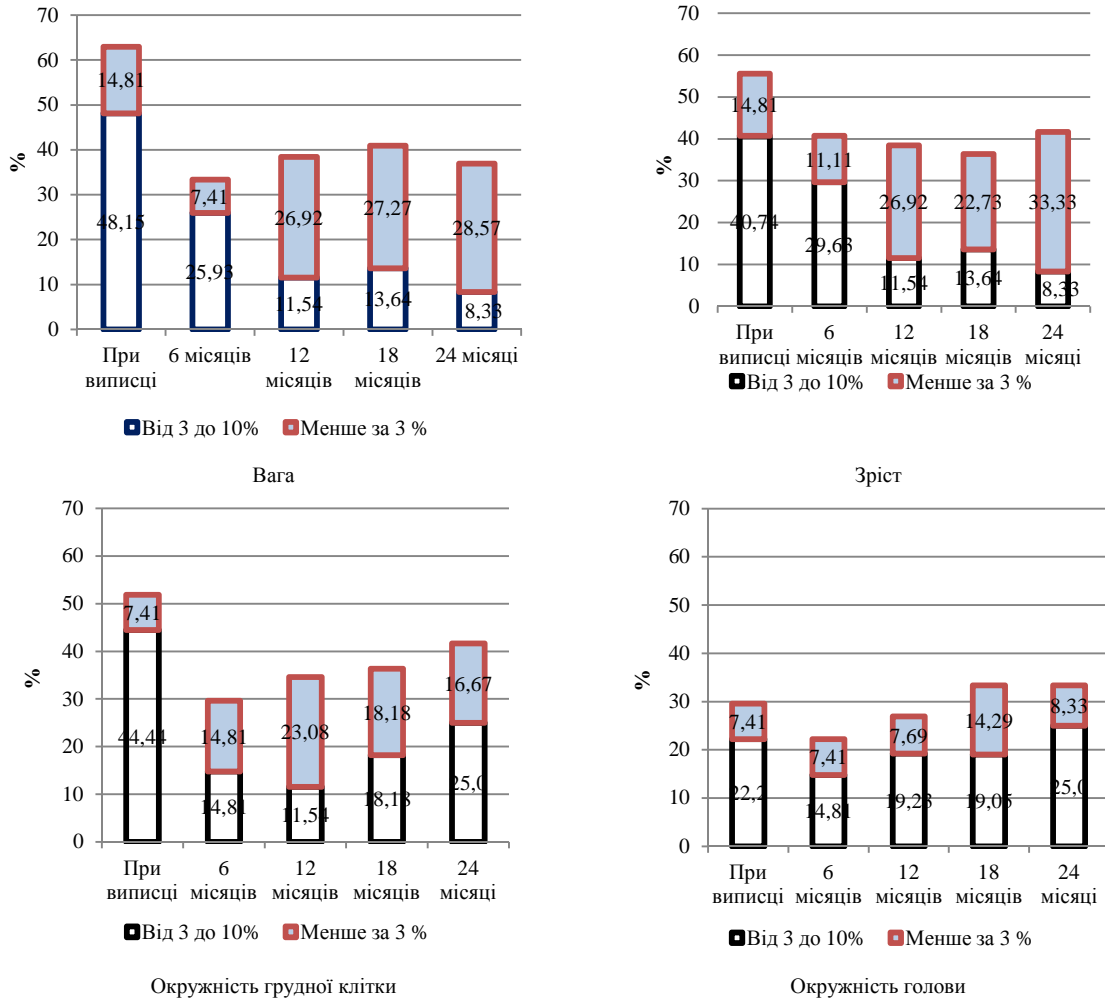


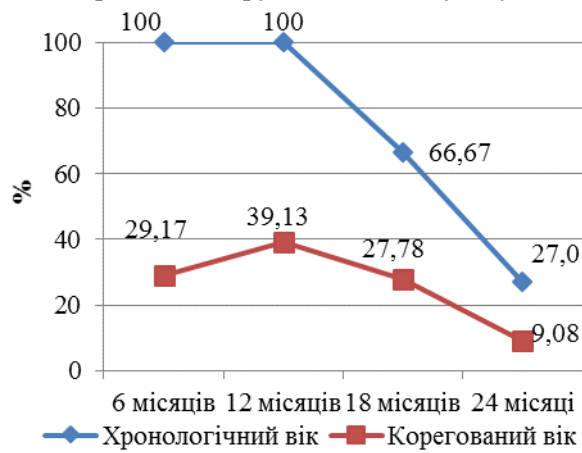
Рис. 1. Частки дітей, які мали показники фізичного розвитку нижче за 10 перцентиль, у різні вікові періоди.

Безперечно однією з причин затримки фізичного розвитку в дітей є їх неадекватне харчування. Як свідчать результати дослідження, представлені на рис.2, з лікувальних закладів виписується 70,37% дітей на грудному вигодовуванні та 3,7% – на штучному вигодовуванні, проте в 6 місяців лише 18,52% дітей ($p=0,000$) продовжують отримувати тільки грудне молоко та 7,69% дітей – грудне молоко з додаванням суміші. У 12 місяців життя 23,08% дітей отримували коров'яче молоко, 57,69% – суміш, 11,54% – грудне молоко та 7,69% – грудне молоко з додаванням суміші. На нашу думку, саме зниження відсотку дітей, які вигодовуються виключно грудним молоком до 6 місяців життя, сприяє затримці росту дітей.

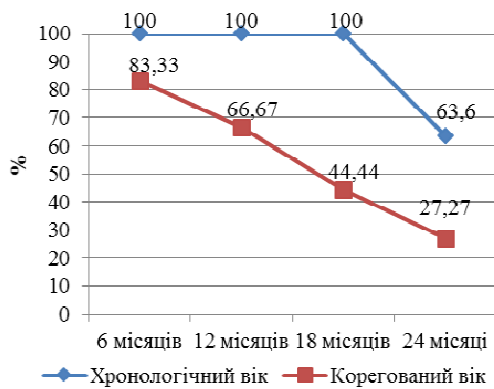
Наступним кроком нашого дослідження стало вивчення стато-кінетичного розвитку дітей з БЛД, який оцінювався за відповідністю навичок і вмій дитини календарному та скорегованому віку. Дослідження показало, що у 6 місяців хронологічного віку всі діти з БЛД мали затримку стато-кінетичного розвитку (рис.3). Але якщо оцінювати стато-кінетичний розвиток відповідно до корегованого віку, то відставання виявлено лише у 29,17% дітей. До 12 місяців як хронологічного, так і корегованого віку частки дітей із затримкою стато-кінетичного розвитку залишалися незмінними. Наприкінці 2 років хронологічного віку, порівняно з 6 місяцями, частка таких дітей достовірно зменшилась і становила 27,0% ($p<0,001$). Проте при оцінці стато-кінетичного розвитку відповідно до скорегованого віку частки їх залишились майже незмінними ($p=0,1616$). Таким чином, кількість дітей із затримкою стато-кінетичного розвитку відповідно до корегованого віку є сталою величиною упродовж 18 місяців життя і дещо меншою у 24 місяців корегованого віку.

Затримку психо-емоційного розвитку в 6 місяців календарного віку мали всі діти, а у 6 місяців корегованого віку – 33,33% дітей. Слід відмітити, що у 24 місяців як хронологічного, так і корегованого віку 66,67% дітей мали затримку психо-емоційного розвитку. Тобто серед дітей з БЛД у значній кількості дітей до 24 місяців життя формуються психо-емоційні порушення. Ці дані

свідчать про потребу включення із перших місяців життя у реабілітаційні програми дітей з БЛД системи раннього втручання та консультиування психолога.



Стато-кінетичний розвиток



Мовленнєвий розвиток

Рис. 3. Кількість дітей з відставанням розвитку у різні вікові періоди.

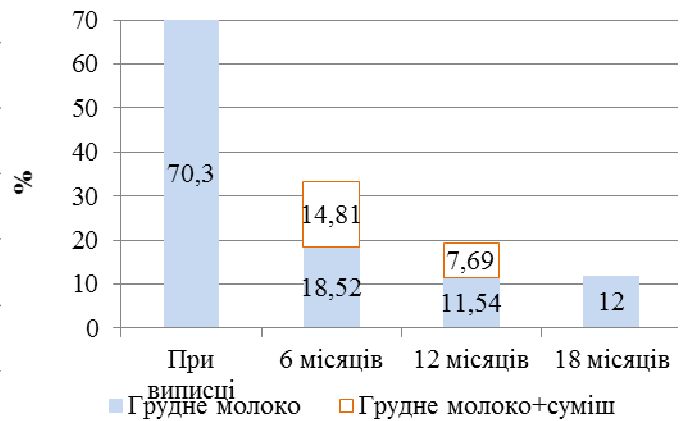
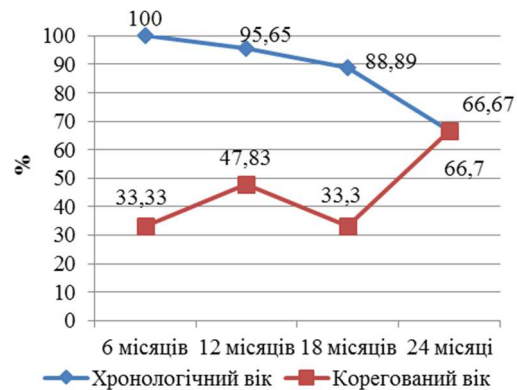


Рис. 2. Частки дітей, які отримували грудне молоко в різні вікові періоди.



Психо-емоційний розвиток

Затримку мовленнєвого розвитку мали 100% дітей у 6 місяців календарного віку та 83,33% дітей у 6 місяців корегованого віку. Упродовж перших 12 місяців життя кількість таких дітей поступово зменшувалась і при досягненні 24-місячного корегованого віку 27,27% дітей мали затримку мовленнєвого розвитку ($p=0,049$ до 6-місячного корегованого віку).

Наведені дані свідчать про необхідність проведення комплексного мультидисциплінарного підходу до ведення дітей з БЛД упродовж перших 2 років життя дітей, а розвиток таких дітей оцінювати відповідно до корегованого віку. Як було вказано вище, найбільша частка дітей у 12 місяців корегованого віку мала затримку в психо-емоційному розвитку.

Наступним кроком нашого дослідження стало вивчення у дітей з БЛД частоти ГРВІ та гострих інфекційних захворювань органів дихання. Результати дослідження свідчать, що у третини дітей з БЛД у середньому за перші два півріччя спостерігалось по 2 епізоди ГРВІ (рис.4). Після 18 місяців життя достовірно збільшилась кількість дітей, у яких відмічено три та більше епізодів ГРВІ з 5,3% до 33,3%, ($p=0,060$). Частота гострого бронхіту в дітей з БЛД у різні вікові періоди була майже однаковою, відмічається тільки недовіро збільшення частоти гострих бронхітів у третьому півріччі життя з 8,7% до 10,5%, ($p=0,468$). Частота обструктивного синдрому в дітей з БЛД упродовж перших двох років життя є досить сталою величиною. Так до 6 місяців 1 епізод обструктивного бронхіту мали 13,1% немовлят, а два епізоди – 8,7% немовлят. У 24 місяців життя 16,7% дітей мали 1 епізод, 8,33% – два епізоди та 8,3% – 3 епізоди обструктивного бронхіту. Слід відмітити, що у 24 місяці хронологічного віку частка дітей, яка мала гострий бронхіт була меншою за частку дітей, які мали обструктивний бронхіт (16,6% проти 33,2%, $p=0,6404$), але ця різниця не мала статистичної значущості. Що стосується пневмонії, то 4,5% дітей у віці 12 місяців мали 1 епізод захворювання, та така ж кількість – 2 епізоди, у 18 місяців – відповідно 8,7% та 4,4% дітей. У 24 місяці життя лише 5% дітей мали 1 епізод пневмонії.

Що стосується відсотка дітей, які мали анемію, то дослідженням виявлено, що при виписці зі стаціонару 48% дітей мали анемію, а у 6-місячному віці – 52,0% дітей. У 12-місячному віці їх

кількість достовірно зменшилась до 13,6% ($p=0,005$), аналогічною була частота у 18 місяців та повна відсутність у 24-місячному віці (рис 5).

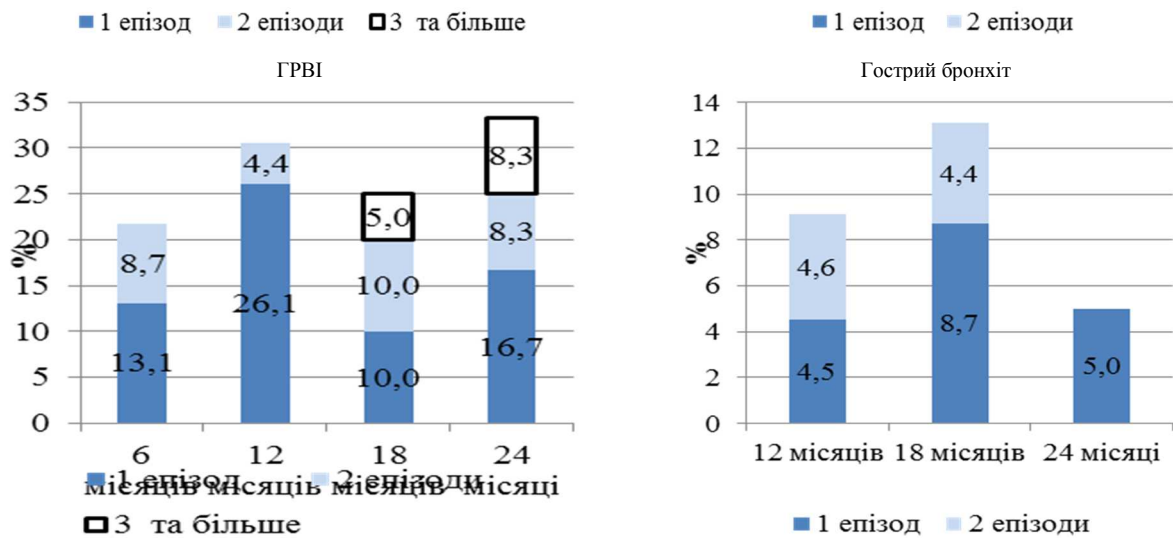
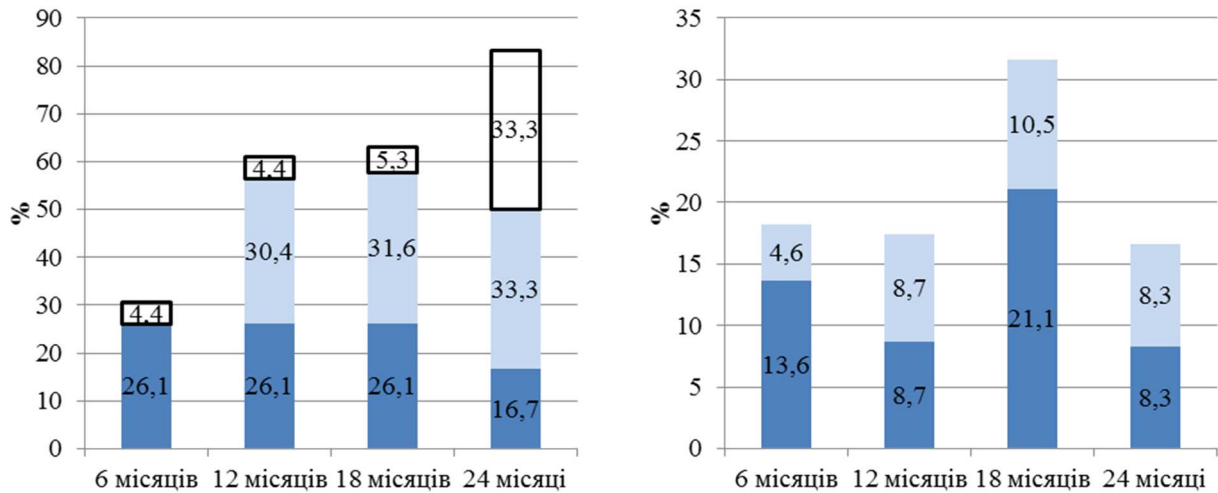


Рис. 4. Частки дітей, які мали гострі інфекції органів дихання, у різні вікові періоди.

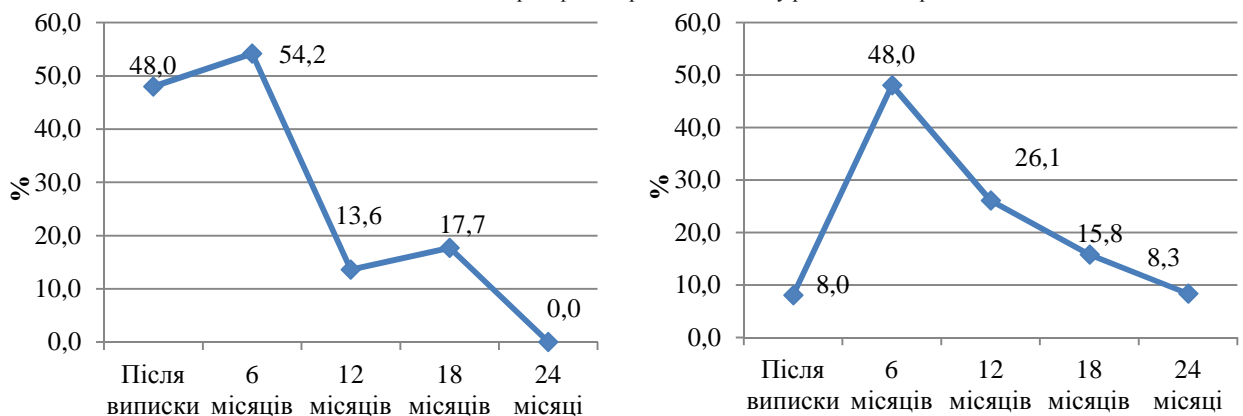


Рис. 5. Кількість дітей з соматичними захворюваннями у різні періоди хронологічного віку.

Рахіт при виписці дітей зі стаціонару є досить нечастою патологією – лише 8% дітей з БЛД був виставлений зазначений діагноз. Проте у 6 місяців їх кількість збільшується і становить вже 48,0% ($p=0,144$). У 12 місячному віці кількість рахіту зменшується. Подібні тенденції відмічаються і до 18 місяців, а в 24 місяці в жодній дитини цей діагноз не виставлявся.

Висновки

1. При оцінюванні фізичного розвитку дітей з БЛД за шкалами ВООЗ у 24 місяців хронологічного віку виявлено, що 36,9% немовлят мають вагу нижче за 10%, 41,7% немовлят мають зріст нижче за 10%, 41,7% немовлят мають окружність грудної клітки нижче за 10% та 33,3% немовлят мають окружність голови нижче за 10%.
2. Харчування у немовлят з БЛД на першому році життя є неадекватним; якщо з лікувальних закладів виписується 70,4% дітей виключно на грудному вигодовуванні та 3,7% виключно на штучному вигодовуванні, то в 6 місяців лише 18,5% дітей ($p=0,000$) продовжують отримувати тільки грудне молоко, а решта 7,7% дітей – штучні суміші.
3. Діти з БЛД у 24 місяців корегованого віку мають затримку психо-емоційного розвитку у 66,7% випадках, мовленнєвого розвитку – у 27,3% випадках та стаго-кінетичного розвитку – у 9,1% випадках.
4. Частка дітей, які мали анемію при виписці зі стаціонару становила 48%, а у 6-місячному віці – 52,0% дітей. У 12- та 18-місячному віці кількість дітей, які мали анемію, достовірно зменшилась до 13,6% ($p=0,005$).

Перспективи використання результатів. Поглиблене вивчення на більшій когорті дітей складових розвитку немовлят з БЛД та частоти захворювань дозволить в подальшому сформувати групи ризику та персоналізувати лікувальну тактику.

Список літератури

1. Агашков В. С. Рання діагностика та прогнозування бронхолегеневої дисплазії у недоношених новонароджених: дис. кандидата мед. наук: 14.01.10 / Агашков Віктор Степанович. – Х., - 2011. – 1 с.
2. Беш Л. В. Бронхообструктивний синдром у дітей раннього віку з дихальними розладами в неонатальному періоді: термінологічні, діагностичні і терапевтичні проблеми / Л. В. Беш, О. І. Мацюра // Здоров'я України. – 2011. – № 2 (17). – С. 66.
3. Выготский Л. С. Вопросы детской психологии / Л. С. Выготский // - М.: Союз. - 2006. – 250 с.
4. Власенко Д.Ю. Психомоторний та соціально-емоційний розвиток глибоко недоношених дітей / Д. Ю. Власенко // Перинатологія та педіатрія. – 2014. – №2 (58). – С. 25–29.
5. Гнітій О.В. Психолого-педагогічна діагностика розвитку дітей раннього дошкільного віку: Навчально-методичний посібник / О.В. Гнітій, І.В. Макаренко // – Кременчук: Християнська Зоря, - 2008. – 217 с.
6. Знаменська Т.К. Асоціації між поліморфізмом GSTT1, GSTP1, GSTM1 генів у індивідуумів та схильністю їх до окремих захворювань (огляд літератури) / Т.К. Знаменська, О.М. Ковальова, В.І. Похилько [та ін.] // Перинатологія і Педіатрія. – 2012. – № 3(51). – С. 67–71.
7. Клінічний протокол медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років: Наказ МОЗ України №149 від 23.03.2008 // Офіційний вісник України. – 2008. – 67 с.
8. Сенаторова Г.С. Діагностика та лікування бронхолегеневої дисплазії у дітей / Г.С. Сенаторова, А.Ф Шипко, О.Л. Логвінова [та ін.] // Методичні рекомендації. – 2014. – 28 с.
9. Яблонь О. С. Надзвичайно мала маса тіла при народженні – катамнез якості життя / О. С. Яблонь, Д. Ю. Власенко // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2014. – Т.IV. – №2 (12). – С.62–68.
10. Alan H. The New BPD / Alan H. Jobe // Neoreviews –2006.–Vol. 7, №10. –P. 531–545.
11. Carraro S. Bronchopulmonary dysplasia: the earliest and perhaps the longest lasting obstructive lung disease in humans / S. Carraro, M. Filippone, L. Da Dalt // Early Hum Dev. –2013. –Vol. 89,№3. – P. 3–5.
12. Jobe A. H. Bronchopulmonarydysplasia / A. H. Jobe, E. Bancalari // Am J Respir Crit Care Med. –2001. – Vol. 163.– P. 1723–1729.
13. Malmberg L.P. Very low birth weight and respiratory outcome: association between airway inflammation and hyperresponsiveness / L.P. Malmberg, A.S. Pelkonen, K. Malmström [et al.] // Ann Allergy Asthma Immunol. –2013. –Vol.111, №2. – P. 96–101.
14. Vom Hove M. Pulmonary outcome in former preterm, very low birth weight children with bronchopulmonary dysplasia: a case-control follow-up at school age / M. Vom Hove, F. Prenzel, H.H. Uhlig [et al.] // JPediatr. –2014. – Vol. 164,№1. – P 40–45.
15. Gibson A.M. Respiratory outcomes for the tiniest or most immature infants / A.M. Gibson, L.W. Doyle // Semin Fetal Neonatal Med. – 2014.–Vol. 19, №2. – P. 105–111.
16. Woynarowska M. Risk factors, frequency and severity of bronchopulmonary dysplasia (BPD) diagnosed according to the new disease definition in preterm neonates / M. Woynarowska, M. Rutkowska, K. Szamotulska // Med Wieku Rozwoj.– 2008. – Vol. 12.– P. 933–941.

Реферат

ФИЗИЧЕСКОЕ, СТАТО-КИНЕТИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ В ТЕЧЕНИЕ ДВУХ ЛЕТ ИХ ЖИЗНИ

Оскоменко Н.Н., Чернявская Ю.И., Ковалева Е.М., Цвиренко С.Н., Похилько В.И.

Статья посвящена изучению особенностей анализа динамики отдельных составляющих развития детей с БЛД, изучению частоты острых инфекционных заболеваний органов дыхания, анемии, рахита, пищевой аллергии в

PHYSICAL, STATO-KINETIC DEVELOPMENT AND MORBIDITY OF CHILDREN WITH BRONCHOPULMONARY DYSPLASIA WITHIN TWO YEARS OF THEIR LIFE

Oskomenko M.M., Chernyavska Y.I., Kovaleva O.M., Tsvirenko S.M., Pohylko V.I.

The article is devoted to dynamic analysis investigation of individual growth components of children with bronchopulmonary dysplasia, studying the frequency of acute infectious respiratory diseases, anemia, rickets, food

течение двух лет их жизни. Проведенное когортное проспективное исследование включало 33 ребенка с БЛД. У всех детей, которые достигли 24-месячного возраста и наблюдались в центре развития ребенка, оценивали статокинетическое, психо-эмоциональное, речевое развитие и частоту заболеваний острыми инфекционными заболеваниями органов дыхания в 6, 12, 18 и 24 месяца как хронологического, так и скорректированного возраста. Результаты проведенного исследования показали, что дети с БЛД, которые выписывались из лечебных учреждений при оценке физического развития по шкалам ВОЗ, почти в 50% случаев имели задержку физического развития: в возрасте двух лет 36,9% младенцев имели вес ниже 10%; 41,7% детей имели рост ниже 10%; 41,7% новорожденных имели окружность грудной клетки ниже 10% и 33,3% окружность головы ниже 10%. Анемию при выписке из стационара имели 48% детей, а в 6-месячном возрасте – 52,0%. В 12- и 18-месячном возрасте количество детей, которые имели анемию, достоверно снизилась до 13,6% ($p = 0,005$).

Ключевые слова: преждевременно рожденные дети, бронхолегочная дисплазия, физическое развитие, заболеваемость.

Стаття надійшла 30.03.2016 р.

allergies within two years of their life. It was the cohort prospective study that included 33 children with bronchopulmonary dysplasia. In all children, which were under 24 months of age and were observed in the center of the child, stato-kinetic, psycho-emotional, speech development and incidence of acute infectious respiratory disease in 6, 12, 18 and 24 months of chronological and adjusted age were evaluated. The results of this study showed that children with bronchopulmonary dysplasia, that were discharged from medical institutions, in assessing the WHO scales of physical development, almost in 50 % had delayed physical development, at the age of two years, 36,9 % of infants had weight below 10 %; 41,7 % of children had a height lower than 10 %; 41,7 % of infants had chest circumference below 10 % and 33,3 % of head circumference below 10 %. 48 % of children had anemia at discharge from the hospital, and at six months of age – 52,0 %. At 12 and 18 months of age the number of children who had anemia decreased significantly to 13,6 % ($p=0,005$).

Key words: prematurely born children, bronchopulmonary dysplasia, physical development, morbidity.

Рецензент Траверсе Г.М.

УДК 616

Л. К. Овчаренко, И. В. Циганенко

ВНІЗ України Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

ПЕРЕВАГИ ЗАСТОСУВАННЯ АРМАДИНУ У СКЛАДІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ, ЗОКРЕМА СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ НАПРУГИ ТА ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ

Розробка рекомендацій вибору ефективної тактики лікування ішемічної хвороби серця, зокрема, стабільної стенокардії напруги та дисциркуляторної енцефалопатії залишається актуальною проблемою у практиці лікаря-кардіолога. Існуючі схеми та принципи лікування виключають можливість різнонаправленої дії на декілька патологічних процесів, особливо вони не ефективні при одночасній терапії на всіх рівнях організації організму. У даний час проблема ефективного лікування суміжних патологічних станів, зумовлених одним захворюванням стоїть досить гостро, адже серед великої кількості різноманітних препаратів, необхідних для лікування вищезгаданих патологій дуже важко уникнути поліпрагмазії, тим більше підібрати невелику кількість препаратів, що будуть давати позитивний ефект в лікуванні.

Ключові слова: ІХС, стабільна стенокардія, дисциркуляторна енцефалопатія, Армадин.

На сьогодні однією з ведучих проблем у практиці кардіологів є забезпечення ефективного лікування ішемічної хвороби серця, особливо стабільної стенокардії напруги та дисциркуляторної енцефалопатії. Як відомо, у більшості випадків стенокардія виникає внаслідок атеросклерозу коронарних артерій і в результаті чого збільшується потреба міокарда в кисні при фізичному навантаженні як наслідок унеможливується повноцінне забезпечення міокарда власне киснем і розвивається ішемія. Однак, поряд з розвитком минущої ішемії міокарда в кардіоміоцитах розвивається порушення як біохімічних так і електролітних порушень. Більш того на рівні з атеросклеротичним ураженням коронарних судин розвивається ураження мозкових судин з розвитком дисциркуляторної енцефалопатії. Таким чином, доцільно у лікуванні вищезгаданих патологічних станів призначення препаратів, що мають різнонаправлену дію на клітинному рівні. На сьогоднішній день існує ряд препаратів, які містять у своєму складі етилметилгідроксипіридину сукцинат, зокрема препарат Армадин, яких на фоні своїх попередників виявляє більшу активність і низку позитивних результатів у складі комплексної терапії ішемічної хвороби серця, зокрема стабільної стенокардії напруги та дисциркуляторної енцефалопатії.

Метою роботи було вивчення основних фармакологічних ефектів препарату Армадин і оцінка ефективності його застосування у складі комплексної терапії дисліпідемії, ішемічної хвороби серця, зокрема стабільної стенокардії напруги та дисциркуляторної енцефалопатії.

Матеріал та методи дослідження. У ході дослідження було проаналізовано низку статей, пов'язаних з обговоренням позитивних аспектів при лікуванні препаратом Армадин, детально вивчено особливості фармакодинаміки препарату, його вплив на клітинному, субклітинному на органному рівнях, узагальнено основні принципи призначення Армадину, властиві йому побічні ефекти та