

28. Ziccardi P. Reduction of inflammatory cytokine concentrations and improvement of endothelial functions in obese women after weight loss over one year / P. Ziccardi, F. Nappo // Circulation. – 2002. – V.105 (7). – P.804-809.

29. Камінський А.В. Синдром інсулінорезистентності у хворих на цукровий діабет 2 типу та його медикаментозна корекція / А.В. Камінський, А.А. Самойлов, І.А. Кисельова // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. – 2002. – №1. – С.12-22.

### Реферат

ДИНАМИКА ГЛИКЕМИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ МЕТФОРМИНОМ И ПИОГЛИТАЗОНОМ

Шаенко З.А.

Ключевые слова: сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, метформин, пиоглитазон.

Сегодня одним с наиболее серьезных вызовов для мировой диабетологии является раннее развитие и высокая частота сердечно-сосудистой патологии у больных с сахарным диабетом 2 типа (ЦД2). Цель работы - определить динамику гликемии у больных с сахарным диабетом 2 типа и ишемической болезнью сердца при комбинированном лечении метформинном и пиоглитазоном. Материалы и методы. Нами пролечено 95 больных с ИБС и СД 2 типа. Все пациенты были рандомизированы на 2 группы: группа сравнения (37 пациентов), которые получали МФ в дозе 1700-2550 мг/сутки и препараты сульфонилмочевины в суточной дозе от 30 до 60 мг, в зависимости от массы тела и группа наблюдения (58 пациентов), которым к МФ в терапию был включен препарат из группы инсулиновых сенситайзеров (тиазолидиндионов) – пиоглитазон в дозе 30 мг 1 раз в сутки. Результаты и обсуждение. Предложенный нами курс терапии длился 6 месяцев. Через 3 и 6 месяцев лечения всем пациентам проводили контроль гликемии натощак, постпрандиальной гликемии и уровень гликозилированного гемоглобина. Через 6 месяцев лечения уровень постпрандиальной гликемии в группе наблюдения снизился до  $8,05 \pm 0,34$  ммоль/л (на 25,5%), тогда как в группе сравнения – до  $8,21 \pm 0,39$  ммоль/л (на 18,7%) ( $p=0,029$ ). Выводы. Использование в комплексном лечении больных с СД 2 типа и ИБС в комбинации метформина и пиоглитазона приводит к статистически достоверному уменьшению уровня постпрандиальной гликемии и компенсации сахарного диабета, хорошо переносится больными, улучшает качество жизни больных.

### Summary

DYNAMIC CHANGES OF GLYCEMIA IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AND CORONARY HEART DISEASE UNDER THE COMBINED TREATMENT WITH METFORMIN AND PIOGLITAZONE

Shayenko Z.A.

Key words: diabetes mellitus, coronary heart disease, metformin, pioglitazone.

One of the most serious challenges for the world diabetology is the early development and high incidence rate of cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes mellitus (DM2). This study was aimed to determine the dynamic changes of blood glucose in patients with DM2 and coronary heart disease resulted from the combined therapy with metformin and pioglitazone. 95 patients with coronary artery disease and DM2 underwent the course of treatment. All the patients included in the study were randomized into 2 groups: the control group ( $n=37$ ) who received MF in a dose of 1700-2550 mg/day and sulfonylurea medication in a dose of 30 to 60 mg/day depending on body weight, and the test group ( $n=58$ ), whose therapy also included the medication with insulin sensitizers (thiazolidinediones) as pioglitazone in a dose of 30 mg once a day. The course of therapy proposed lasted for 6 months. In 3 and 6 months of the treatment all the patients were subjected to fast postprandial blood glucose and glycosylated hemoglobin. After 6 months of the therapy the level of postprandial glycemia in the test group decreased to  $8,05 \pm 0,34$  mmol / l ( 25.5%), while in the control group - up to  $8,21 \pm 0,39$  mmol / l (by 18.7 %) ( $p = 0.029$ ). The introduction of metformin and pioglitazone combination into the complex therapy of patients with type 2 diabetes mellitus and coronary artery disease leads to a statistically significant reduction in postprandial glycemia and better compensation of diabetes mellitus, thus improving the patient's quality of life.

УДК: 616.28-008.14-053.2-08 (477. 54)

**Шипко А.Ф., Муратов Г.Р., Сенаторова А.С.**

## **СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СУРДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ХАРЬКОВСКОГО РЕГИОНА**

Харьковский национальный медицинский университет

*В статье представлен опыт и результаты оказания специализированной сурдологической помощи детям Харьковского региона. Количество детей с нарушением слуха из года в год увеличивается. В структуре причин детской инвалидности патология слуха занимает пятое место. Первоочередной задачей сурдологической помощи детям является организация скрининга, ранней диагностики на основе разработок государственной программы. Предложен алгоритм аудиологического скрининга.*

Ключевые слова: дети, патология органа слуха, организация сурдологической помощи.

Согласно современным представлениям, реабилитационный процесс необходимо рассматривать как системное, комплексное, многокомпонентное и многоуровневое воздействие на пациента [4]. Заболевания органа слуха, приводящие к развитию тугоухости и глухоты, относятся к социально значимым болезням, так как дефекты слуха, возникающие, прежде всего, в детском возрасте, оказывают существенное влияние на формирование второй сигнальной системы человека [1].

Значительное нарушение слуха препятствует формированию интеллекта и самой личности индивидуума [5].

Проведенными исследованиями установлено, что у 82% детей с тугоухостью патология возникает на первом году жизни, т. е. до развития речи или в период ее становления, из них у 38,5% детей нарушения появляются в перинатальный период. Судьба ребенка с нарушением слуха определяется такими факторами как время обнаружения дефекта, степень поражения слуха и правильность оценки потенциальных возможностей остаточной слуховой функции, а при прочих равных условиях своевременностью начала лечебных мероприятий [2]. Согласно решению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): ВОЗ оказывает содействие странам в разработке программ первичных мер по охране здоровья уха и слуха, интегрированных в системы первичной медико-санитарной помощи

стран [3].

### Цель исследования

Провести анализ патологии слуха у детей Харьковской области, изучить эпидемиологию, возрастные особенности.

### Материалы и методы

При выполнении исследования использовался статистический метод оценки распространенности болезней уха и сосцевидного отростка, заболеваемости, инвалидности по необратимым нарушениям слуха у детей.

### Результаты исследований

Педиатрическая сурдологическая служба Харьковской области представлена сурдологическим отделом Областного детского отоларингологического центра, сурдологическим кабинетом городской клинической больницы и оснащена современным диагностическим оборудованием.

По результатам статистических данных показатели распространенности болезней уха и сосцевидного отростка у детей Харьковской области в 2013 году составляют 61,44 на 1000 детей, заболеваемости 56,32 на 1000 детей, что выше среднереспубликанских значений (47,13 и 42,89 соответственно). Статистические данные по количеству детей с необратимыми нарушениями слуха (ННС) в Харьковской области в динамике 2012-2013 г.г. представлены в таблице 1.

Таблица 1  
Динамика ННС у детей Харьковской области

Показатели	2012год			2013год		
	Харьковская область	Районы Харьковской области	г.Харьков	Харьковская область	Районы Харьковской области	г.Харьков
Количество детей с ННС:	1051	493	558	1060	499	561
- с глухотой	328	156	172	324	170	154
- с тугоухостью	516	236	280	526	219	307
- односторонний процесс	207	101	106	210	110	100
Количество детей –инвалидов с ННС:	696	341	355	700	343	357
- односторонний процесс	98	61	37	94	59	35
- двухсторонний процесс	598	280	318	606	284	322

Как видно из представленной таблицы 1, в Харьковской области 1060 детей с ННС разной степени тяжести. Количество детей с патологией слуха в г.Харькове несколько больше, в сравнении с районами Харьковской области, что отражает более низкую доступность специализированной медицинской помощи для детей, проживающих в сельской местности. Существенной динамики в количестве детей в 2012-2013г.г. не отмечается. Доминирующая патология тугоухость – 54,7% детей, у 27,5% детей глухота, у 17,8% детей односторонний процесс. Около 66% детей с ННС являются инвалидами, преобладает двусторонний процесс.

В структуре причин детской инвалидности в 2013 году болезни уха и сосцевидного отростка

занимают 5 ранговое место, удельный вес детей-инвалидов составляет 9,4%. В течение 2006-2013г.г. отмечается увеличение удельного веса детей-инвалидов с патологией уха и сосцевидного отростка от 8,5% до 9,4%.

При анализе показателей инвалидности у детей до 18 лет установлено, что в Харьковской области показатель инвалидности по болезням уха и сосцевидного отростка -19,3 на 10тыс.детей, среднереспубликанский показатель -14,3; впервые установленная инвалидность -1,1 на 10тыс. детей равна среднереспубликанскому показателю - 1,1.

Возрастные характеристики детей-иналидов с ННС по Харьковской области представлены в таблице 2 (статистические данные 2013 года).

Таблица 2  
Структура детей-инвалидов с ННС

Нозологическая структура в соответствии с МКБ-10	Возраст				Впервые установленная инвалидность
	до 3х лет	3-6 лет	7-14 лет	15-17 лет	
Болезни уха и сосцевидного отростка, Н60-Н95	44	126	158	186	47
Глухота, Н90-91	43	115	154	183	44

Как видно из представленной таблицы 2, в возрасте 3-6 лет жизни происходит существенное увеличение группы детей с ННС, т.е. когда патология слуха становится абсолютно очевидной. Низкий процент детей, в группе до 3х лет жизни, свидетельствует о недостаточной ранней диагностики нарушений слуха.

Ежегодно в Харьковской области впервые диагноз ННС верифицируется более чем у 100 детей, в 2013 году у 129 детей.

Возрастная структура впервые выявленных ННС в 2013 году у детей Харьковской области представлена в таблице 3.

Таблица 3  
Динамика структуры ННС в 2012-2013г.г.

	2012г.			2013г.		
	Харьковская область	Районы Харьковской области	г.Харьков	Харьковская область	Районы Харьковской области	г.Харьков
Количество детей с односторонним процессом:	21	11	10	31	17	14
-из них дети до 1 года	2	1	1	6	4	2
Кол-во детей с двухсторонним процессом:	92	30	64	98	37	61
- из них дети до 1 года	29	5	24	22	6	16
- из них дети в возрасте от 1-3лет	21	13	8	21	12	9

Как видно из представленной таблицы 3, количество детей в ННС в динамике 2012-2013г.г. увеличивается, преобладают дети с двухсторонним процессом. Удельный вес детей первого года жизни составляет 31,5%-22,4%. Выявляемость ННС в г.Харькове существенно выше, в сравнении с районами Харьковской области, особенно очевидно для детей первого года жизни.

Слухопротезирование для детей Харьковской области проводится за счет средств областного, государственного бюджетов. В 2013 году слухопротезировано 159 детей, задолженности по льготному обеспечению слуховыми аппаратами детей нет. Все дети-инвалиды обеспечиваются слуховыми аппаратами по факту установления диагноза. Одним из самых современных методов слухопротезирования является проведение кохлеарной имплантации. В Харьковской области кохлеарная имплантация проведена 55 детям, практически все операции проведены за средства государственного бюджета.

Одной из наиболее актуальных задач сурдологической помощи детям является организация скрининга слуха, т.е. ранней диагностики с детальным обследованием слуховой функции и последующим ранним вмешательством. Обязательное условие адекватного скрининга слуха: многократность обследования до 2-3лет жизни (критерием нормы слуха является речь).

На I этапе скрининг слуха проводится всем детям в родовспомогательных лечебных учреждениях.

II этап –скрининг слуха в центрах первичной медико-санитарной помощи, детских поликлиниках.

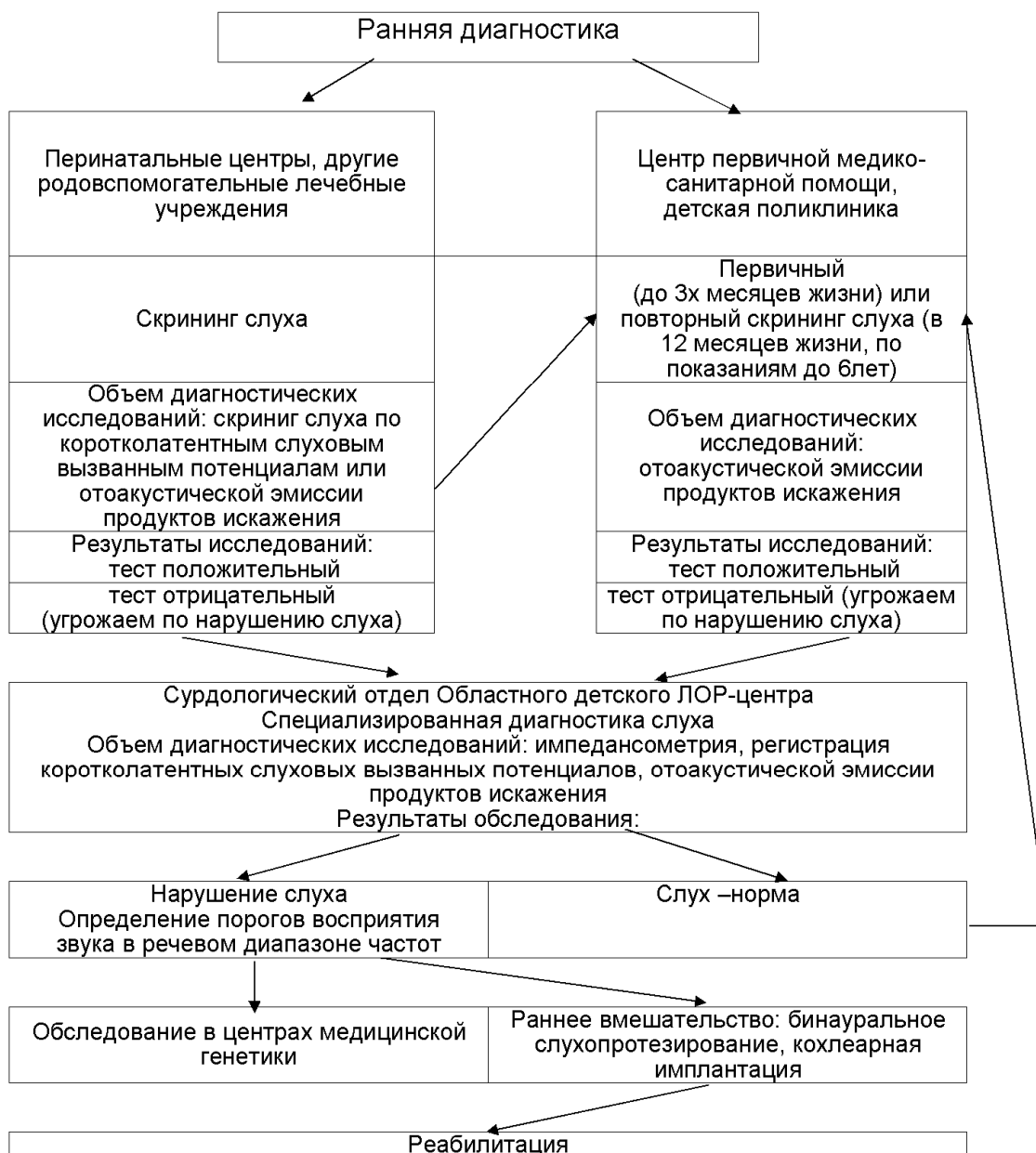
В перинатальных центрах Харьковской области организован скрининг слуха. В родильных

отделениях Харьковской области, амбулаторно-поликлинических учреждениях практически не проводится, что обусловлено отсутствием необходимого диагностического оборудования. Неонатальный скрининг слуха активно обсуждается в профессиональной среде неонатологов, отоларингологов, на страницах периодической медицинской печати. При этом практически отсутствует обсуждение проблемы организации скрининга слуха в амбулаторно-поликлинической сети.

Общеизвестно, что на 1000 детей, 1 ребенок рождается с глухотой, и у 2-3 детей (из 1000 детей) слух снижается в первые два года жизни. Снижение слуха разной степени выраженности наблюдается к 2-3 годам жизни, у 40 детей (из 1000 детей), которые были госпитализированы в отделения неонатальной интенсивной терапии.

По данным литературы эффективность неонатального скрининга равна 50%. Также скрининг слуха не проводится детям, которые находятся в отделениях интенсивной терапии, при зондовом питании ребенка.

II этап скрининга обязателен до 6 месяцев жизни всем детям, рожденными недоношенными, с массой тела до 2000кг, перенесшими асфиксию в родах, желтуху, находившиеся в отделении интенсивной терапии, а также в случае проведения ребенку искусственной вентиляции легких, с генетическими нарушениями; всем новорожденным до 3х месяцев жизни. При положительном результате тест повторяется в 12 месяцев. При отрицательном результате ребенок направляется к врачу-сурдологу. В амбулаторно-поликлинических учреждениях скрининг слуха проводится по показаниям до 6 лет жизни. Предлагается следующий алгоритм педиатрического аудиологического скрининга рис.1.



Алгоритм педиатрического аудиологического скрининга

Предложенный алгоритм позволит своевременно выявить нарушения слуха в детском возрасте и провести коррекцию слуха при необходимости.

### Выводы и рекомендации.

Основными проблемами сурдологической помощи детям является организация всеобщего скрининга слуха с целью ранней диагностики и раннего вмешательства.

Целесообразна разработка государственной программы в виде утвержденных стандартов диагностики и лечения (локальных протоколов, маршрутов пациентов), обеспечение диагностическим оборудованием родовспомогательных лечебных учреждений, Центров первичной ме-

дико-санитарной помощи, детских поликлиник, подготовка квалифицированного врачебного и среднего медицинского персонала.

Крайне важна адекватная реабилитация детей на базе существующих сурдологических структурных подразделений, которые должны быть трансформированы в сурдореабилитационные центры. Слуховые аппараты и кохлеарные импланты требуют настроек. Так, для достижения адекватных настроек кохлеарного импланта необходимо 4-5 сессий, по 3 дня на первом году после установления импланта. Для решения этих а также других реабилитационных задач необходимо оснастить областные и городские сурдологические центры соответствующим диагностическим и реабилитационным

оборудованим. Для повернення дитині здатності мовити необхідна спеціальна система сурдопедагогічної та логопедичної корекції слуху, мови, індивідуальні заняття з дітьми, навчання батьків, групові заняття, уроки музики та фонетичної ритмики, розвиток комунікативної функції та психосоціальної адаптації.

### Література

1. Отвагин І.В. Епідеміологічні та методологічні підходи до розробки системи реабілітації сурдологічних боль-

них на регіональному рівні (на прикладі центрального федерального округу Росії). Санкт-Петербург. [Текст] / І.В. Отвагин // Автор. ... д. мед. Санкт-Петербург. – 2005. – 34 с.

2. Пономарева Л.П. Нарухнення слуху у новонароджених дітей [Текст] / Л. П. Пономарева // Лечащий врач. 2009. – №1(5). – С. 39 - 42.
3. 3. Информационный бюллетень. ВОЗ N 300.- февраль.- 2014.
4. Колкер И.А Детский церебральный паралич [Текст] / И.А. Колкер В.Е. Михайленко, И.П. Шамова // Одесса.- 2006. – С. 11.
5. Sade J. Secretetory otitis media in adults: The role of mastoid preumatisations as s prognostic factor / J. Sad, C.Fuchs Anna //of Otol.- 1997.-Vol 106, №1, -р. 37-40. Ключевые слова: дети, патология органа слуха, организация сурдологической помощи.

### Реферат

СУЧАСНІ АСПЕКТИ СУРДОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ХАРКІВСЬКОГО РЕГІОНУ

Шипко А.Ф., Муратов Г.Р., Сенаторова А.С.

Ключові слова: діти, патологія органу слуху, організація сурдологічної допомоги.

У статті наведено досвід та результати надання спеціалізованої сурдологічної допомоги дітям Харківського регіону. Кількість дітей з порушенням слуху з року в рік збільшується. У структурі причин дитячої інвалідності патологія слуху займає п'яте місце. Першочерговим завданням сурдологічної допомоги дітям є організація скринінгу, ранньої діагностики на основі розробок державної програми. Запропонований алгоритм аудіологічного скринінгу.

### Summary

PRESENT-DAY ASPECTS OF CHILDREN AUDIOLOGY ASSISTANCE IN KHARKIV REGION

Shypko A.F., Muratov G.R., Senatorova A.S.

Key words: children, hearing impairments, hear diseases, audiology support.

This paper describes the experience and results obtained in developing children specialized audiology assistance in Kharkiv region. The number of hearing-impaired children has been increasing from year to year. Auditory pathologies rank the 5<sup>th</sup> position in the structure of childhood disability. Therefore the top-priority task of children audiology support consists in providing screening and early diagnosis of hearing disorders on the basis of public program elaboration. The paper also presents the algorithm of audiology screening.

УДК: 616-053.31-008.64

**Шкурупій Д.А.**

## АНАЛІЗ ФАКТОРІВ ФОРМУВАННЯ СИНДРОМУ ПОЛІОРГАННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

*Синдром поліорганної недостатності є типовим процесом для сучасних пацієнтів в критичних станах. Наявні дані свідчать про формування патогенетичних ланок цього синдрому уже на етапі внутрішньоутробного розвитку, що тягне за собою активацію негативних впливів на перебіг основного патологічного процесу та знижує можливості фізіологічного опору організму новонародженого. Метою дослідження стало визначення перинатальних факторів формування цього синдрому у новонароджених. Були проаналізовані дані медичної документації 182 новонароджених, які потребували інтенсивної терапії. Встановлено, що в групі новонароджених із синдромом поліорганної недостатності достовірно частіше констатується народження дітей від 2-х і більше пологів, малий гестаційний вік, низька вага при народженні, низька оцінка за шкалою Апгар на 1-ій та 5-ій хв. життя, більша тяжкість стану за оцінкою шкали неонатальної терапевтичної інтервенції, що підтверджується даними порівняльного і кореляційного аналізу.*

Ключові слова: новонароджені, синдром поліорганної недостатності, фактори ризику.

*Стаття є фрагментом науково-дослідної роботи вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» «Поліорганна недостатність у новонароджених: фактори ризику, механізми розвитку, принципи профілактики та інтенсивної терапії» (№ державної реєстрації: 0107U006285).*

### Вступ

Синдром поліорганної недостатності (СПОН) є типовим процесом для сучасних пацієнтів в критичних станах і фактично являє собою змінену технологічними засобами інтенсивної терапії фазу переадаптації. Традиційно його розвиток

асоціюється із реалізацією бактеріальної транслокації, ендотеліальної і імунологічної дисфункції [1]. На даний час не існує чітких рекомендацій щодо лікування і профілактики даного синдрому. У новонароджених проблеми формування СПОН присвячена невелика кількість робіт, але є до-