

ні з пацієнтками II підгрупи (калій - $4,51 \pm 0,07$ ммоль/л; натрій - $142,88 \pm 0,65$ ммоль/л) та пацієнтками III підгрупи (калій - $4,39 \pm 0,08$ ммоль/л; натрій - $143,69 \pm 0,61$ ммоль/л).

Після введення тригера овуляції також відмічається підвищення показників калію та натрію у пацієнок I підгрупи (калій - $4,68 \pm 0,06$ ммоль/л; натрій - $142,60 \pm 0,34$ ммоль/л) у порівнянні з пацієнтками II підгрупи (калій - $4,45 \pm 0,06$ ммоль/л; натрій - $141,43 \pm 0,59$ ммоль/л) та пацієнтками III підгрупи (калій - $4,57 \pm 0,07$ ммоль/л; натрій - $142,72 \pm 0,53$ ммоль/л).

Висновки: При застосуванні стандартних протоколів індукції овуляції у програмі екстракорпорального запліднення у пацієнок відбуваються зміни показників калію та натрію крові. Підвищення показників натрію спостерігається у пацієнок контрольної групи та зниження показників натрію у пацієнок, які отримували комбіновану терапію.

Істотні відмінності виявлено у пацієнок, які отримували комбіновану терапію, показники калію та натрію на наступну добу після введення тригера овуляції були нижчими у порівнянні з показниками на 2-3 день менструального циклу цієї ж групи.

ХАРАКТЕРНІ ЗМІНИ МАТКОВО-ПЛАЦЕНТАРНО-ПЛОДОВОГО КРОВОПЛИНУ У ЖІНОК З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ В ДИНАМІЦІ ВАГІТНОСТІ

Ліхачов В.К., Ващенко В.Л., Добровольська Л.М., Тарановська О.О.

Полтавський державний медичний університет

Вступ. Частота вагітностей і пологів, ускладнених прееклампсією, в Україні та світі становить від 7 до 16% і не має тенденції до зниження, а в структурі материнської смертності вони займають 3–4 місце.

Мета дослідження. Вивчити особливості матково-плацентарно-плодового кровотоку у вагітних групи високого ризику по виникненню прееклампсії.

Матеріали та методи дослідження. Відбір пацієнок для проведення обстеження проводився в 18-20⁺ тижнів вагітності (другий УЗД-скринінг) шляхом визначення у них інтенсивності кровотоку в маткових та спіральних артеріях, що розташовані в області плацентарної площадки, доплерометричним методом з розрахунком індексів судинного опору (С/Д відношення, індекса резистентності - ІР та пульсаційного індекса - ПІ). Контрольну групу (КГ) склали 30 здорових вагітних з відсутністю факторів ризику виникнення прееклампсії, непорушеним кровотоком у спіральних артеріях матки в області плацентарної площадки, у яких не було виявлено інфекції в цервікальному каналі. Основну групу (ОГ) склали 32 вагітні групи високого ризику по виникненню прееклампсії, з порушеним кровотоком у спіральних артеріях матки в області плацентарної площадки, без інфікування нижніх відділів статевих шляхів. В подальшому доплерометричні показники повторно визначали в 28-34 тижні вагітності з аналізом їх динаміки.

Результати обстеження та їх обговорення. В 18-20⁺ тижнів вагітності у 32 жінок основної групи виявлене помірне зменшення інтенсивності кровотоку в маткових артеріях порівняно із КГ, про що свідчить збільшення у них індексів судинного опору (в середньому в 1,2 рази): С/Д з $1,93 \pm 0,10$ в контрольній групі вагітних підвищується до $2,38 \pm 0,09$ в основній групі ($P < 0,05$); ІР та ПІ збільшувались з $0,54 \pm 0,03$ та $0,65 \pm 0,04$ у здорових вагітних до $0,64 \pm 0,02$ і $0,78 \pm 0,03$ у вагітних основної групи відповідно (розбіжності достовірні).

В спіральних артеріях матки у вагітних ОГ інтенсивність кровотоку знижувалась в більшій мірі, ніж в маткових артеріях (в середньому в 1,25-1,4 рази): С/Д відношення становило $1,95 \pm 0,05$; ІР - $0,63 \pm 0,03$, а ПІ - $0,89 \pm 0,03$ порівняно із показниками КГ: $1,56 \pm 0,09$; $0,38 \pm 0,04$ та $0,63 \pm 0,05$ відповідно.

При подальшому спостереженні (в 28-34 тижні вагітності) було виявлено прогресуюче погіршення кровотоку в фетоплацентарному комплексі. Так, в ОГ в 28-34 тижні вагітності в маткових судинах показники С/Д, ІР та ПІ виросли до $2,77 \pm 0,10$; $0,74 \pm 0,03$ та $0,90 \pm 0,05$ в порівнянні із $2,03 \pm 0,12$; $0,50 \pm 0,04$ та $0,62 \pm 0,05$ у вагітних КГ (розбіжності достовірні). В спіральних артеріях матки у вагітних ОГ С/Д становило $1,97 \pm 0,08$; ІР - $0,56 \pm 0,04$; ПІ - $0,89 \pm 0,07$ порівняно із С/Д $1,65 \pm 0,10$; ІР $0,41 \pm 0,03$; ПІ $0,66 \pm 0,05$ у вагітних КГ (всі розбіжності достовірні). В артеріях пуповини у цієї групи вагітних С/Д виросло до $3,87 \pm 0,15$; ІР – до $0,94 \pm 0,06$; ПІ – до $1,05 \pm 0,07$ в порівнянні із С/Д $3,05 \pm 0,11$; ІР $0,71 \pm 0,04$; ПІ $0,80 \pm 0,05$ у вагітних з КГ (розбіжності достовірні). Підвищення індексів судинного опору в середній мозковій артерії плода у жінок ОГ-I (з прееклампсією) (С/Д $3,29 \pm 0,16$; ІР $0,90 \pm 0,04$; ПІ $1,10 \pm 0,08$) також свідчить про зменшення в ній кровотоку порівняно із здоровими вагітними контрольної групи.

Висновки. У жінок із високим ризиком виникнення прееклампсії, вже в 18-20⁺ тижнів вагітності, задовго до клінічної маніфестації цієї патології, виникають явища гіперперфузії плаценти. По мірі прогресування вагітності порушення кровоплину прогресують як в матково-плацентарному, так і в плацентарно-плодовому сегменті.

ІНЕРЛЕЙКІН-13, ЯК МАРКЕР ХРОНІЧНОГО ЗАПАЛЕННЯ У ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Малахова В.М., Калюжка О.О., Мелащенко О.І.

Полтавський державний медичний університет

Актуальність. За даними експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я близько 330 мільйонів людей у світі страждають на бронхіальну астму, та поширеність цієї патології становить 5-9% дорослого населення та

8-12% дитячої популяції. Оптимізація менеджменту астми і підвищення доступності сучасної терапії актуальне питання сучасної медицини.

Мета дослідження: оцінити діагностичне значення інтерлейкіну-13 (ІЛ-13) у конденсаті повітря, що видихається (КПВ) дітей з повторними епізодами бронхообструктивного синдрому (БОС) та бронхіальною астмою (БА).

Матеріали та методи. Обстежено 122 дитини (63 хлопчика та 59 дівчаток), хворих на гострий обструктивний бронхіт із повторними епізодами БОС та БА, у віці від 1 до 6 років, які проходили лікування у КЗОЗ «ХМКДЛ № 16». Обстеження проводилося в перші 2 дні БОС, до проведення специфічної терапії та після зникнення клінічних проявів БОС. Пацієнти були розділені на групи в залежності від кількості перенесених епізодів БОС. До 1-ої групи – 40 дітей, що мали в анамнезі три епізоди БОС; 2-а група – 56 хворих, що мали чотири – п'ять епізодів БОС, та 3-я група – 26 пацієнтів із БА (більше п'яти епізодів БОС). До групи контролю включено 25 соматично здорових дітей такого ж віку. Статистичний аналіз даних проводився з використанням статистичних пакетів „EXCELL FOR WINDOWS” та „STATISTICA 8.0. FOR WINDOWS”.

Результати. Встановлено, що у розпалі клінічних проявів вірогідно підвищувалися рівні ІЛ-13 у пацієнтів лише 2-ої та 3-ої гр., порівняно із групою контролю ($p_{1\text{-контроль}} = 0,0743$; $p_{2\text{-контроль}} = 0,0000$, $p_{3\text{-контроль}} = 0,0000$). Найвищі показники ІЛ-13 зафіксовано у пацієнтів 3-ої гр. (Me (Lq;Uq): 1-ша гр. 16,65 (15,56;18,64); 2-а група 24,25 (20,13;27,63), 3-тя група 30,92 (29,22;35,17); (H = 54,5795, p = 0,0000).

Визначено, що у дітей із повторними епізодами БОС після зникнення клінічних проявів рівні ІЛ-13 у КПВ статистично значуще підвищеними залишались також у пацієнтів 2-ої та 3-ої груп, порівнюючи з групою контролю ($p_{\text{контроль-1}} = 0,0402$; $p_{\text{контроль-2}} = 0,0059$; $p_{\text{контроль-3}} = 0,0000$). Найвищі показники ІЛ-13 зафіксовано також у пацієнтів 3-ої гр. (Me (Lq;Uq): 1-ша гр. 14,62 (13,00;15,62); 2-а група 20,07 (15,86;27,09), 3-тя група 26,12 (25,22;30,22); (H = 45,53887, p = 0,0000).

Висновки. 1. Підвищення концентрації ІЛ-13 у КПВ дітей із повторними епізодами БОС в періоді розгорнутих клінічних проявів залежить від кількості перенесених епізодів бронхообструкції. 2. Найвищі показники ІЛ-13 спостерігаються у пацієнтів з БА, що вказує на наявність алергійного запалення. 3. В періоді зникнення клінічних проявів бронхообструкції рівні ІЛ-13 залишались підвищеними лише у пацієнтів із 5 та більше епізодами БОС, що може вказувати на формування алергійного хронічного запалення. 4. Визначення рівнів ІЛ-13 у КПВ дітей з клінічними проявами БОС може надати додаткову інформацію, щодо стану бронхо-легеневої системи.

РІВЕНЬ МАКРОФАГАЛЬНОГО КОЛОНІЄСТИМУЛЮЮЧОГО ФАКТОРУ РОСТУ(CSF-1) В МЕНСТРУАЛЬНІЙ КРОВІ У ЖІНОК З ЕНДОМЕТРІОЇДНОЮ ХВОРОБОЮ. МОЖЛИВОСТІ НЕІНВАЗИВНОЇ ДІАГНОСТИКИ

Орлова Ю.А., Громова А.М., Шликова О.А.

Полтавський державний медичний університет.

Мета дослідження. Визначення рівня макрофагального колонієстимулюючого фактору росту (CSF-1) в менструальній крові у жінок з ендометріоїдною хворобою.

Матеріали і методи. Кількість макрофагального колонієстимулюючого фактору росту у менструальній крові визначена імуноферментним методом та обчислена у пг/мл. Загальна кількість жінок, яким вимірювався даний показник, становила 62 жінки репродуктивного віку (43 жінки з ендометріоїдною хворобою-основна група, 19 жінок без ознак ендометріозу - контрольна група).

Результати. Виявлено, що рівень CSF-1 у менструальній крові у жінок з основної групи (ОГ) склав $9431,6 \pm 2866,22$ пг/мл та достовірно відрізнявся від показників контрольної групи (КГ) – $6637,12 \pm 954,05$ пг/мл ($p < 0,05$).

Слід зазначити, що при оцінці кількості CSF – 1 у жінок з ендометріозом особливу увагу приділяли розподіленню рівня даного показника в залежності від ступеня важкості хвороби. Виявлено збільшення рівня CSF-1 при більш важкому ступені ураження ендометріозом. При 3 ступені важкості хвороби цей показник дорівнював $9120 \pm 2939,01$ пг/мл, а при четвертому - підвищився до $10039,16 \pm 2611,03$ пг/мл.

Висновки. Ендометріоїдна хвороба – це хронічне, поліетіологічне захворювання, остаточний діагноз якого встановлюється на підставі гістологічної верифікації. Можливості неінвазивної діагностики цього захворювання сьогодні обмежені. Проведене нами дослідження, а саме: визначення рівня CSF-1 у менструальній крові (CSF-1 в ОГ більше в 1,4 рази, ніж в КГ) – є неінвазивним, патогенетично обґрунтованим, та допоможе практичному лікарю у постановці остаточного діагнозу особливо у підлітковому віці та на догоспітальному етапі.

КЛІНІКО-ГЕНЕТИЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ РОЗВИТКУ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У НОВОНАРОДЖЕНИХ: ПЕРСПЕКТИВИ ТА ВИКЛИКИ СЬОГОДЕННЯ

Похилько В.І., Ковальова О.М., Цейренко С.М., Чернявська Ю.І.

Полтавський державний медичний університет

Вступ. Проблемами неонатологів усього світу залишається виходжування та лікування глибоко недоношених дітей та забезпечення якості їх життя. На сьогоднішній день активно досліджуються гени, відповідальні за розвиток того чи іншого патологічного стану у новонароджених. Тому вивчення факторів, які впливають на здоров'я новонароджених є актуальним для сучасної педіатрії.