приклад, із макроморфологічних ознак - це розширення порожнин серця, склероз м'яких мозкових оболон, набряк головного мозку, темна рідка кров зустрічались у 94%, та їх статистична цінність склала 3%. Були встановлені ознаки, які мали меншу частоту зустрічаємості - недокрів'я селезінки, набрякливість повік, мілкі крововиливи у сполучні оболонки ока, пристінкові тромби у порожнинах серця, мимовільне сечовипускання та дефекація - їх частота зустрічі знаходиться у межах від 4 до 29%, а статистична цінність від 0,1 до 0,9%.

4. Частота зустрічаємості мікроморфологічні ознак також нерівномірна: найбільша частота склала 100%, а найменша 0,1%. Отже, статистична цінність також була нерівномірною та склала від 3,2% до 0,3%.

5. Сукупність статистичної вірогідності діагностичних ознак визначає ступінь достовірності висновків експерта про причину смерті від алкогольної кардіоміопатії. Якщо сума коефіцієнтів складає 95% і більше, то висновок про причину смерті від алкогольної кардіоміопатії слід вважати достовірним, якщо менш ніж 95%, тоді висновок не слід вважати достовірним.

У подальших дослідженнях планується визначити діагностичну цінність клінічних ознак у вигляді коефіцієнтів при АКМП.

Список літератури

Амосова Е.Н. Кардиомиопатии /Е.Н.Амосова.- К.: Книга-плюс, 1999.- 425 с.

К вопросу о частоте алкогольной кардиомиопатии и влиянии на нее некоторых факторов /В.А.Породенко, Е.И.Быстрова, Травенко Е.Н. [и др.] //Перспективы развития и совершенегвования судебно-медицинской службы Росс. федерации: Матер. V Всерос. Сьезда судебных медиков.- М.; Астрахань: Ассоц. "Всеросс. Общество Судебных Медиков", 2000.- Вип.5.- С.234-236.

Раптова смерть при алкогольній кардіоміопатії /А.І.Найда, В.М.Нартіков, Л.П.Ногач [та ін.] //Практична медицина.- 2002.- №3.- С.66-70.

Men T. Russian mortality trends for 1991-2001: analysis by cause and region / T.Men //BMJ.- 2003.- Vol.327.- P.964.

Rubin E. Alcoholic cardiomyopathy /E.Rubin, J.Doria //Alcohol Health Res World.- 1990.- T.14, №3-4.- P.277-284.

Коновалов С.В.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ (РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ)

Резюме. *В статье проанализированы основные клинические проявления заболевания (жалобы, анамнез заболевания, данные объективного обследования), результаты инструментального (ЭКГ, Эхо-кардиография,рентгенологическое исследование) и лабораторного обследования, а также морфологические проявления АКМП. С целью анализа полученных данных были использованы методы математической статистики: количественный анализ и последовательный метод распознавания - метод Байеса. Определено частоту симптомов, встречающихся при АКМП, на основании которых определялась диагностическая ценность признаков в виде коэффициентов.*

Ключевые слова: *алкоголь, сердце, алкогольная кардиомиопатия.*

Konovalov S.V.

CLINICAL AND MORPHOLOGICAL CHANGES IN ALCOHOLIC CARDIOMYOPATHY (RETROSPECTIVE ANALYSIS)

Summary. *In the article the main clinical manifestations of the disease (complaints, medical history, physical examination data), the results of instrumental (ECG, Echocardiography, x-ray) and laboratory studies and morphological signs of ACMP were analyzed. To analyze the received data the methods of mathematic statistics were used: quantitative analysis and sequential recognition method, the Beyes method among them. The frequency of the symptoms of ACMP was determined, which was the base of the diagnostic value of the signs in the coefficients form.*

Key words: *alcohol, heart, alcoholic cardiomyopathy.*

Стаття надійшла до редакції 13.11.2012 р.

© Коробко О.А.

УДК: 616.248:616.24-008.4:008.1

Коробко О.А.

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова, кафедра внутрішньої медицини №2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

ГЕНДЕРНО-ВІКОВІ ВІДМІННОСТІ ТА КОРЕЛЯЦІЙНІ ЗВ'ЯЗКИ МІЖ ПОКАЗНИКАМИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ФУНКЦІЄЮ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Резюме. *Обстежено 118 пацієнтів на персистуючу бронхіальну астму середнього ступеня тяжкості, серед них було 47 (39,8%) чоловіків та 71 (60,2%) жінок. Найбільша кількість хворих (52 особи, що становило 44,1%) спостерігалась у віці 18-44 роки. Якість життя респондентів вивчали за допомогою української версії опитувальника MOS SF-36. Показники якості життя не корелювали з показниками функції зовнішнього дихання у всіх пацієнтів (визначались зворотні або незначні прямі кореляційні зв'язки).*

Ключові слова: *бронхіальна астма, якість життя, функція зовнішнього дихання.*

Вступ

У медичній практиці аналіз статево-вікової структури та показників якості життя (ЯЖ) у жінок та чоловіків різних вікових груп використовують з різною метою: для визначення ефективності препарату чи методу лікування у клінічних дослідженнях, для прогнозування перебігу захворювання, для аналізу співвідношення витрат та ефективності медичної допомоги у фармекономіці, у медичному аудиті, для визначення психологічних проблем і спостереження за хворими у системі загальної практики [Яшина, 2001; Фещенко, 2002; Белевский, 2003; Adams, 2001].

Мета дослідження - вивчити вікові та статеві відмінності та кореляційні зв'язки між показниками якості життя та функцією зовнішнього дихання у хворих на бронхіальну астму при різних схемах лікування.

Матеріали та методи

Обстежено 118 хворих на персистуючу бронхіальну астму середнього ступеня тяжкості. Середній вік хворих основної групи склав (45,9±1,8) років, групи порівняння - (48,3±1,7) років). Усі пацієнти були розподілені на дві групи. Хворі основної групи (70 осіб) отримували акустичний вібромасаж легень за допомогою приладу з низькочастотним звуковим сигналом постійної інтенсивності вібромасажера легень акустичного "ЕОЛ ТУ У 19016204.001 - 2000". Пацієнти групи порівняння (48 осіб) застосовували тільки препарати стандартної медикаментозної терапії. Функцію зовнішнього дихання оцінювали за допомогою комп'ютерного спірографа "Пульмовент - 1" (виробництва України).

Для визначення зв'язку індивідуальних особливостей хворого з перебігом бронхіальної астми застосовано методику визначення якості життя за допомогою української версії загального опитувальника MOS SF-36 (Medical Outcome Study Short Form-36), який перекладений за процедурою міжнародного центру з вивчення якості життя IQOLA, Бостон, США під керівництвом доктора J.E.Ware та B.Gandek. Українська версія MOS SF-36 запропонована академіком Ю.І.Фещенко зі співавторами у 2004 році, пройшла три перших етапи перекладу та культурної адаптації [Бабійчук, 2002; Фещенко, 2002; Ware, 1995].

Статистична обробка отриманих результатів проведена в пакеті "STATISTICA 5.5" (належить ЦНІТ ВНМУ ім.М.І.Пирогова, ліцензійний №AXXR910A374605FA) з використанням параметричних і непараметричних методів оцінки отриманих результатів [Боровиков, 1998].

Розподіл хворих за віком проводили згідно рекомендаціям Міжнародного симпозіуму з питань геронтології (Київ, 1963): особи молодого віку - до 45 років, середнього - 45-59 років та похилого віку - 60-74 років [Суховская, 2003].

Таблиця 1. Статево-вікова структура обстежених хворих (n=118).

Стать	Вік, роки				
	18 - 44	45 - 59	60 - 74	Разом	%
Чоловіки	21	8	18	47	39,8
Жінки	31	28	12	71	60,2

Результати. Обговорення

Результати отриманих даних (табл. 1) свідчать про те, що всього було обстежено 47 (39,8%) чоловіків та 71 (60,2%) жінок, з яких - 28 чоловіків (40%) та 42 жінки (60%) - в основній групі та 19 чоловіків (38,2%) і 29 жінок (61,8%) - у групі порівняння.

Аналіз статево-вікової структури хворих основної групи та пацієнтів групи порівняння представлені на рис. 1, де видно, що всього хворих у віці 18 - 44 роки було 52 (44,1%), у віці 45 - 59 років - 36 (30,5%) та серед пацієнтів 60 - 74 років - 30 осіб (25,4%). Серед них чоловіків у віці 18 - 44 роки нараховувалось 44,7%, у віці 45 - 59 років - 17% та у віці 60 - 74 роки - 38,35%. Жінок у віці 18 - 44 років було 43,7%, у віці 45 - 59 років - 39,4% та у віці 60 - 74 роки - 16,9%.

Отже, отримані нами дані свідчать про те, що серед обстежених нами хворих на бронхіальну астму у більшості випадків були особи віком 18-44 роки й переважали особи жіночої статі.

У сучасній медичній літературі приділяється багато уваги вивченню шляхів формування та розвитку запального процесу в дихальних шляхах. Відомо, що причини виникнення БА різноманітні та ще недостатньо з'ясовані, проте фактори ризику переважно встановлені [Петтерсон, 2000; Островський, 2005].

Відомо, що стать і вік належать до факторів ризику виникнення БА. Встановлено, що алель NAT2*5 - асоційований зі стійкістю до астми. Ця стійкість знижувалася з віком, особливо у дівчаток. Алель NAT2*6, навпаки, виявився асоційованим зі схильністю до БА. Генотип GSTM1 знижувався більш виражено з віком у дівчаток, проте у хлопчаків він зростав. Тому в ранньому дитинстві на БА частіше хворіють хлопчики, а після 11 років - пацієнти жіночої статі [Ried, 1999].

За допомогою коефіцієнту кореляції Спірмена (rs) вивчено вплив показників функції зовнішнього дихання - об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1) на критерії ЯЖ хворих в обох групах респондентів.

Як видно з таблиці 2 фізичні можливості хворих на БА достовірно не змінювались на тлі покращання показника ОФВ1 респондентів основної групи і пацієнтів групи порівняння: фізичний статус - зв'язок зворотній у хворих основної групи до лікування та хворих групи порівняння після лікування, $p>0,05$. Показник "фізична активність" - зв'язок зворотній у пацієнтів основної групи до лікування, $p>0,05$, зв'язок прямий, але статистично недостовірний ($p>0,05$) у хворих ос-

Таблиця 2. Вірогідності зв'язку між показниками якості життя та ОФВ1 у хворих на астму.

Показники якості життя	ОФВ1							
	Основна група (n=70)				Група порівняння (n=48)			
	до лікування		після лікування		до лікування		після лікування	
	rs	p	rs	p	rs	p	rs	p
Фізична активність	-0,14	0,255	0,045	0,715	0,121	0,411	0,164	0,264
Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності	0,125	0,306	0,056	0,65	0,111	0,451	0,205	0,161
Біль	0,092	0,452	0,33	0,05	0,31	0,033	0,001	0,993
Соціальна активність	0,094	0,439	0,059	0,632	0,347	0,016	-0,27	0,062
Психічне здоров'я	0,026	0,83	0,054	0,657	0,337	0,019	-0,20	0,163
Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності	0,04	0,743	0,081	0,505	0,150	0,306	-0,07	0,645
Життєздатність	0,17	0,162	0,86	0,586	0,336	0,020	-0,22	0,128
Загальне здоров'я	0,005	0,966	0,028	0,821	0,338	0,019	-0,10	0,488
Здоров'я у порівнянні з тим, щр було рік тому	0,12	0,326	0,074	0,544	0,115	0,436	0,064	0,664
Фізичний статус	-0,70	0,57	0,032	0,729	0,298	0,040	-0,21	0,146
Психічний статус	-0,06	0,604	0,033	0,787	0,372	0,010	-0,22	0,136
Загальний статус	0,105	0,387	0,02	0,988	0,298	0,040	-0,25	0,091

Примітки: - різниця достовірна при p<0,05.

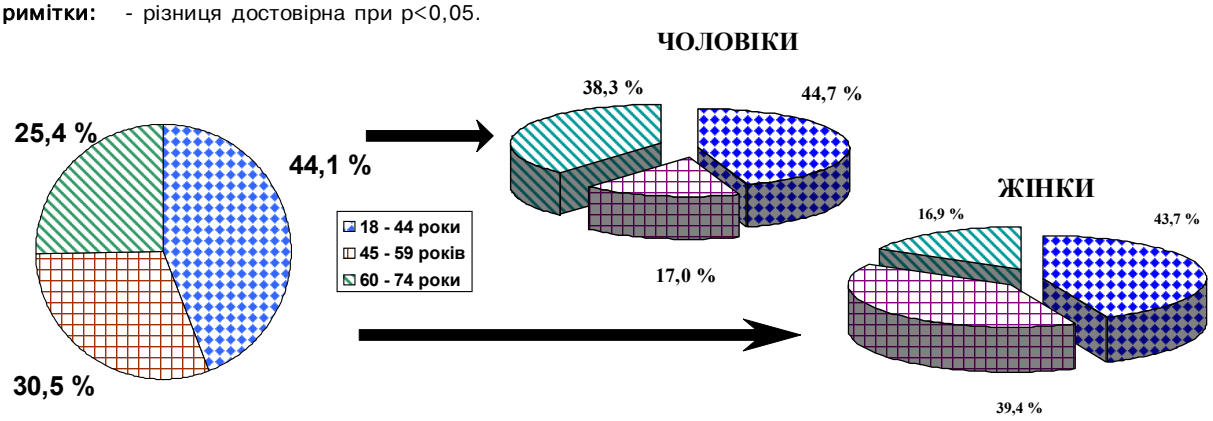

Рис. 1. Розподіл хворих за статтю і віком.

новної групи в результаті лікування та у осіб групи порівняння до та після лікування. До та після лікування у хворих основної групи та пацієнтів групи порівняння кореляційний зв'язок між показником "роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності" та ОФВ1 - прямий, але статистично недостовірний (p>0,05). Між критерієм "біль" та показником ОФВ1 не виявлено статистично достовірного зв'язку (p>0,05).До лікування у хворих основної групи та пацієнтів групи порівняння після лікування встановлений зворотній, але статистично недостовірний (p>0,05) зв'язок між ОФВ1 та показниками психічного статусу. При цьому між показником "роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності" та ОФВ1 до та після лікування у хворих основної групи та до лікування у пацієнтів групи порівняння виявлений прямий, але статистично недостовірний (p>0,05) зв'язок, в осіб групи порівняння - зворотній (p>0,05) зв'язок.

Аналогічними були зв'язки між критерієм "психічне здоров'я" та показником функції зовнішнього дихання ОФВ1 й показником якості життя "соціальна активність" та ОФВ1. Не корелювали і показники загального статусу та ОФВ1 (між показниками загального статусу та ОФВ1 до та після лікування у хворих основної групи та до лікування у пацієнтів групи порівняння виявлений прямий, але статистично недостовірний (p>0,05) зв'язок, у осіб групи порівняння - зворотній (p>0,05) зв'язок). При цьому складові загального статусу (показники "життєздатність", "загальне здоров'я") та ОФВ1 мали аналогічні кореляції.

Отже, отримані нами результати свідчать про те, що захворювання на бронхіальну астму знижувало критерії якості життя, які не корелювали з показниками функції зовнішнього дихання (об'ємом форсова-

ного дихання за першу секунду) у всіх обстежених хворих (визначені зворотні або незначні прямі кореляційні зв'язки).

За даними, отриманими Чучаліним А.Г. зі співавторами [2003], найбільш високі значення параметрів ЯЖ зафіксовано серед осіб з ОФВ1>80%, найбільш низькі - при ОФВ1 нижче 60%.

Цікавими є дослідження Сенкевича Н.Ю. зі співавторами, присвячені вивченню ЯЖ хворих на муковісцидоз за допомогою опитувальника SF-36 [Сенкевич, 1999]. Отримані авторами дані свідчать про те, що захворювання, по-перше, здійснює негативний вплив на якість життя пацієнтів за рахунок зниження показників "фізична активність" та "життєздатність" на тлі негативних змін у ментальній сфері та у сприйнятті свого здоров'я в цілому. По-друге, ЯЖ хворих на муковісцидоз не залежить від тривалості захворювання та визначається обмеженнями, в першу чергу, в психосоціальній сфері, що обумовлено самою хворобою. По-третє, захворювання на муковісцидоз менше, ніж захворювання на БА, знижує ЯЖ хворих, незважаючи на те, що перше є більш прогностично несприятливим. І, останнє, захворювання на муковісцидоз у жінок більшою мірою, ніж у чоловіків, впливає на ЯЖ. Цей висновок узгоджується з нашими даними у тому, що показники ЯЖ більш знижені серед хворих на БА жіночої статі, ніж у чоловіків. На думку авторів, наведений факт свідчить про те, що жінки є більш вимогливими до життя, ніж чоловіки. За нашими спостереженнями, більш виражене зниження показників ЯЖ у жінок у порівнянні з чоловіками може бути проявом підвищеної емоційності та сприйняття життєвих подій особами жіночої статі.

Висновки та перспективи подальших розробок

Таким чином, вивчення статі та віку, як факторів ризику виникнення бронхіальної астми, показників якості життя та кореляційних зв'язків критеріїв фізичного, психічного та загального статусу з клінічними параметрами можуть допомогти лікарю: більш глибоко зрозуміти вплив захворювання на життя пацієнта; визначити індивідуальну реакцію пацієнта на хворобу; розв'язати складні питання, пов'язані з плануванням сім'ї.

Перспективою подальших розробок є створення у подальшому індивідуальних схем лікування та профілактики хворих на бронхіальну астму з урахуванням гендерно-вікових відмінностей та критеріїв якості життя пацієнтів.

Список літератури

Бабійчук Ю.В. Динаміка первинної інвалідності, фактори ризику її виникнення, показники якості життя хворих бронхіальною астмою //Автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.27 "Пульмонологія" /Ю.В.Бабійчук.- Київ, 2002.- 18с.

Белевский А.С. Сравнительная характеристика изменений кооперативности и качества жизни больных бронхиальной астмой при использовании различных способов доставки дозированных аэрозолей /А.С.Белевский, Н.Н.Мещерякова //Пульмонология.- 2003.- №3.- С.42-48.

Сенкевич Н.Ю. Качество жизни больных муковисцидозом: факты и гипотезы /Н.Ю.Сенкевич, Е.Л.Амелина // Пульмонология.- 1999.- №3.- С.51-57.

Островський, М.М. Бронхіальна астма /Островський М.М., Левченко В.А., Вокалюк І.П.- Івано-Франківськ: Сімик, 2005.- 411с.

Петтерсон, Р. Аллергические болезни (диагностика и лечение) /Петтерсон Р., Грэмер Л., Гринберг П.- Москва: Геотар, 2000.- 734с.

Суховская О.А. Исследование качества жизни при заболеваниях органов дыхания /О.А.Суховская, М.М.Илькович, В.А.Игнатьев // Пульмонология.- 2003.- №4.- С.96-100.

Фещенко Ю.І. Процедура адаптації міжнародного опитувальника у хворих бронхіальною астмою /Ю.І.Фещенко, Ю.М.Мостовий, Ю.В.Бабійчук //Укр. пульмонол. журнал.- 2002.- №3.- С.9-11.

Чучалин А.Г. Качество жизни больных бронхиальной астмой в России: результаты многоцентрового популяционного исследования /А.Г.Чучалин, А.С.Белевский, И.В.Смоленов //Пульмонология.- 2003.- №5.- С.88-96.

Яшина Л.А. Якість життя хворих із загостренням бронхіальної астми при лікуванні інгаляційними глюкокортикостероїдами у високих дозах / Л.А.Яшина, Н.Г.Горовенко, І.В.Гогунська //Укр. пульмонол. журнал.- 2001.- №4.- С.33-36.

Evaluating translations of health status questionnaires /J.E.Ware, S.D.Keller, B.Gandek [et al.] //International J. of Technology Assesment in Health care.- 1995.- №11: 3.- С.525-551.

Quality of life in asthma: a comparison of community and hospital asthma patients /R.Adams, M.Wakefield, D.Wilson D. [et. al.] //J. Asthma.- 2001.- №38(3).- P.205-214.

Ried L.D. Evaluation of patient's Health-Related Quality of Life using a modified and shortened version of the Living With Asthma Questionnaire (ms-LWAQ) and the medical outcomes study, Short-Form 36 (SF-36) /L.D.Ried, D.P.Nau, T.J.Grainger-Rousseau //Qual. Life Res.- 1999.- №8(6).- P.491-499.

Коробко Е.А.

ГЕНДЕРНО-ВОЗРАСТНЫЕ РАЗЛИЧИЯ И КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ МЕЖДУ ПОКАЗАТЕЛЯМИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ФУНКЦИЕЙ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Резюме. *Обследовано 118 пациентов с персистирующей бронхиальной астмой средней степени тяжести, среди которых было 47 (39,8%) мужчин и 71 (60,2%) женщин. Наибольшее количество больных (52 человека, что составило 44,1%) наблюдалось в возрасте 18-44 года. Качество жизни респондентов изучали с помощью украинской версии опросника MOS SF-36. Показатели качества жизни не коррелировали с показателями функции внешнего дыхания у всех пациентов (определялись обратные или незначительные прямые корреляционные связи).*

Ключевые слова: *бронхиальная астма, качество жизни, функция внешнего дыхания.*

Korobko O.A.

GENDER-AGE DIFFERENCES AND CORRELATION RELATIONSHIP BETWEEN THE LIFE QUALITY INDICATORS AND RESPIRATORY FUNCTION IN THE *PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA*

Summary. *118 patients were examined for persistent bronchial asthma of medium severity, among them there were 47 (39.8%) men and 71 (60.2%) women. The largest number of patients (52 persons, representing 44.1%) was observed at the age of 18 - 44. For determination of the quality life of the patients with bronchial asthma the Ukrainian version of the general survey Medical Outcome Study Short Form-36 (MOS SF-36) was used. Bronchial asthma decreased the patients' life quality indicators that did not correlate with the respiratory function indicators in all the examined patients (feedback or insignificant direct correlation relationship was determined).*

Key words: *asthma, quality of life, respiratory function.*

Стаття надійшла до редакції 13.11.2012 р.

© Мантак Г.І.

УДК: 616.015-053:577.346

Мантак Г.І.

Кафедра педіатрії № 2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ, НАРОДЖЕНИХ ВІД БАТЬКІВ, ЯКІ ЗАЗНАЛИ ДІЇ ІОНІЗУЮЧОГО ОПРОМІНЕННЯ В АНТЕНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Резюме. *В роботі представлені результати обстеження 150 дітей віком від 6 до 10 років, народжені від батьків, які зазнали дії іонізуючого опромінення в антенатальному періоді свого розвитку та постійно мешкають в радіаційно забруднених районах. Згідно результатів нашого дослідження при співставленні середніх вікових показників зросту дітей обстежених груп, ми не виявили вірогідних розбіжностей. Аналізуючи індивідуальні параметри фізичного розвитку дітей згідно перцентильних таблиць, ми встановили, що затримка росту мала місце у 5,40±1,95% обстежених основної групи та у 5,13±2,21% дітей групи порівняння. При цьому, високий зріст у дітей основної групи мав місце у 8,93±0,81, тоді як, у дітей групи порівняння у 10,76±1,91%. Не відмічено вірогідної різниці і в масі тіла (p>0,05). Звертає на себе увагу група дітей, у яких затримка росту збігалася зі зниженням маси тіла (4,31±1,38% серед дітей основної групи та 3,20±1,18% серед дітей групи порівняння). При проведенні оцінки гармонійності фізичного розвитку дітей виявлено, що кількість гармонійно розвинених дітей основної групи складає 65,98±2,43%, проти 67,50±2,91% групи порівняння.*

Ключові слова: *діти, фізичний розвиток, іонізуюче опромінення.*

Вступ

Динаміка захворюваності дітей і підлітків за останні роки значно зросла, негативні тенденції в їх здоров'ї пов'язані з погіршенням показників фізичного розвитку, збільшенням психічних відхилень і пограничних станів, порушень в репродуктивній системі, збільшенням числа підлітків, які відносяться до груп високого медико-соціального ризику [Антипкін, 2005].Інтегральним параметром біологічної зрілості організму є сомато-статевий розвиток. Він детермінує як показники захворюваності, так і здоров'я. Процеси росту і розвитку визначаються генетичними і фенотиповими факторами. Особливо чутливими до факторів зовнішнього впливу є діти та підлітки [Квашнина, 2006; Ямпольская, 2005].

В літературі є повідомлення про вплив малих доз іонізуючого випромінення на показники фізичного розвитку дітей. Автори вказують на порушення гармонійного розвитку дітей, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, в тому числі у віддалені строки [Киеня и др., 2001; Ярмоненко, 2000]. Разом із тим, вплив іонізуючого випромінення на сомато-статевий розвиток дітей, народжених від батьків, які зазнали дії іонізуючого опромінення в антенатальному періоді свого розвитку, не вивчався.

Мета дослідження: вивчити стан фізичного розвитку дітей, народжених від батьків, які зазнали дії іонізуючого опромінення в антенатальному періоді та постійно мешкають в радіаційно забруднених районах.

Матеріали та методи

Під спостереженням перебувало 150 дітей 7-річного віку, народжених від батьків, які зазнали дії іонізуючого опромінення в антенатальному періоді свого розвитку та постійно мешкали в радіаційно забруднених районах. Нами було проведено комплексне обстеження дітей для вивчення фізичного розвитку. До програми обстеження були включені інструментальні обстеження за потребою. Збір даних про дітей проводили ретроспективно з медичної документації. Групу порівняння склали здорові діти аналогічних вікових груп, народжені від батьків, які не зазнали іонізуючого опромінення під час свого анте- та постнатального розвитку. Комплексна оцінка фізичного розвитку підлітків проводилась за оціночними таблицями з врахуванням зросту, маси тіла, окружності голови і грудної клітки.

Результати. Обговорення

Згідно результатів нашого дослідження середні вікові показники зросту дітей обстежених груп, ми не