

даними про високі показники якості життя цих хворих [8] і менш виражені патологічні зміни, одержаними під час проведення психологічного тестування [9]). Також важливим показником є підвищення мотивації хворих дотримуватися лікарських рекомендацій щодо способу життя, фізичної активності, дієти і відмови від шкідливих звичок.

3. Підвищення ефективності та економічності роботи серцево-судинної системи, її функціональних резервів є результатом комплексного впливу запропонованої програми психофізичної гімнастики на психосоматичний статус організму. Кінцевий результат такого впливу — підвищення толерантності до фізичних і психоемоційних навантажень.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Белялов Ф. И.* Психосоматические аспекты ишемической болезни сердца (обзор) // Кардиология. — 2002. — № 8. — С. 63-80.
2. *Five-year prospective study of the effects of anxiety and depression in patients with coronary artery disease / M. D. Sullivan, A. Z. LaCroix, J. A. Spertus et al.* // Am. J. Cardiol. — 2000. — Vol. 86. — P. 1135-1138.
3. *Арутюнов Г. П., Рылова А. К., Чернявская Т. К.* Физическая реабилитация больных с недостаточностью кровообращения: проблемы и перспективы // Кардиология. — 2001. — № 4. — С. 78-82.
4. *Лещинский Л. А., Мультиановский Б. Л., Пономарев С. Б.* Динамические нагрузочные пробы в оценке реабилитации больных инфарктом миокарда // Клин. медицина. — 1996. — Т. 74, № 5. — С. 27-29.
5. *Патент 65865 А, UA А61Н1/00* Спосіб реабілітації хворих на ішемічну хворобу серця / В. С. Соколов-

ський, О. О. Лічінакі, О. Г. Юшковська № 2003065505; Заявл. 13.06.2003. — Бюл. № 4, 2004.

6. *Юшковська О. Г.* Сучасні підходи до психофізичної реабілітації хворих на ішемічну хворобу серця // Спорт. вісник Придніпров'я. — 2004. — № 7. — С. 153-155.

7. *Юшковська О. Г., Лічінакі О. О.* Психофізична гімнастика у комплексній реабілітації хворих на ішемічну хворобу серця // Досягнення біології та медицини. — 2005. — № 1. — С. 31-35.

8. *Юшковська О. Г.* Значимість якості життя хворих із серцево-судинними захворюваннями для успіху санаторно-курортної реабілітації // Архив клин. и эксперим. медицины. — 2003. — Т. 12, № 2. — С. 50.

9. *Юшковська О. Г.* Психосоматичний профіль хворих на ішемічну хворобу серця, що знаходяться на санаторному етапі реабілітації // Одес. мед. журнал. — 2004. — № 3. — С. 52-57.

УДК 616-053.4:612.017.1]-02:618.3-06

А. В. Яловчук

ОСОБЛИВОСТІ ІМУНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ ВІД МАТЕРІВ З УСКЛАДНЕНИМ ПЕРЕБІГОМ ВАГІТНОСТІ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Вступ

Одним з актуальних питань вітчизняної педіатрії залишається проблема збільшення чисельності дітей, що часто хворіють на гострі респіраторні захворювання [1; 2]. Відзначається тенденція до підвищення в дитячій популяції показників захворюваності на інфекційно-запальні хронічні хвороби верхніх і нижніх дихальних шляхів, що, зокрема, зумовлює призначення цим дітям повторних три-

валих курсів медикаментозної терапії (антибіотики, препарати від кашлю та з метою імунорекорекції, полівітаміни) [2; 3]. Суттєву роль у формуванні низької імунної резистентності в сучасних дітей дослідники відводять несприятливим перинатальним факторам, під впливом яких відбувається формування імунної системи як під час ембріонального періоду, так і в немовлят перших місяців життя [1; 3; 4]. Показано, що обтяжений перебіг вагітності у матерів може зумов-

лювати певні метаболічні зрушення в організмі новонароджених внаслідок внутрішньоутробної гіпоксії (порушення в антиоксидантній системі, недостатність енергетичних запасів для відновлювальних анаболічних процесів), які можуть негативно впливати на активність протиінфекційного захисту цих дітей на перших роках життя [1; 3]. Обговорюється доцільність раннього профілактичного призначення дітям із груп ризику — а це діти від матерів з ускладненим



перебігом вагітності, з екологічно несприятливих регіонів тощо — препаратів імунореакції з метою активного запобігання високій захворюваності [2; 3]. Останнє потребує розробки заходів, спрямованих на удосконалення системи диспансерного спостереження за цими дітьми, визначення термінів імунореабілітації з урахуванням характеру зрушень показників імунної системи згідно з віковими особливостями їх розвитку.

Мета дослідження — з'ясувати прогностичну роль показників імунної системи при оцінці стану здоров'я дітей раннього віку від матерів з ускладненим перебігом вагітності для обґрунтування заходів їх медикаментозної реабілітації.

Матеріали та методи дослідження

Під час роботи були проаналізовані результати обстеження 184 дітей раннього віку (основна група) від матерів з ускладненим перебігом вагітності (фетоплацентарна недостатність, гестози, загроза переривання вагітності) та фізіологічними пологами і 40 немовлят від матерів із фізіологічним перебігом вагітності та пологів протягом перших трьох років життя. Обстеження дітей усіх груп проводилося в динаміці у віці 1 і 6 міс і 1, 2 і 3 роки життя. Всі діти знаходилися на штучному вигодовуванні (суміші «Нан» і «Нутрилон»), продукти підгодовування отримували згідно з рекомендаціями В. Д. Отт (1998).

Комплексну оцінку стану здоров'я проводили з урахуванням загальноприйнятих критеріїв і вимог щодо диспансеризації дітей [5]. Динаміку змін в імунній системі обстежених дітей досліджували за рекомендаціями Р. В. Петрова [6].

Математичні обчислення та статистичний аналіз проводили з використанням програм "Statgraphics".

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз результатів проведеного дослідження показав, що протягом першого року життя у 34,2 % немовлят основної групи та у 37,5 % дітей групи порівняння (контроль) спостерігалися поодинокі випадки гострих респіраторних захворювань (ГРЗ) верхніх дихальних шляхів. Перебіг цих захворювань мав переважно нетривалий і нетяжкий характер.

У дворічних дітей, на відміну від результатів попереднього обстеження на першому році життя ($P > 0,05$), питома вага інфекційних респіраторних захворювань у всіх обстежених збільшилася (в основній групі ГРЗ спостерігалися у 69,0 % дітей, у групі порівняння — у 54,3 %), що пояснювалося поступовою соціалізацією пацієнтів і збільшенням їх контактів з однолітками, а також раннім відвідуванням дитячих дошкільних закладів.

Інфекційні респіраторні захворювання у структурі загальної захворюваності трирічних дітей основної групи (у 82,6 % дітей) і групи порівняння (у 56,3 % обстежених) посіли головне місце.

Після проведеного обстеження трирічні діти з основної групи згідно з загальноприйнятими критеріями [5] були розподілені за групами здоров'я залежно від ступеня тяжкості та характеру виявленої патології: 116 (63,0 %) дітей з нормальним фізичним і нервово-психічним розвитком, без функціональних відхилень (1-ша підгрупа) відповідали критеріям 2 А групи здоров'я. До 2-ї підгрупи увійшли 68 (36,9 %) дітей, з яких 57 пацієнтів належали до 2 Б, а 11 дітей — до 3-ї групи здоров'я.

За станом здоров'я трирічні діти 1-ї підгрупи практично не відрізнялися від своїх однолітків з групи порівняння, що дало підставу зарахувати їх

до 1-ї групи здоров'я. Динаміка даних імунологічного дослідження у цих дітей свідчила, що протягом першого року життя в них реєструвалися низькі середні значення сироваткових імуноглобулінів і підвищені показники НБТ-тесту (таблиця). Тільки у віці двох років у дітей 1-ї підгрупи всі імунологічні показники, що вивчалися, дорівнювали відповідним значенням у їх однолітків з групи порівняння (див. таблицю). У літературі це пояснюється наслідками перенесеної цими дітьми внутрішньоутробної гіпоксії, що може зумовлювати їх низьку протиінфекційну резистентність і ризик високої захворюваності вже у ранньому віці [3; 4].

Слід відзначити, що часті респіраторні захворювання виявлено також і у 6 (15 %) трирічних дітей з групи порівняння, в родинях яких відзначалися недоліки у догляді за немовлятами. Проте суттєвих змін показників їхньої імунної системи протягом проведеного дослідження нами визначено не було.

У 60,3 % дітей з 2-ї підгрупи протягом третього року життя частіше, ніж 6 разів на рік, траплялися випадки ГРЗ. Перебіг респіраторних захворювань у 39,7 % обстежених мав тривалий характер й ускладнювався розвитком середнього отиту чи бронхіту. Гостра стадія респіраторних захворювань у 17,6 % дітей супроводжувалася кетоацетонемічним синдромом. У 5 трирічних дітей 2-ї підгрупи на фоні частих респіраторних захворювань було діагностовано гіпертрофію аденоїдів і мигдаликів, в 1 дитини — бронхіальну астму, у 3 — хронічний рецидивний середній отит.

При аналізі умов догляду за дітьми 2-ї підгрупи відзначалося, що збільшення показників інфекційної захворюваності відбувалося на фоні раннього початку відвідування дитячих дошкільних закладів, що не



припинялося навіть при легкому захворюванні дитини на ГРЗ; батьки не завжди ретельно дотримувалися лікарських рекомендацій щодо реабілітації цих дітей.

За результатами імунологічного дослідження, у дітей 2-ї підгрупи низькі значення сироваткового IgG спостерігалися протягом усього терміну спостереження, що свідчило про тривалий період відновних процесів у системі їх протиінфекційної резистентності та гуморальної ланки імунітету. Про ці особливості свідчить у трирічних дітей тенденція до зниження середніх значень НБТ-тесту та показників ЕАС-РУК (див. таблицю).

Результати проведених досліджень показали, що у дітей раннього віку від матерів з ускладненим перебігом вагітності відзначаються негативні зрушення в імунній системі, відновлювання якої після перенесеної цими дітьми внутрішньо-утробної гіпоксії потребує певного часу (близько 2–3 років). Разом з цим, такі повільні терміни відновних процесів у

організмі цих дітей можуть зумовлювати послаблення їх загальної резистентності та «біологічну невідповідність» до відповідної для їх віку соціальної активності, заважати контактам з однолітками та відвідуванню дитячих дошкільних закладів. Збільшення показників захворюваності в обстежених дітей призводить до поглиблення зазначених вище імунологічних порушень, потребує додаткового призначення їм тривалих курсів імунокоригувальної терапії як пацієнтам з імунологічною недостатністю [3].

Тому при диспансерному спостереженні дітей від матерів з ускладненим перебігом вагітності на перших роках життя необхідно рекомендувати батькам більш пізні відвідування дитячих дошкільних закладів (після 3 років) й оптимізувати режим дня дитини з активним застосуванням заходів загартовування. Разом з цим, профілактичне застосування цим дітям ще на першому році життя препаратів, що позитивно впливають на ана-

болічні відновні процеси в імунній системі (карнітин, препарати вітаміну Е та цинку тощо), сприятиме підвищенню їх загальної резистентності. З метою імунореабілітації зазначені препарати потрібно призначати дітям раннього віку, що народилися від матерів з ускладненим перебігом вагітності, а також після перенесених повторних ГРЗ. Тривалість курсу терапії — 1 міс під контролем результатів імунологічного дослідження дитини з визначенням показників сироваткових імуноглобулінів і НБТ-тесту.

Висновки

1. Високі показники інфекційної захворюваності у дітей від матерів з ускладненим перебігом вагітності можуть бути зумовлені тривалими перебігом відновних процесів у гуморальній ланці імунної системи, що потрібно враховувати при загальній оцінці стану здоров'я.

2. Часті респіраторні захворювання внаслідок недоліків у

Показники імунної системи у дітей раннього віку, народжених від матерів з ускладненим перебігом вагітності

Таблиця

Вік	Група	Показники						
		Е-РУК, %	ЕАС-РУК, %	НБТ-тест, %	Комплекмент, %	IgA, г/л	IgM, г/л	IgG, г/л
1 міс	1-ша гр., n=116	38,4±1,8	14,1±1,8	14,8±1,7#	38,5±1,2	0,21±0,02*	0,81±0,04	4,21±0,22*
	2-га гр., n=68	38,2±1,7	12,9±1,7	15,4±1,5#	38,2±1,1	0,20±0,04*	0,80±0,04	4,30±0,25*
	Контроль, n=40	40,5±1,7	16,0±1,7	12,0±1,5	39,5±1,1	0,38±0,04	0,82±0,05	6,20±0,28
6 міс	1-ша гр., n=97	40,4±1,9	14,0±2,2	15,6±2,5#	38,0±1,2	0,22±0,04*	0,80±0,05	4,24±0,25*
	2-га гр., n=60	39,2±2,1	14,3±1,9	16,8±2,1#	38,8±1,3	0,22±0,05*	0,82±0,07	4,27±0,28*
	Контроль, n=35	40,2±1,9	16,4±1,9	12,5±1,9	40,2±1,2	0,45±0,03	0,82±0,05	6,22±0,28
1 рік	1-ша гр., n=108	42,5±1,9	14,5±1,7	20,9±3,7#	41,6±4,3	0,34±0,03*	0,98±0,03	5,32±0,37*
	2-га гр., n=68	43,4±1,8	14,7±1,9	18,8±3,1#	40,2±3,8	0,31±0,02*	1,03±0,05	5,08±0,25*
	Контроль, n=40	42,8±1,8	15,8±1,8	14,5±1,7	42,8±3,5	0,61±0,04	1,06±0,04	6,87±0,25
2 роки	1-ша гр., n=94	42,4±2,1	16,2±1,9	15,5±2,9	42,4±3,7	0,69±0,05	1,07±0,08	7,07±0,32
	2-га гр., n=65	42,9±1,9	10,8±2,1*	14,0±3,4	42,9±3,5	0,40±0,04*	1,05±0,09	6,14±0,30*
	Контроль, n=40	42,5±1,8	16,5±1,8	14,7±1,9	42,5±3,5	0,76±0,04	1,05±0,05	7,15±0,32
3 роки	1-ша гр., n=112	41,8±1,8	16,0±2,1	14,7±2,2	41,8±3,9	0,58±0,02	1,04±0,08	6,95±0,35
	2-га гр., n=68	41,5±2,1	11,4±1,9*	10,6±2,7*	42,4±3,5	0,35±0,05*	1,05±0,05	6,04±0,35*
	Контроль, n=32	42,4±1,7	16,2±1,8	14,5±1,8	42,0±3,4	0,60±0,04	1,05±0,04	7,10±0,28

Примітка. Вірогідна різниця порівняно з результатами в групі порівняння: *P<0,05; #P>0,05.



догляді та раннього початку відвідувань дитячих дошкільних закладів (до 3 років) у дітей раннього віку від матерів з ускладненим перебігом вагітності можуть поглиблювати порушення в імунній системі та призводити до розвитку вторинної імунної недостатності.

3. У загальному обсязі диспансерного спостереження за дітьми перших 3 років життя, що народилися від матерів з ускладненим перебігом вагітності, необхідно передбачити профілактичне застосування препаратів, які мають ана-

болічні властивості, позитивно впливають на відновлення гуморальної ланки імунітету, поліпшують протиінфекційну резистентність цих дітей. Саме в цьому полягає перспектива наших подальших досліджень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Лук'янова О. М. Актуальні проблеми перинатології на сучасному етапі охорони здоров'я // Перинатологія та педіатрія. — 2002. — № 3. — С. 3-6.

2. Майданник В. Г. Перспективи розвитку клінічної педіатрії в XXI столітті // Педіатрія, акушерство та

гінекологія. — 2002. — № 1. — С. 8-12.

3. Володин Н. Н., Дегтярева М. В. Иммунология перинатального периода: проблемы и перспективы // Педиатрия. — 2001. — № 4. — С. 4-8.

4. Чернишова Л. І. Вікові особливості імунітету у дітей // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2001. — № 4. — С. 23-26.

5. Диагностика и профилактика ранних отклонений в состоянии здоровья детей: Справ. пособие / Под ред. В. А. Доскина, М. Н. Рахмановой. — М., 1993. — 105 с.

6. Оценка иммунного статуса человека / Под ред. Р. В. Петрова. — М.: Медицина, 1984. — 36 с.

*Передплачуйте
і читайте*

ОДЕСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Передплата приймається у будь-якому передплатному пункті

У випусках журналу:

- ◆ Теорія і експеримент
- ◆ Клінічна практика
- ◆ Профілактика, реабілітація, валеологія
- ◆ Нові технології
- ◆ Огляди, рецензії, дискусії



Ціна передплати на півріччя (три номери):

- для підприємств та організацій — 60 грн;
- для індивідуальних передплатників — 30 грн.

Передплатні індекси:

- для підприємств та організацій — 48717;
- для індивідуальних передплатників — 48405.

