

разніші прояви дисфункції ФПК, що збільшує в них ризик неонатальної патології.

5. З метою зменшення перинатальних ускладнень у пацієнток зі ЗГЕ в анамнезі доцільно контролювати гормональну функцію ФПК із ранніх термінів вагітності, за необхідності застосовувати гормональну підтримку гестації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бурлеев В. А. Апоптоз и пролиферативная активность в эндометрии при перитонеальном эндометриозе / В. А. Бурлеев, С. В. Павлович, Н. А. Ильясова // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. — 2006. — Т. 141, № 2. — С. 165-168.

2. Изменение инвазивных свойств эндометриальных стромальных клеток при эндометриозе / Н. Ю. Сотникова, Ю. С. Анциферова, Л. В. Посисеева [и др.] // Иммунология. — 2007. — Т. 27, № 1. — С. 34-37.

3. Молекулярная патология эндометриоза : обзор / А. А. Ляшенко, Г. Р. Жоган, А. А. Азиева [и др.] // Проблемы репродукции. — 2006. — Т. 12, № 6. — С. 16-21.

4. Андреева Н. Л. Фетоплацентарный комплекс у женщин с бесплодием в анамнезе / Н. Л. Андреева // Медицинская панорама : рецензируемый научно-практический журнал для врачей и деловых кругов медицины / ООО «Медицинская панорама». — 2008. — № 8. — С. 33-37.

5. Татарчук Т. Ф. Проблема эндометриоза в аспекте прегравидарной подготовки / Т. Ф. Татарчук, Н. Ф. Захаренко, В. П. Ковбасий // Репродуктивное здоровье женщины. — 2008. — № 3. — С. 13-16.

6. Милованов А. П. Патология системы мать — плацента — плод : рук. для врачей / А. П. Милованов. — М. : Медицина, 1999. — 335 с.

7. Рец Ю. В. Прогностическое значение регуляторных и адаптационных процессов в системе мать — плацента — плод в исходе беременности и родов / Ю. В. Рец // Вопросы гинеко-

логии, акушерства и перинатологии. — 2008. — № 2. — С. 18-27.

8. Запорожан В. М. Эндоскопична хірургія в гінекології / В. М. Запорожан // Журнал АМН України. — 1999. — № 5. — С. 44-52.

9. Перспективи ендоскопії в гінекології / В. М. Запорожан, І. З. Гладчук, Н. М. Рожковська [та ін.] // Вісник наукових досліджень. — 2002. — № 2 (додаток). — С. 10-12.

10. Гладчук И. З. Гормональная терапия и оперативная лапароскопия в лечении бесплодия, ассоциированного с эндометриозом / И. З. Гладчук, А. Г. Волянская // Украинско-Американский конгресс по эндоскопической хирургии : тез. докл. — Одесса, 1997. — С. 114-114.

11. Таранов А. Г. Диагностические тест-системы (радиоиммунный и иммуноферментный методы диагностики). — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : Издатель Мокеев, 2002. — 288 с.

12. Андронов А. М. Теория вероятности и математическая статистика / А. М. Андронов, Е. А. Копытов, Л. Я. Гринглаз. — СПб. : Питер, 2004. — 460 с.

УДК 618.3-06:618.145-007.415]:616.43

О. М. Каланжова

ОСОБЛИВОСТІ ЕНДОКРИННОЇ ФУНКЦІЇ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ЖІНОК ІЗ ЗОВНІШНІМ ГЕНІТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРИОЗОМ

Вивчено вміст хоріонічного гонадотропіну, прогестерону, плацентарного лактогену, естріолу і кортизолу у динаміці вагітності у 40 жінок із зовнішнім генітальним ендометріозом в анамнезі. Отримані дані підтверджують, що розвиток вагітності у таких пацієнток відбувається в умовах нестабільності, напруження чи виснаження ендокринної функції фетоплацентарного комплексу, яка у досліджуваних залежала від ступеня тяжкості основного захворювання в прегравідарному періоді.

Ключові слова: фетоплацентарний комплекс, зовнішній генітальний ендометріоз.

UDC 618.3-06:618.145-007.415]:616.43

O. M. Kalanzhova

PECULIARITIES OF THE ENDOCRINE FUNCTION OF FETOPLACENTAL COMPLEX IN WOMEN WITH EXTERNAL GENITAL ENDOMETRIOSIS

The contents of chorionic gonadotropin, progesterone, placenta lactogen, estriol and cortisol are studied in the dynamics of pregnancy in 40 women with external genital endometriosis in anamnesis. Obtained data has confirmed that the development of pregnancy in such patients takes place under the conditions of instability, tension or exhaustion of endocrine function of fetoplacental complex, which in the investigated patients depended on the degree of severity of the basic disease during the pregravidar period.

Key words: fetoplacental complex, external genital endometriosis.

УДК 612.017.2-053.4(477.84)

О. Є. Федорців, д-р мед. наук, проф.,

Н. Б. Галіяш

ОЦІНКА ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ТЕРНОПОЛЯ НА ОСНОВІ ВИЗНАЧЕННЯ СТАНУ АДАПТАЦІЙНИХ СИСТЕМ ОРГАНІЗМУ

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського

Вступ

Зростаюча актуальність валеологічного підходу до оцінювання здоров'я людини зумовила необхідність пошуків способів визначення його рівня та

виявлення патології на донозологічних етапах. Особливої ваги ця проблема набуває у дітей дошкільного віку, оскільки підвищене антигенне та нервово-психічне їх навантаження призводить до функціонального на-

пруження адаптаційних систем організму. Негармонійний перебіг адаптаційних реакцій, їхне перенапруження чи формування а- та гіпореактивних станів супроводжується зниженням резистентності чи/та реактивності ди-

тячого організму. Ці порушення не мають чітких клінічних проявів, однак є сприятливим тлом для розвитку функціональних зрушень і хронічної патології.

Сьогодні більшість досліджень, присвячених цій проблемі, базуються на визначенні стану здоров'я за допомогою діагностики рівня фізичного, нервово-психічного розвитку дитини, а також функціонального стану певних систем органів (серцево-судинної, дихальної). Оцінка функціонального стану за типом неспецифічної адаптаційної реакції, що розвивається в організмі, дає можливість судити про рівень резистентності, адаптабельності та стан здоров'я в цілому. Загальні неспецифічні адаптаційні реакції (ЗНАР) організму, сформовані в процесі еволюції у відповідь на вплив різноманітних зовнішніх подразників, і є відображенням функціонального стану його адаптаційних систем [1]. За останні роки з'явилися дослідження, які використовували показники адаптивності як шкалу оцінки здоров'я дітей [2; 3]. Однак більшість із них вивчали динаміку адаптаційних реакцій у дітей із зон радіонуклідного забруднення або з уже наявною патологією [4]. А. Д. Барзилович і співавтори провели обстеження 87 дітей раннього та дошкільного віку до 5 років Києва для виявлення поширеності типів адаптаційних реакцій, яким підтвердили, що показники адаптивності є оптимальною інтегральною характеристикою для оцінювання та прогнозування стану здоров'я дітей [2].

Метою дослідження є оцінка стану здоров'я дітей дошкільного віку Тернополя на основі вивчення адаптаційних реакцій організму.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 80 дітей віком 4,5–6 років (середній вік — $5,00 \pm 0,63$ року), що відвідують старшу групу кількох дитсадків, розміщених у різних районах Тернополя. Дівчаток було 38 (47,5 %), хлопчиків 42 (52,5 %). Обстеження проводилося під час комплексних скринінгових профоглядів. Напередодні вивчали історію розвитку дітей, батькам було запропоновано заповнити анкети. Типування ЗНАР: стрес, орієнтування, спокійної або підвищеної активації чи переактивації — здійснювалося за допомогою системного аналізу співвідношення показників лейкоцитарної формули за методом Л. Х. Гаркаві і співавторів [1]. На підставі індексу адаптації (відношення відносних значень лімфоцитів до сегментоядерних нейтрофілів) визначено характер адаптаційної реакції (гармонійний чи напружений) [1]. Рівень реактивності адаптаційної реакції (низький, середній, високий) визначали за наявністю та вираженістю ознак напруження лейкоцитарної формули крові [1; 5]. Стану здоров'я відповідали реакції високого та середнього рівнів реактивності [5].

Отриманий цифровий матеріал був опрацьований за загальноприйнятими методами варіаційної статистики. Оцінку вірогідності отриманих резуль-

татів здійснили за допомогою критерію Стьюдента — Фішера.

Результати дослідження та їх обговорення

До I групи здоров'я можна було зарахувати 10 (12,5 %) дітей, до II — 68 (85 %) дітей, до III — 2 (2,5 %) дитини [6]. У 22 (27,5 %) дітей була виявлена патологія органів шлунково-кишкового тракту, у 26 (32,5 %) — кардіологічна патологія, у 33 (41,3 %) — ортопедична й у 17 (21,3 %) — дитяча хірургічна патологія. У 62 дітей (77,5 %) виявлено хронічну лор-патологію, зокрема з гіпертрофією мигдаликів різного ступеня було 52 (65 %) дитини, з хронічним тонзилітом — 31 (38,8 %), аденоїдні вегетації були знайдені у 2 (2,5 %) обстежених. При цьому у 23 (28,8 %) дітей відмічалася поєднана лор-патологія. У 52 (65 %) дітей спостерігалася поєднання патології різних систем організму.

Проведений аналіз середньостатистичних параметрів гематологічного обстеження дітей не виявив суттєвих відхилень від норми, але показав тенденцію до зниження або підвищення окремих його показників (табл. 1). Зокрема, кількість лімфоцитів у загальній вибірці дещо перевищує норму, що пояснюється переходом лейкоцитарної формули від вікового перехресту, який відбувається у віці 3–5 дб і вдруге у 3,8 року, до показників дорослих [2; 7]. Показники гемограми у даній віковій групі не мають жодних статевих відмінностей.

Найчастіше в обстежених дітей спостерігалася реакція під-

Таблиця 1

Показники гемограми дітей дошкільного віку Тернополя залежно від статі

Контингент	Нв, г/л	Лейк., 10 ⁹ /л	Базоф., %	Еозин., %	Палич., %	Сегм., %	Лімф., %	Моноц., %
Хлопці, n=42	123,97±1,04	5,71±0,15	0,05±0,04	2,31±0,43	1,49±0,19	51,41±1,58	39,49±1,37	5,15±0,39
Дівчата, n=38	122,38±1,42	5,64±0,14	0,06±0,04	2,30±0,39	1,48±0,18	49,16±1,73	41,95±1,86	4,92±0,39
Усі обстежені, n=80	123,20±0,87	5,68±0,10	0,05±0,03	2,30±0,29	1,66±0,13	50,32±1,17	40,68±1,15	5,04±0,27
Нормативні дані [7]	120–140	4–9	0–0,05	1–5	1–5	27–65	19–37	1–10

Показники лейкоцитарної формули крові дітей дошкільного віку Тернополя при різних типах адаптаційних реакцій

Показник	Адаптаційні реакції				
	Орієнтування, n=9	Спокійна активація, n=10	Підвищена активація, n=37	Переактивація, n=24	Стрес
Лейкоцити, 10 ⁹ /л	5,54±0,41	5,54±0,29	5,57±0,15	5,93±0,18	—
Індекс адаптації	0,39±0,01 ¹	0,57±0,02 ²	0,74±0,02 ³	1,43±0,08	—
Паличкоядерні нейтрофіли, %	2,63±0,46 ¹	1,56±0,24	1,50±0,21 ³	1,61±0,22	—
Сегментоядерні нейтрофіли, %	64,13±1,34 ¹	55,67±1,79	53,47±1,00 ³	38,48±1,29	—
Лімфоцити, %	24,75±0,41 ¹	31,44±0,41	38,75±0,56 ³	52,87±1,24	—
Еозинофіли, %	2,63±0,53 ¹	5,11±1,06 ²	1,67±0,44	2,09±0,30	—
Моноцити, %	5,75±0,96	5,00±0,87	5,00±0,40	4,87±0,49	—

Примітка. ¹ — статистично значуща розбіжність (p<0,05) порівняно з реакцією спокійної активації; ² — статистично значуща розбіжність (p<0,05) порівняно з реакцією підвищеної активації; ³ — статистично значуща розбіжність (p<0,05) порівняно з переактивацією.

вищеної активації (46,3 %) і переактивації (30 %). Дещо рідше — реакції спокійної активації (12,5 %) та орієнтування (11,3 %). У даній групі не було виявлено дітей із стрес-реакцією, бо серед них переважали здорові та відносно здорові особи.

Реакція орієнтування (РО) траплялась у 9 обстежених. Показники крові у даній групі знаходилися в межах норми. Кількість лімфоцитів була найнижчою порівняно з даними інших груп — (24,75±0,41) % і коливалося від мінімального 23 % (n=1) до максимального 27 % (n=1). Кількість сегментоядерних нейтрофілів наближалася до верхньої межі норми, що становить 65 %. Розмах показників — від 59 % (n=2) до 70 % (n=1) (табл. 2). Еозинофіли у цій групі були в межах верхньої половини норми (2,63±0,53) %. Враховуючи, що лімфоцити знаходяться у прямому зв'язку з продукцією мінералокортикоїдів, а еозинофіли — у зворотному із вмістом глюкокортикоїдів, отримані дані можуть свідчити, що при РО продукція цих гормонів не активується [4].

У 10 (12,5 %) із обстежених було виявлено реакцію спокійної активації (РСА). У крові спостерігалось збільшення кількості лімфоцитів і зменшення сегментоядерних нейтрофілів, підвищення індексу адаптації (див. табл. 2). Кількість лімфоцитів коливалася від 30 % (n=3) до 33 % (n=2), а сегментоядерних нейтрофілів — від 49 % (n=1) до 63 % (n=1). У цій групі відсоток еозинофілів був максимальним — (5,11±1,06) % порівняно з показниками інших груп. Вища кількість лімфоцитів і еозинофілів може розглядатися як ознака збалансованої активації секреції мінералокортикоїдів і глюкокортикоїдів, що може свідчити про суттєве підвищення резистентності організму та збільшення протизапального потенціалу.

Реакція підвищеної активації (РПА) була виявлена у 37 (46,3 %) обстежених. У цій групі кількість лімфоцитів наближалася до верхньої межі норми, а кількість нейтрофілів та еозинофі-

лів була вірогідно меншою (див. табл. 2). Кількість лімфоцитів коливалася від 34 % (n=5) до 44 % (n=3), а сегментоядерних нейтрофілів — від 41 % (n=2) до 63 % (n=2). Ці показники свідчать про перевагу мінералокортикоїдної функції над глюкокортикоїдною та подальше зростання активної резистентності організму.

У 24 дітей з найвищим індексом адаптації, що притаманно реакції переактивації (РП), відмічався виражений лімфоцитоз (див. табл. 2) з розмахом від мінімального 45 % (n=2) до максимального 63 % (n=2). Це неможливо пояснити віковими особливостями (перехрестом лейкоцитарної формули) тому, що навіть у 4-річних дітей показник лімфоцитів був нижчим 45 % (див. табл. 2). Кількість сегментоядерних нейтрофілів заходила у межах нижньої половини норми та була найнижчою серед усіх груп, а кількість еозинофілів вірогідно знизилася порівняно з РПА і наближалася до даних РО. Така комбінація може свідчити про значне підвищення секреції глюко- та, особливо, мінералокортикоїдів.

Було встановлено, що серед дітей I групи здоров'я у 1 (10 %) наявна РО, у 1 (10 %) — РСА, у 8 (80 %) — РПА, тимчасом як

у II групі розподіл був таким: РО — у 8 (11,8 %) дітей, РСА — у 8 (11,8 %) дітей, РПА — у 29 (42,6 %) та РП — у 23 (33,8 %). Отже, РО, РСА та РПА можна вважати фізіологічними для здорового організму, а РП може бути маніфестуючою ознакою можливого розвитку патологічного процесу.

За характером гармонійні адаптаційні реакції спостерігалися у 41 (51,2 %) дитини, а напружені — у 39 (48,8 %). У більшості дітей вони перебігають на задовільному рівні реактивності (81,3 %) (табл. 3), що, згідно з теорією адаптивності, свідчить про задовільний стан резистентності їхнього організму. Аналіз лейкоцитарної формули крові продемонстрував, що за вмістом моноцитів напруження спостерігалось у 47 (58,8 %) випадках, тенденція до їх зменшення — у 30 (37,5 %) дітей, до збільшення — у 17 (21,3 %). В однієї дитини виявлено РП низького рівня реактивності (зарахована до II-B групи здоров'я за лор-патологією), який проявлявся моноцитопенією в поєднанні з низьким рівнем еозинофілів і паличкоядерних нейтрофілів (1 % кожного) з одночасним лімфоцитозом до 58 %. Напруження лейкоцитарної формули за знижен-

Розподіл дітей за типами адаптаційних реакцій та рівнями реактивності, n (%)

Тип реакції	Рівень реактивності			Усього	Характер реакції	
	високий	середній	низький		Гармонійна	Напружена
Орієнтування	7 (8,8)	2 (2,5)	—	9 (11,3)	9 (100)	—
Спокійної активації	3 (3,8)	4 (5,0)	3 (3,8)	10 (12,5)	10 (100)	—
Підвищеної активації	12 (15,0)	16 (20,0)	9 (11,3)	37 (46,3)	19 (51)	18 (49)
Переактивації	11 (13,8)	10 (12,5)	3 (3,8)	24 (30,0)	3 (12,5)	21 (87,5)
Стрес-реакція	—	—	—	—	—	—
Разом	33 (41,3)	32 (40,0)	15 (18,8)	80 (100)	41 (51,2)	39 (48,8)

ням кількості паличкоядерних нейтрофільних гранулоцитів зареєстровано у 55 (68,8 %) дітей. Зміни вмісту еозинофілів виявлено у 21 (26,25 %) дитини, у 7 (8,75 %) з них за рахунок еозинофілії, у 14 (17,5 %) — діагностовано відносну еозінопенію. У 31 (38,8 %) дитини спостерігалось напруження лейкоцитарної формули крові за двома ознаками, а за трьома — в 11 (13,8 %).

За кожним із показників напруження можна попередньо визначати, за рахунок якої ланки, підсистеми порушується адаптаційний баланс. Зміни кількості моноцитів засвідчують надмірну стимуляцію чи недостатність моноцитарно-макрофагальної ланки імунітету, коливання вмісту паличкоядерних нейтрофілів — дисбаланс системи мікрофагів, еозинофілія на тлі РСА та РПА — про відносну глюкокортикоїдну недостатність, на тлі стресу — про

абсолютну недостатність функції кори надниркових залоз. І навпаки, анеозинофілія вказує на надмірну секрецію глюкокортикоїдів пучковою зоною надниркових залоз.

Висновки

1. Серед дітей дошкільних закладів Тернополя 12,5 % зараховано до I групи здоров'я, а 85 % — до II групи з такими адаптаційними реакціями організму: підвищеної активації (46,3 %), переактивації (30 %), спокійної активації (12,5 %) та орієнтування (11,3 %). У більшості спостерігалися гармонійні адаптаційні реакції (51,2 %), що свідчить про функціональний характер розладів і сприятливий перебіг адаптаційних процесів.

2. При аналізі структури виявлених розладів виявилось, що серед інших провідне місце посідає патологія лор-органів (77,5 %), ортопедична (41,3 %),

кардіологічна патологія (32,5 %) та патологія органів шлунково-кишкового тракту (27,5 %). Відмічається високий показник поєднаної патології (65 %).

ЛІТЕРАТУРА

1. Гаркави Л. Х. Антистрессорные реакции и активационная терапия / Л. Х. Гаркави, Е. Б. Квакина, Т. С. Кузьменко. — М. : Имедис, 1998. — 654 с.

2. Реціков В. А. Особливості стану здоров'я дітей 4–6 років в умовах промислового регіону на сучасному етапі / В. А. Реціков // Український морфологічний альманах. — 2007. — № 3. — С. 123-124.

3. Андрущук А. О. Оцінювання стану здоров'я дітей з урахуванням показників адаптації організму / А. О. Андрущук, А. Д. Барзилович // Медицина транспорту України. — 2005. — № 1 (13). — С. 74-78.

4. Клініко-епідеміологічна характеристика обмеженої форми інфільтративного туберкульозу легень у дітей та сучасні можливості визначення активності специфічного процесу / В. П. Костроміна, В. О. Стриж [та ін.] // Annals of Mechnikov Institute. — 2008. — № 1. — С. 10-14.

5. Панчишин М. В. Стан периферичної крові та органів імунної системи при різних адаптаційних реакціях в експерименті / М. В. Панчишин, О. М. Радченко // Фізіологічний журнал. — 2002. — Т. 48, № 6. — С. 60-65.

6. Вельтищев Ю. Е. Концепция риска болезни и безопасности здоровья ребенка / Ю. Е. Вельтищев // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — М., 1994. — № 2 (Приложение). — 87 с.

7. Каниман Т. В. Пропедевтика детских хвороб з доглядом за дітьми : [підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів] / Т. В. Капітан. — 3-є вид., доп. — Вінниця : ДП ДКФ, 2006. — 792 с.

УДК 612.017.2-053.4(477.84)

О. Є. Федорців, Н. Б. Галіяш

ОЦІНКА ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ТЕРНОПОЛЯ НА ОСНОВІ ВИЗНАЧЕННЯ СТАНУ АДАПТАЦІЙНИХ СИСТЕМ ОРГАНІЗМУ

Здоров'я дітей оцінювали на підставі вивчення стану адаптаційних систем організму у 80 дошкільників Тернополя. Установлено, що переважають реакції підвищеної активації (46,3 %) та переактивації (30 %), що свідчить про напружений стан механізмів адаптації. Проте у багатьох дітей спостерігався гармонійний характер реакцій (51,2 %), а це свідчить, що патологічні процеси у цьому віці мають характер функціональних розладів і є сприятливими для адаптації.

Ключові слова: здоров'я, діти дошкільного віку, адаптація, адаптивність.

UDC 612.017.2-053.4(477.84)

O. Ye. Fedortsiv, N. B. Haliyash

HEALTH EVALUATION OF PRESCHOOLERS OF TERNOPIL ON THE BASIS OF DETERMINATION OF ADAPTIVE ORGANISM SYSTEMS' CONDITION

Health evaluation was carried out on the basis of determination of adaptive organism systems' condition in 80 preschoolers of Ternopil. A predominance of adaptive reactions of an increased activation (46.3%) and overactivation (30%) was determined, that is the evidence of tense condition of adaptive mechanisms. But the fact that most of the children have presented harmonic type of reactions (51.2%) proved that pathologic processes in this age group demonstrate features of functional deviations and are auspicious for adaptation.

Key words: health, preschoolers, adaptation, adaptability.