

віків ( $p < 0,05$ ). У групі хворих на ІХС було 63,7% чоловіків і 36,3% жінок. При аналізі значень ТТГ окремо у чоловіків і жінок виявилось, що при підвищенні рівня ТТГ частка жінок в третій і четвертій групах збільшується, тоді як частка чоловіків зменшується. Враховуючи виявлені відмінності, нами проведений аналіз рівня ТТГ в сироватці крові і показника ІМТ залежно від статі хворих. У жінок рівень ТТГ достовірно вищий, ніж у чоловіків, при тому що за віком групи обстежених не відрізнялися. Слід зазначити, що ІМТ у жінок був також достовірно вище, ніж у чоловіків. Серед жінок виявлена достовірна відмінність за віком між групою з пограничними значеннями ТТГ і групою з гіпотиреозом. Пацієнтки, у яких виявлений гіпотиреоз, в середньому були на 5 років старшими порівняно з групою з пограничним рівнем ТТГ ( $p = 0,02$ ).

**Висновки.** У 7,3% пацієнтів з ІХС виявлений низький рівень ТТГ, що відповідає субклінічному тиреотоксикозу. Підвищення концентрації ТТГ виявлено у 16,7% жінок і 6,9% чоловіків з ІХС. У 9,3% пацієнтів, включених в дослідження, виявлений явний гіпотиреоз. Наростання рівня ТТГ в сироватці крові асоціюється з жіночою статтю, більш старшим віком і підвищенням ІМТ. При проведенні кореляційного аналізу виявлений достовірний позитивний зв'язок між ІМТ і рівнем ТТГ. Рівень ТТГ в сироватці крові обстежених з ІХС тісно пов'язаний з ІМТ і наявністю у хворих порушень вуглеводного обміну. Показник інсулінорезистентності був максимальним у групі хворих на ІХС із ожирінням.

УДК 616 – 053.3 / .5 – 08 : 615.916 '175

*Пікуль К.В., Бобирьова Л.Є., Чеботар О.В.*

**ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА МЕТГЕМОГЛОБІНЕМІЇ  
У НАСЕЛЕННЯ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ, ЩО ПОСТІЙНО МЕШКАЄ  
В РАЙОНАХ З НІТРАТНИМ ЗАБРУДНЕННЯМ ВОДИ ЗА 15 РОКІВ**

*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава*

*ekateryna.pikul@gmail.com*

Актуальність визначається пріоритетністю досліджень, що спрямоване на забезпечення гармонійного розвитку дітей та резистентності до інфекцій.

Мета дослідження – оцінити фізичний розвиток дітей в умовах проживання на нітратно-забруднених територіях.

Матеріали та методи: «Обмінна карта вагітної», «Історія пологів», «Індивідуальна карта розвитку дитини» за даними статистики захворюваності у 1999-2002 рр. у 148 дітей від 7 до 16 рр., з яких 80 користувалися водою з підвищеним рівнем ніт-

ратів (основна група) та 66 дітей, які мешкали у місті (група порівняння). Обстеження дітей було на базі шкіл, обласної клінічної лікарні м. Полтави, інституту токсикології та екології м. Києва, ЦНДЛ УМСА.

Результати досліджень показали, що вміст нітратів у воді становив від 50 до 2200 мг/дм<sup>3</sup> у нітратно-забруднених районах та до 45мг/дм<sup>3</sup> при централізованому водопостачанні. Рівень метгемоглобіну у 2000 р. у дітей основної групи 4,61±0,35, а у групі порівняння – 2,08±0,07 (p<0,001). З огляду на це, результат основної групи, де ми мали достовірне збільшення метгемоглобіну в 2,05 разів, або на 105% контролю. У дітей основної групи було підвищення дисгармонійного фізичного розвитку школярів нижче віку у 2 рази (p<0,05). У школярів від 13 до 16 років різні порушення в органах системи сечовиділення склали 32,6% проти 16,3% при (p<0,05). Дефіцитна анемія зустрічалась в 4 рази частіше у дітей (p<0,01) і була вищою у дівчаток, ніж у хлопчиків з нітратно-забрудненої території та складала 21,6% проти 5,1% школярів, які мешкали в екологічно чистій місцевості (p<0,05) Серед дівчат основної групи відсоток порушень системи травлення був у 2,9 рази вище відносно групи порівняння (p<0,01). Через 15 років ми порівняли захворюваність у досліджуваних районах.

### **Захворюваність дітей віком 0-16 років на 1000 дітей (2016 р.)**

№ п/п	Райони	Загальна захворюваність	на 1000 нас.	Вперше в житті	на 1000 нас.
1.	В.Багачанський	5 104	1581,2	3 506	1086,1
2.	Гадяцький	9 363	1348,0	6 860	987,6
3.	Глобінський	10 600	1653,2	8 564	1335,6
4.	Гребінківський	6 097	1847,0	4 775	1446,5
5.	Диканський	4 002	1483,3	2 851	1056,7
6.	Зіньківський	6 513	1493,1	4 984	1142,6
7.	Карлівський	9 405	1922,5	6 287	1285,2
8.	Кобеляцький	9 201	1570,9	6 854	1170,2
9.	Козельщинський	3 741	1530,1	2 559	1046,6
10.	Котелевський	3 734	1308,8	2 686	941,5
11.	Кременчуцький	8 097	1315,3	6 148	998,7
12.	Лохвицький	10 877	1989,9	8 804	1610,7
13.	Лубенський	18 723	1717,1	10 919	1001,4
14.	Машівський	4 570	1852,5	2 945	1193,8
15.	Миргородський	13 753	1503,9	9 732	1064,2
16.	Н.Санжарський	6 705	1509,8	4 536	1021,4
17.	Оржицький	4 262	1358,2	3 440	1096,2
18.	Пирятинський	7 965	1827,7	5 939	1362,8
19.	Полтавський	13 997	1566,7	11 333	1268,5
20.	Решетилівський	6 660	1784,1	3 922	1050,6
22.	Семенівський	5 195	1922,6	3 856	1427,1
23.	Хорольський	8 409	1935,8	5 864	1349,9
24.	Чорнухинський	1 788	1337,3	1 207	902,8
25.	Чутівський	8 564	2654,7	6 758	2094,9
26.	Шишацький	4 577	1657,1	3 267	1182,8

Висновок: у багатьох населених пунктах за минулі роки проведено централізований водогін, проте сформована хронічна патологія в батьків у дитинстві, які постійно мешкали на забруднених нітратами територіях, відбивається на показниках захворюваності у їх дітей.

УДК 616.832-004.2-085:615

*Пінчук В.А.*

## **ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ФАРМАКОТЕРАПІЇ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ**

*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава*

vappol71@gmail.com

Зараз у світі зареєстровано близько 2,5-3 млн. пацієнтів на розсіяний склероз (РС). В Україні більше 20 тис., в Полтавській області – близько 826 осіб (поширеність складає 76,8 на 100 тис. населення, що вважають високою). Щороку в Україні кількість хворих на РС збільшується в середньому на 1000–1200 осіб. Хворіють люди молодого, працездатного віку, соціально активні, що обумовлює актуальність даної проблеми.

Згідно загальноприйнятим уявленням, у розвитку патологічного процесу при розсіяному склерозі можна виділити три етапи: перший – розвиток імунологічних реакцій на периферії і в центральній нервовій системі; другий – демієлінізація; третій – аксональна дегенерація. До патохімічних механізмів демієлінізації відносять: окислювальний стрес, NO• і ONOO•; ексайтотоксичність – апоптоз олігодендрогліоцитів (ОДГЦ); високий вміст Fe і низька активність антиоксидантних ферментів в ОДГЦ; рівень експресії протоонкогена bcl-2.

Біохімічні порушення при прогресивному і ремісивному перебігу РС наступні: підвищення рівня норадреналіну в плазмі крові при прогресивному перебігу порівняно з рецидивно-ремітуючим склерозом (РРС); підвищення глутамату і аспартату в цереброспінальній рідині при прогресивному перебігу порівняно з РРС; переважання підвищеної генерації супероксид-аніон радикалу при вториннопрогресуючому РС в порівнянні з первиннопрогресуючим РС.

Сучасний підхід до терапії розсіяного склерозу включає лікування загострення або різкого прогресування; корекцію неврологічних симптомів; попередження проявів захворювання, загострень і прогресування неврологічного дефіциту.

При рецидивах проводиться пульс-терапія метилпреднізолоном 1 г (500 мг) на добу внутрішньовенно 3-5 (7) днів; ескаляційна терапія: через 2 тижні після завершення пульс-терапії