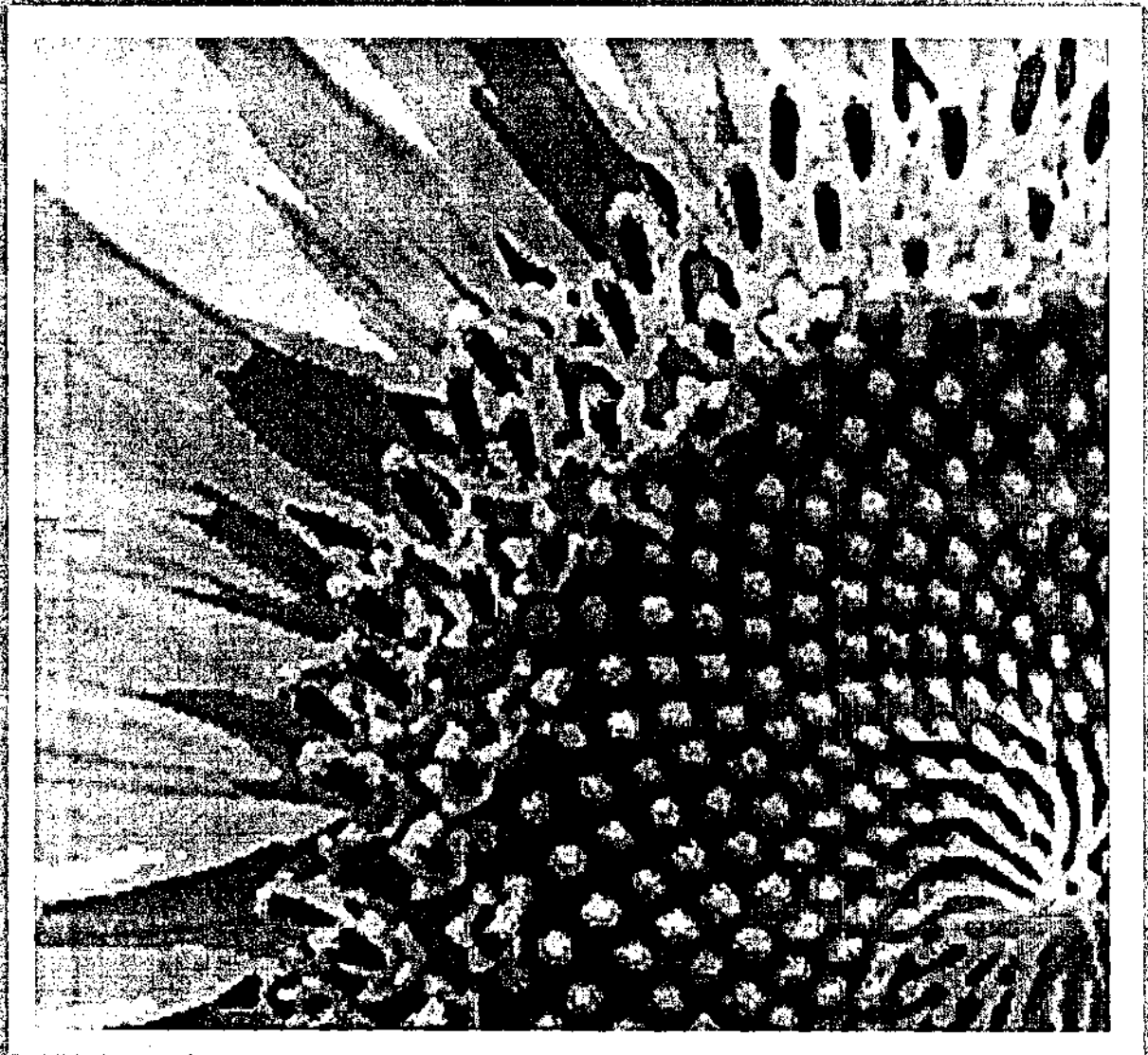


№ 1-2  
2011

№ 1-2 (11-12) • 2011

# ПРОБЛЕМИ КЛІНІЧНОЇ ПЕДІАТРІЇ



КАФЕДРА  
ДИТАЧИХ  
ХВОРОБ  
ІНЖН

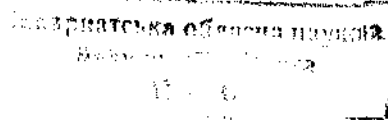
[www.journal-pkp.at.ua](http://www.journal-pkp.at.ua)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ, МОЛОДІ ТА СПОРТУ УКРАЇНИ  
УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ  
КАФЕДРА ДИТЯЧИХ ХВОРОБ ІЗ ДИТЯЧИМИ ІНФЕКЦІЯМИ

# ПРОБЛЕМИ КЛІНІЧНОЇ ПЕДІАТРІЇ

*Науково-практичний журнал  
для педіатрів та лікарів загальної практики*

№ 1-2 (11-12) 2011



Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України  
 Ужгородський національний університет  
 Медичний факультет  
 Кафедра дитячих хвороб із дитячими інфекціями

## ПРОБЛЕМИ КЛІНІЧНОЇ ПЕДІАТРІЇ

*Науково-практичний журнал для педіатрів та лікарів загальної практики – сімейної медицини*

Редакційна колегія та редакційна рада журналу  
 «ПРОБЛЕМИ КЛІНІЧНОЇ ПЕДІАТРІЇ»

Головний редактор Горленко О.М.  
 Заступник головного редактора Кучерук В.В.  
 Відповідальний редактор Томей А.І.  
 Вчений секретар Курах Д.Й.

Александров О.Ю.	Коссей Г.Б.	Передрій О.А.
Архій Е.Й.	Кішко Н.Ю.	Поляк М.А.
Банадига Н.В.	Коренев М.М.	Пушкаренко О.А.
Белей Г.М.	Каржинський Ю.С.	Рошко І.Г.
Белоусов Ю.В.	Лобода В.Ф.	Русановська О.В.
Беш Л.В.	Маляр В.А.	Русин В.І.
Білак В.М.	Машика В.Ю.	Сміян І.С.
Болдижар О.О.	Мальованик Н.Г.	Симулик В.Д.
Ганич О.М.	Міцьо Т.В.	Ткаченко С.К.
Гнатейко О.З.	Надрага О.Б.	Федорців О.Є.
Добрянський Д.О.	Няньковський С.Л.	Юрцева А.П.

### Видавці

Ужгородський національний університет МОН України  
 Журнал зареєстровано, свідоцтво про державну реєстрацію КВ №13685-2659ПР від 12.11.2007 р.  
 Рекомендовано до друку Вченою радою УжНУ від 23.06.2011 р., протокол №5.

Журнал внесено до переліку фахових видань із медичних наук  
 Постанова президії ВАК України №1-05/5 від 18 листопада 2009 р.

Оформлення обкладинки – Томей К.А.

Адреса редакції: м.Ужгород, вул. Капітульна, 21  
 Тел.: +38 031 22 3-73-59, +38 031 2 61-71-24  
 e-mail: journalpkp2009@rambler.ru, <http://www.journal-pkp.at.ua>

*Періодичність виходу – щоквартально*

Відповідальність за добір та викладення фактів у статтях несуть автори.

Усі статті рецензовані. Розмноження матеріалів журналу, опублікованих у виданні, допускається лише з письмового дозволу редакції. За зміст рекламних матеріалів відповідальність несе рекламодавець.

Оригінал-макет виготовлено та віддруковано у «Поліграфцентрі «Ліра».  
 м.Ужгород, вул. Митрака, 25  
 Тел./факс: (0312) 61-54-99

Формат 64x90/8. Папір офсетний. Підписано до друку 29.06.2011 р.  
 Зам. № 604. Умов.друк.арк. 10,7. Тираж 500 прим. Гарнітура Cambria.

# ЗМІСТ

## ІНФОРМАЦІЙНІ ПОВІДОМЛЕННЯ

### ВІЛ / СНІД у дітей

*Богадельніков І.В., Римаренко Н.В., Кисельова Г.Л.* .....5

### Організація медико-санітарного забезпечення літнього оздоровлення і відпочинку дітей у 2011 році

Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 262 від 05.05.2011 .....10

### Наказ Управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації та Державного закладу „Закарпатська обласна санітарно-епідеміологічна станція”

.....12

Науково-практична конференція «Сучасні проблеми клінічної педіатрії» .....15

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

### Дослідження факторів ризику та особливостей перебігу рахіту у дітей раннього віку із соціопатичних сімей Закарпаття

*Рубцова Є.І.* ..... 16

### Соціологічна оцінка якості амбулаторно-поліклінічної допомоги дитячому населенню Закарпатської області

*Горачук В.В., Брич В.В., Рошко І.Г., Лях Є.Й., Онисько Н.С.* ..... 21

### Результати комплексної оцінки факторів ризику розвитку вродженої обструктивної патології шлунково-кишкового тракту у новонароджених та дітей раннього віку

*Фофанов О.Д.* ..... 25

### Регіональні особливості сенсibilізації неінфекційними алергенами у дітей, хворих на алергічні захворювання, та імунно-цитокінова відповідь у дітей хворих на бронхіальну астму та дерматореспіраторний синдром

*Машика В.Ю.* ..... 30

### Результати стандартизованих режимів хіміотерапії у хворих на туберкульоз на стаціонарному етапі

*Вайс В.М., Гайович А.І., Біркович В.М., Белей Г.М.* ..... 35

### Epidemic situation by tuberculosis among children in the Zakarpattya region with iodine deficite

*Horlenko O.M., Marcovtcy L.Yu.* ..... 40

### Клініко-лабораторна характеристика затяжних кон'югаційних жовтяниць у новонароджених

*Ігнатко Л.В., Кізляк-Бубряк М.Е.* ..... 43

### Вплив акушерської та екстрагенітальної патології на інтелектуальний розвиток дитини

*Герзанич С.О., Шевчук В.В.* ..... 48

### Фізичний розвиток дітей, народжених від матерів з ускладненим перебігом вагітності

*Ігнатко Л.В., Артюх О.В., Бобик К.В.* ..... 52

### Клініко патогенетичні механізми формування обструктивних порушень у дітей, хворих на бронхіальну астму

*Білак В.М.* ..... 55

**Вроджений гіпотиреоз: рання діагностика та лікування**

*Томей А. І.* ..... 58

**Ротавірусна інфекція: епідеміологія, особливості клініки, діагностика та лікування**

*Стойка Н.М.* ..... 67

**Вагітність і йододефіцитний стан**

*Віраг М.В., Маляр Вол.В., Данко В.В.* ..... 72

**Первинна артеріальна гіпертензія у дітей. Мінералокорекція**

*Горленко О.М., Дебрецені О.В., Дербак М.А.* ..... 76

**МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЦИНИ**

**Сучасні актуальні проблеми грудного вигодовування**

*Недолуженко К.Я.* ..... 83



УДК: 618.3-06:616.441

## ВАГІТНІСТЬ І ЙОДОДЕФІЦИТНИЙ СТАН

*Віраг М.В., Маляр В.В., Данко В.В.*

*Ужгородський національний університет, м. Ужгород*

На сьогодні важлива увага приділяється значенню функціонального стану тиреоїдної системи матері в реалізації компенсаторно-приспосувальних реакцій у плода і новонародженого [1].

У жінок із тиреоїдною патологією в йододефіцитних регіонах збільшується кількість мертвонароджених, підвищується перинатальна і малюкова смертність. Крім того, наслідки тиреоїдної патології проявляються у високій частоті розвитку інших патологічних станів у новонароджених [1, 2].

Тиреоїдна дисфункція у вагітних із йодним дефіцитом призводить до надмірної стимуляції щитоподібної залози плода і напруженості компенсаторних механізмів, які спричинюють негативні наслідки здоров'ю малюка [2].

На думку F. Delange (2001), дефіцит йоду негативно впливає як на функцію щитоподібної залози матері, так плода.

У процесі ембріогенезу щитоподібна залоза першою з ендокринних залоз виявляє функціональну активність. Хронічний йодний дефіцит у матері визначає неповноцінність фетальної щитоподібної залози з розвитком неонатальної тиреоїдної дезадаптації [2].

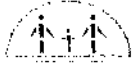
Тиреоїдні гормони матері беруть активну участь у реалізації компенсаторно-приспосувальних реакцій плода, впливають на його метаболічні процеси, ріст, розвиток, диференціювання тканин, синтез білка. Закладка центральної нервової системи плода забезпечується гормонами матері, однак подальший фетальний розвиток тканин мозку залежить від гормональної активності власної щитоподібної залози [3, 4].

У 6-8-тижневого ембріона виникають перші ознаки гормональної активності. На 8-му тижні в епітеліальний пласт проростає мезенхіма і поділяє його на окремі фрагменти. Швидкий ріст залози відбувається за рахунок розростання як епітелію, так і мезенхіми

з численними судинами. Негативні реакції на ТГ і тиреопероксидазу в цей період вказують на відсутність у залозі секреторного процесу [2, 5]. Тиреоїберин виявляється у тканині гіпоталамуса на 10-му тижні гестації і зростає до 17-го тижня. До 10-11-го тижнів виникають перші ознаки секреції, що проявляється здатністю поглинати йод, утворювати колоїд, синтезувати тироксин. До 16-17-го тижнів щитоподібна залоза плода вже повністю диференційована. Це початок активного функціонування органа. У подальшому рівень вільного Т4 у крові плода прогресивно наростає аж до народження [3, 5].

Вважають, що щитоподібна залоза плода як високочутлива до будь-яких пошкоджуючих чинників реагує на них однотипно. Однак має значення терміни гестації, на якому плід зазнає впливу ушкоджуючих агентів. Так, вплив на 6-7-му тижнях вагітності призводить до затримки диференціації епітеліальних клітин, що супроводжується посиленою проліферацією мезенхіми. Неприятливі впливи на 12-14-му тижнях вагітності, коли під час її фізіологічного перебігу щитоподібна залоза плода вперше утворює колоїд, відбувається сповільнення структурного диференціювання цього органа на три тижні: гальмується розвиток фолікулярної структури, надмірно розростається сполучна тканина. Ураження в термін 15-17 і 24-32 тижні, які є періодами максимальної тиреоїдної активності, призводить до відставання структурного диференціювання на 6-12 тижнів. При цьому руйнується структура фолікулів, відбуваються розростання і мукоїдний набряк сполучної тканини, гіаліноз судин [3, 4, 5].

Під час пологів [5] у материнському організмі відбувається значне збільшення рівня ТТГ, через 30 хвилин після пологів у дитини рівень ТТГ підвищується до 80 мМО/мл за рахунок фізіологічного стресу при народженні



та перев'язки пуловини, одночасно відбувається збільшення рівня Т3 і Т4. Концентрація гормонів щитоподібної залози у перші дні після народження змінюється, що пов'язано з фізіологічними коливаннями у відповідні три фази адаптації новонароджених у ранньому неонатальному періоді. У першу фазу адаптації (триває перші три години життя) у крові новонароджених транзиторно збільшується концентрація ТТГ, а згодом повільно наростає рівень тироксину. Підвищення секреції ТТГ вважають типовою фізіологічною адаптаційно-стресовою реакцією у відповідь на пологи і зниження температури довкілля при переході до позаутробного існування. У другу фазу (триває до завершення третьої доби) відбувається зниження концентрації ТТГ і тироксину в крові. У третю фазу адаптації (з 4-ої до 6-ої доби) рівні Т4 і ТТГ стабілізуються, у зв'язку з чим саме цей період найзручніший для гормональної діагностики тиреопатій у новонароджених.

Розв'язання цієї проблеми – забезпечення організму необхідною кількістю йоду із харчовими продуктами або за допомогою додаткового прийому йодовмісних лікарських препаратів [1, 6, 7, 8].

Світовий досвід свідчить про те, що ліквідація йодного дефіциту в значною мірою це пов'язано з нерозумінням населенням всієї серйозності медико-соціальних наслідків некорегованого йодного дефіциту [8, 9, 10].

Профілактика йододефіцитних захворювань і контроль за йодною забезпеченістю населення у регіонах з нестачею йоду – складна медико-соціальна проблема. Про це свідчить створення у 1985 році Міжнародної ради з контролю за йододефіцитними захворюваннями. Адже практично немає країн, де б не було більш чи менш виражених вогнищ захворюваності людей на ендемічний зоб у місцевостях з недостатнім вмістом йоду у воді, ґрунті, повітрі, продуктах харчування. У 2002 році Кабінетом Міністрів України була затверджена затвердив Держава програма профілактики йодної недостатності населення на 2002–2005 роки [8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15].

Проведення наукових досліджень в рамках даних програм підтвердило, що у регіонах з природною йодною нестачею, слід здійснювати йодну профілактику впродовж гестації і всього періоду лактації, яка передбачає щоденний прийом 200 мкг йодиду калію [1, 16].

На сьогодні вважається найефективнішою масова йодна профілактика, яка передбачає йодування кухонної солі. Йодування солі здійснюється додаванням на кожний кілограм солі 40 мг йодиду калію [7, 8, 17].

Може застосовуватись і групова профілактика, яка полягає в прийомі йодовмісних лікарських препаратів групами особливого ризику йододефіцитних захворювань. Мова йде насамперед про вагітних, жінок, які годують груддю і дітей. Впровадження програм йодної профілактики в організованих дитячих колективах [18].

Контроль здійснюється шляхом організації безперервного моніторингу, який ґрунтується на двох показниках: клінічних (частота зоба в популяції) та біохімічних (концентрація йоду в сечі) [1, 14].

Відомо, що зміна об'єму щитоподібної залози у відповідь на нестачу йоду залежить від тривалості йодної недостатності, статі, віку [1].

Тому сьогодні при оцінці йодного забезпечення регіону слід орієнтуватися на екскрецію йоду з сечею (йодурія), яка розглядається як основний епідеміологічний показник, оскільки з сечею виділяється 80-90% спожитого з їжею йоду [17, 19, 20, 21].

Для запобігання несприятливого впливу йодного дефіциту на організм матері та плода у період гестації необхідне проведення пренатальної йодної профілактики із дотриманням наступних правил:

1. Йодну профілактику слід призначати на етапі прегравідарної підготовки і продовжувати під час вагітності і в період лактації у вигляді препаратів йодиду калію (200 мкг/добу).
2. Вагітним жінкам не слід призначати йодовмісні біологічно активні добавки з метою індивідуальної йодної профілактики.
3. Носійство антитіл до тиреоїдної пероксидази не вважається протипоказанням до призначення йодиду калію, хоча і потребує динамічного контролю функції щитоподібної залози впродовж вагітності.
4. Якщо вагітна отримувала монотерапію левотироксином ще до вагітності, то з метою індивідуальної йодної профілактики їй також необхідно призначити 200 мкг йодиду калію.
5. Протипоказанням до призначення індивідуальної йодної профілактики під час вагітності є патологічний тиреотоксикоз (хвороба Грейвса, тиреотоксична аденома).
6. Скринінг вагітних (УЗД щитоподібної залози, визначення рівнів ТТГ, вільного Т4,



йодурії, консультація ендокринолога) з метою виявлення тиреоїдної патології під час гестації слід включити до переліку обов'язкового медичного обстеження [1].

Згідно з даними рекомендацій ВООЗ і ЮНІСЕФ із профілактики дефіциту йоду у вагітних і годуючих жінок та дітей віком до 2 років добова потреба у йоді складає 200 мкг/добу [14].

Оптимальна потреба в йоді під час вагітності 250-300 мкг/добу.

У період грудного вигодовування вміст йоду в грудному молоці за умов нормально-го забезпечення харчування йодом повинна складати 150-180 мкг/л.

Потреба для підтримання активного балансу в йоді у новонароджених доношених

– 15 мкг/кг/добу, недоношених – 30 мкг/кг/добу. Адекватна потреба в йоді в неонатальний період – 90 мкг/добу [1].

### Висновки

1. Вагітні жінки особливо схильні до розвитку йододефіцитних станів, що негативно впливає на компенсаторно-приспосувальні реакції плода і новонародженого.

2. Функціональний стан тиреоїдної системи вагітної має вагоме значення для розвитку плода і здоров'я малюків.

3. Своєчасна профілактика йододіфіцитних станів у вагітних в умовах природної нестачі йоду – запорука здорового потомства. УДК 616-053.2(075.8)

**Резюме.** Встановлено пряму залежність між йододефіцитним станом матері, функціональним станом щитоподібної залози та фетоплацентарним комплексом.

**Ключові слова:** вагітність, йододефіцитний стан, діти.

### Pregnancy and iododeficit condition

*Virah M.V., Maliar Vol.V., Danko V.V.*

**Summary.** A direct dependence is stated between the iodine deficit condition of the mother, the functional state of thyroid and the fetoplacental complex.

**Key words:** pregnancy, iododeficit condition, children.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Паньків В. І. Йодний дефіцит і вагітність: стан проблеми та засоби профілактики / В. І. Паньків // Здоров'я України – 2008. – №8/1. С. 10-12.
2. Касаткина Э. П. Роль щитовидной железы в формировании интеллекта / Э. П. Касаткина // Лечащий врач. – 2003. – № 2. – С. 24-28.
3. Thyroid function and puberty / [Weber G. et al.] // J. Pediatr. Endocrinol. Metab. – 2003. – Vol. 16, № 2. – P. 253-257.
4. Glinoe D. What happens to the normal thyroid during pregnancy? / D. Glinoe // Thyroid – 1999. – Vol. 9, № 7. – P. 631.
5. Сидельникова В. М. Эндокринология беременности в норме и при патологии / В. М. Сидельникова – М.: МЕДпресс-информ. – 2007. – 351 с.
6. Щеплягина Л. А. Йодная профилактика у детей раннего возраста / Л. А. Щеплягина, Н. А. Курмачева // РМЖ. – 2003. – Т. 11, № 12. – С. 23-27.
7. Клинико-морфологическое обоснование необходимости профилактики йоддефицитных состояний во время беременности / [Б. М. Венцовский, А. Я. Сенчук, Т. Д. Задорожная, А. В. Дарвиш] // Репродуктивное здоровье женщины. – 2004. – № 1 (17). – С. 23-25.
8. Тимченко А. М. Сучасні аспекти профілактики йододефіцитних захворювань / А. М. Тимченко, О. В. Козаков, Н. О. Кравчун // Ваше здоров'я (медична газета України) – 2004. – №8. – С. 2-3.
9. Матасар И. П. Йодная недостаточность – причина многих заболеваний для настоящего и будущего поколений / И. П. Матасар, Н. С. Салий, Ю. В. Ермолова // Здоровье и питание. – 1998. – №3-4. – С. 8-10.
10. Зелинская Н. Б. Йододефицитные заболевания в Украине: современное состояние проблемы и возможные пути ее решения / Н. Б. Зелинская, М. Е. Масенко // Здоров'я України. – 2007. – №22. – С. 37.
11. Основні показники діяльності ендокринологічної служби України за 1990-2005 роки / Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П.Комісаренка. – Київ, 2006. – 33с.





12. Караченцев Ю. І. Ендокринологічна захворюваність населення та основні напрямки розвитку спеціалізованої допомоги / Ю. І. Караченцев, А. М. Тимченко, О. В. Козаков // Проблеми ендокринної патології. – 2002. – № 2. – С. 24–33.
13. Касаткина Э. П. Актуальные вопросы тиреологии / Э. П. Касаткина // Российские медицинские вести. – 2001. – № 1. – С. 5–7.
14. Оценка йодной недостаточности. Болезни и контроль за их ликвидацией : [руководство для руководителей программ]. – 2-е изд. [электронный ресурс] / ИССИД, ЮНИСЕФ и ВОЗ – 2001 – Режим доступа: <http://www.iccid.org/pages/technical-resources.php>.
15. Тимченко А. М. Динаміка поширеності тиреопатології серед населення / А. М. Тимченко // Патогенетичні аспекти фармакотерапії ендокринних захворювань (Перші Данилевські читання). – Харків, 2002. – С. 112–113.
16. Тимченко А. М. Сучасні особливості регіональної поширеності тиреопатології серед населення / А. М. Тимченко // Проблеми ендокринної патології. – 2003. – № 3. – С. 36–45.
17. Тиреопатії в Карпатському регіоні / [І. Й. Сидорчук, Н. В. Пашковська, В. І. Паньків та ін.]. – Чернівці: Медуніверситет, 2007. – 440 с.
18. Паньків В. І. Йододефіцитні захворювання / В. І. Паньків // Київ. – 2003. – 70 с.
19. Glinoer D. The regulation of thyroid function in pregnancy: pathways of endocrine "adaptation from physiology to pathology" / D. Glinoer // Endocrinol. Rev. – 1997. – Vol. 18. – P. 404–433.
20. Профилактика и лечение йододефицитных заболеваний в группах повышенного риска (Пособие для врачей) / [И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, Е. А. Трошина и др.]. – М., 2004. – С. 49.
21. Боднар П. М. Йододефіцитні розлади – актуальна медико-соціальна проблема / П. М. Боднар // Проблеми ендокринології. – 2001. – Т. 47, № 6. – С. 3–15.
22. Епідеміологія захворювань щитоподібної залози в умовах йодної недостатності / [А. О. Вацеба, В. М. Гаврилюк, В. І. Паньків та ін.] // Лікар. справа. Врачебное дело. – 2002. – № 1. – С. 31–33.
23. Тимченко А. М. Ендемічний зоб (обговорення консенсусу та шляхів вирішення проблеми) / А. М. Тимченко // Международный эндокринологический журнал. – 2006. – №3. – С. 3–5.