

НОВИНИ НАУКОВОГО ЖИТТЯ

ДУ «ІНСТИТУТ ПЕДІАТРІЇ, АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ»,
ВГО «АСОЦІАЦІЯ НЕОНАТОЛОГІВ УКРАЇНИ»
МАТЕРІАЛИ КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ УКРАЇНИ
«ПЕРИНАТАЛЬНА МЕДИЦИНА»,
21 квітня 2016 року

УДК: 616-006.38-071-053.2

A RARE CASE REPORT ON TUBEROUS
SCLEROSIS

Elena Paladi¹, Mariana Sprincean^{1 2}

IMSP Institutul Mamei și Copilului¹
USMF „Nicolae Testemițanu”²
(Chisinau, Republic of Moldova)

Summary. Tuberous Sclerosis (Bourneville's disease) is a genetic disorder with multisystem lesions and autosomal dominant transmission and it's caused by mutations in one of two genes TSC1 and TSC2 genes, which causes benign tumors to grow in the brain and other vital organs such as the kidney, heart, lungs, eyes and skin. It is important to make an early diagnosis of TSC so that lifelong monitoring, early recognition of complications and proactive treatment can lower the morbidity and mortality rates. We report a case of 10 year old girl in with the features of Tuberous sclerosis complex syndrome like facial angiofibromas or adenoma sebaceum, shagreen patch, epilepsy and severe mental retardation.

Introduction. Tuberous sclerosis complex (TSC) is a neurocutaneous syndrome with an autosomal dominant inheritance. Tuberous sclerosis has an approximate incidence of one in ten thousand to fifty thousand. The clinical triad of papular facial nerves, seizures and mental retardation is found in less than half of the patient. TSC is caused by mutations on either of two genes, TSC1 and TSC2, which encode for the proteins hamartin and tuberlin respectively. These proteins act as tumor growth suppressors, agents that regulate cell proliferation and differentiation, characterized by the growth of numerous benign tumors in many parts of the body; including the brain, heart, lungs, eyes, kidneys, skin and other organs, leading to significant health problems like seizures, intellectual disability, autism or developmental delay. In total population the tuberous sclerosis is estimated to be between 10 and 12 cases per 100 live births.

There is no cure as such for tuberous sclerosis complex. Drug therapy for some of the manifestations of TSC is currently in the developmental stage. Prognosis of the disease depends on the severity or multiplicity of organ involvement. About a quarter of severely affected infants are thought to die before age 10 years, and 75% die before age 25 years; however, the prognosis for the individual diagnosed late in life with few cutaneous signs depends on the associated internal tumors.

Case Report. A 10 year old girl reported to Central of Reproductive Health and Medical Genetics with seizures and mental retardation, hyperactivity, aggressivity.. Mother gave a history of epilepsy since 7 year and onset was when the patient was of 2 years old. The patient is under regular treatment for the epilepsy but seizures responds poorly to antiepileptic drug. The girl was born at 39 weeks of gestational age, weighed 3400 g had 52 cm long, a cranial circumference of 34 cm and was the second child in the family. In family history was found that first child shows similar manifestations but into a milder form.

Clinical examinations of the patient revealed presence of facial angiofibromas and multiple small thick leathery skin areas that are dimpled like an orange peel and pigmented areas seen on on the lumbosacral region of the spine suggestive for shagreen patch. The CT scan showed multiple subependymal calcification, approximately 1 cm in diameter. The diagnosis of Tuberous Sclerosis was established by clinical manifestations and neuroimaging investigation.

Discussion. It is not uncommon for patients with TSC to have symptoms or signs that do not lead to immediate diagnosis. In some cases, diagnosis is delayed for prolonged periods of time. Clinicians including neurologists, dermatologists, nephrologists and cardiologists should be aware of the myriad potential presenting symptoms and signs of TSC. Early diagnosis is very important for thorough clinical and radiological evaluation., continuous monitoring of symptoms, family planning, genetic counselling and reduction in morbidity and mortality rate.

The diagnostic criteria for tuberous sclerosis have been divided into major and minor features. (Table1)

Definite TSC can be made when two major or one major plus two minor features are demonstrated. Our patient has three major criteria (subependymal nodules in CT scan head, facial angiofibroma, Shagreen patch) which fit in the diagnosis of Tuberous sclerosis. She had intractable seizure needed frequent adjustment of antiepileptic drug.

Conclusion. TSC is one of the neurocutaneous syndromes inherited with variable expressivity, affecting almost all organs. The quality of life depends on the neurological manifestation like seizures and mental retardation which is improved by multidisciplinary approach and symptomatic organ specific treatment. Clinical diagnosis complementing with DNA testing allows precise genetic counseling, which is important.

Table 1

Diagnostic criteria of Tuberous sclerosis complex (TSC)

Major features	Minor features
1. Facial angiofibromas or forehead plaque pits in dental enamel	1. Multiple, randomly distributed pits in dental enamel
2. Non-traumatic ungula or periungual fibroma	2. Hamartomatous rectal polyps
3. Hypomelanotic macules (three or more)	3. Bone cysts
4. Shagreen patch (connective tissue nevus) migration lines	4. Cerebral white matter radial
5. Multiple retinal nodular hamartomas	5. Gingival fibromas
6. Cortical tuber	6. Non-renal hamartoma
7. Subependymal nodule	7. Retinal achromic patch
8. Subependymal giant-cell astrocytoma	8. Confetti-like skin lesions
9. Cardiac rhabdomyoma, single or multiple	9. Multiple renal cysts
10. Lymphangiomyomatosis	
11. Renal angiomyolipoma	

Key words: tuberous sclerosis, facial angiofibromas, epilepsy, mental retardations.

УДК: 615.23:616.23/.24-008.4-053.32

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ
НАТУРАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ СУРФАКТАНТУ
У НЕДОНОШЕНИХ НЕМОВЛЯТ

О.П. Борисюк

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького
Львівська обласна клінічна лікарня
Кафедра педіатрії, зав. каф. проф. Няньковський С.Л.;
науковий керівник проф. Добрянський Д.О.
(м. Львів, Україна)

Сучасним стандартом ефективного лікування РДС є застосування препаратів екзогенного сурфактанту і належної дихальної підтримки. Незважаючи на більше, ніж 30-ти річний досвід сурфактантної терапії, актуальним залишається вивчення порівняльної ефективності препаратів в умовах певної клінічної практики.

Мета дослідження – порівняти клінічну ефективність трьох натуральних сурфактантів – Куросурфу (“Chiesi Farmaceutici”, Італія), Сурванти (“Abbvie”, США) й Інфасурфу (ONY Incy, США) у лікуванні РДС у глибоко-недоношених немовлят.

Матеріали та методи. У ретроспективне дослідження було залучено 156 недоношених дітей з масою тіла при народженні ≤ 1500 г і гестаційним віком (ГВ) ≤ 32 тиж, які лікувались у відділенні інтенсивної терапії новонароджених Львівської обласної клінічної лікарні і потребували введення екзогенного сурфактанту для лікування РДС. Було проаналізовано дані історій хвороб усіх дітей, які отримали сурфактант протягом 2013-2014 рр.

До першої групи увійшли немовлята, яким вводили Куросурф ($n=51$). 44 новонароджених, яких лікували Сурвантою, і 60 дітей, які отримали Інфасурф, утворили відповідно другу і третю групи. У сформованих групах порівнювали поширеність основних перинатальних чинників ризику. Брали до уваги вік на момент введення сурфактанту, кількість доз і тривалість ШВЛ після його застосування. Важкість РДС визначали за рентгенологічною стадією. Основним критерієм ефективності вважали виживання без бронхоленевої дисплатії (БЛД). У роботі використано стандартні методи описової і порівняльної статистики із застосуванням аналізу варіант (ANOVA), критерію χ^2 , а також логістичний регресійний аналіз (ЛРА).

Результати. Середня маса тіла та гестаційний вік немовлят, залучених у дослідження становили $1000,59 \pm 2,17$ г і $27,19 \pm 2,17$ тиж. в першій, $1058,78 \pm 215,86$ г і $28,04 \pm 1,82$ тиж. в другій та $998,33 \pm 270,39$ г і $27,70 \pm 2,09$ тиж. у третій групі (для обох показників $p > 0,05$). Поширеність більшості перинатальних чинників ризику була приблизно однаковою у групах. Частота призначення антенатальних стероїдів становила 67% в першій, 64% та 60% в другій та третій групах ($p > 0,05$). Інтубації відразу після народження частіше потребували немовлята з першої і третьої груп (відповідно 63% і 52% проти 36% у другій групі; $p < 0,05$). У них удвічі частіше діагностували важкий РДС (відповідно 61% та 63% порівняно з 36% в другій групі; $p < 0,05$), а також відкриту артеріальну протоку (відповідно 31% і 35% проти 11%; $p < 0,05$). Вік дітей на момент призначення Куросурфу становив 5,5 [4; 9] год., Сурванти - 7 [4,5; 10,5] год. та Інфасурфу – 8 [4,5; 13,2] год. ($p > 0,05$). Кількість доз і тривалість ШВЛ після введення препарату також достовірно не відрізнялись між групами. Частота важких ВШК в першій, другій і третій групах становила 22%, 18% та 23%, а ознаки синдрому витоку повітря зустрічались відповідно

у 6%, 9% та 8% випадків (для обох показників $p > 0,05$). До моменту виписки зі стаціонару найвищий показник виживання був у другій групі (80%), у першій – 61%, а у третій – 63% ($p > 0,05$). Захворюваність на БЛД становила 22% в першій, 20% – у другій і 27% – у третій групі ($p > 0,05$). Враховуючи наявність відмінностей між групами за зазначеними вище показниками, усі вони, а також ГВ дітей було включено до ЛРА. За його підсумками на ризик формування БЛД або смерті вірогідно і незалежно впливали лише наявність важкого РДС (КСШ – 5,31; 95%; ДІ: 2,29-12,33), мала для гестаційного віку маса (КСШ – 11,75; 95%; ДІ: 2,93-47,21) і менший термін гестації (КСШ – 0,47; 95%; ДІ: 0,37-0,61).

Висновки: Отримані нами результати не доводять очевидних переваг у лікуванні РДС у глибоконедоношених немовлят жодного з натуральних препаратів сурфактанту, зареєстрованих в Україні.

УДК: 618.2-056.527:618.439

ПОВЫШЕННЫЙ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА МЕРТВОРОЖДЕНИЯ В СРОК

Н. Бурсаковски, В. Петров

МСПУ «Институт Матери и Ребенка»,
научная лаборатория акушерства,
заведующий к.м.н., доцент Петров В.Н.
(г. Кишинев, Республика Молдова)

Цель исследования: Исследование влияния ожирения на мертворождение в срок.

Материал и методы: Проведено ретроспективное исследование по типу случай-контроль. Объем выборки был ограничен общим числом случаев мертворождения в срок (0 баллов по шкале Апгар на первой и пятой минуте жизни), зарегистрированных в Институте Матери и Ребенка (ИМР) в 2013 году. Контрольную группу составили роды живым плодом в тех же акушерских отделениях. Зрелыми считались плоды, рожденные в срок, начиная с 37 акушерской недели. Таким образом, в основную группу (L1) вошли 20 случаев мертворождения зрелого плода, в контрольную группу (L0) – 47 родов живыми плодами. Для получения необходимой информации была изучена следующая документация: стационарная карта больного (форма 000-1/е), гистопатологическое исследование плаценты и её придатков (форма 014/е), анатомо-патологическое исследование мертворожденного. Сбор данных был осуществлен посредством специально разработанного опросника.

Результаты: Частота мертворождения в ИМР в 2013 году составила 11,9 на 1000 рожденных в сравнении с 7,1 на республиканском уровне. Значительная разница объясняется тем, что ИМР является медицинским учреждением III уровня, где согласно заранее определенным критериям концентрируется большинство беременных с наличием факторов риска, а также и непосредственно те, беременность которых осложнилась внутриутробной гибелью плода. В 2013 мертворождение определило 54,5% всех перинатальных потерь (72 случая из 132) в рамках ИМР. Мертворождение в срок в ИМР составило 3,3%. Данная частота превышает данные литературы. К примеру, одно из ретроспективных когортных исследований мертворождения в срок в медицинском учреждении III уровня, объединившее в себе все случаи мертворождения за десятилетний период, выявило частоту, равную 1,8 на 1000 новорожденных [1]. Практически треть новорожденных, умерших внутриутробно, были зрелыми (27,8%, $n=20$). Большинство этих плодов умерло в антенатальный период (90%) и только 10% – в родах. Средний вес новорожденных был ниже в группе мертворожденных (3199 ± 413 vs. 3335 ± 412 g), возможно будучи связанным с высокой частотой задержки внутриутробного плода (более 10 перцентилей) в данной группе (20% vs 5%).

Одним из значительных факторов риска мертворождения является ожирение. Большинство исследований указывают на почти двойной риск мертворождения у женщин с Индексом Массы Тела (ИМТ) > 30 кг/м² [2]. Для женщин, страдающих ожирением, характерен повышенный риск развития многих других патологий, таких как диабет и повышенное артериальное давление, в свою очередь также связанных с мертворождением. Однако, исключая некоторые ассоциированные факторы риска и патологии (возраст, курение и другие коварианты), соотношение шансов (СШ) для ожирения равно 3,1 (95% ПИ 1,6-5,9) [2]. В ходе исследования мертворождения в срок в ИМР также подтвердился тот факт, что для женщин с ИМС > 30 кг/м² характерен повышенный риск осложнения беременности внутриутробной гибелью плода (СШ =4,7 95% ИД 1,35-16,38).

Биологические механизмы, провоцирующие неблагоприятные перинатальные исходы при ожирении, до конца не выяснены, однако существует несколько предположений. Одним их механизмов является ранее указанное развитие у данной категории пациенток сахарного диабета и артериальной гипертензии, однако не все авторы согласны с данным утверждением. Lisu Huang с коллегами установили, что риск сосудистой плацентарной патологии и ворсинчатых нарушений значителен и в подгруппе женщин с ожирением без наличия сопутствующего диабета и гипертензии, родивших в сроке ≥ 37 недель [3 стр.565]. У 87,5% женщин с ИМТ > 30 кг/м², родивших мертвый плод, плацентарная дисфункция была подтверждена гистопатологическим исследованием плаценты и ее придатков.

Выводы:

1. Ожирение беременной, или повышенный индекс массы тела (>30 кг/м²), является подтвержденным фактором риска мертворождения в срок.

2. Данная патология не только потенцирует развитие у матери гипертензивных нарушений и сахарного диабета, но и сама приводит к плацентарным нарушениям с неблагоприятными перинатальными исходами.

Литература:

1. Colin A. Walsh et al. Etiology of stillbirth at term: a 10-year cohort study. *In: The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, Volume 21, Issue 7, 2008, p. 493-501
2. Gibbs Ronald S. et al. *Danford's Obstetrics and Gynecology*, 10th edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2008. p. 417-430
3. Lisu Huang a, b, Jihong Liu c, Liping Feng d, Yan Chen a, e, Jun Zhang a, Weiye Wang a, Maternal prepregnancy obesity is associated with higher risk of placental pathological lesions. *In: Placenta* 35 (2014) 563-569

УДК: 618.36:575.113.1-036-079

**О.О. Ващенко, А.О. Носко,
В.М. Болюх, К.В. Раченко**

ДУ «ІПАГ НАМН України», відділення
медицини плода
Науковий керівник - керівник відділення медици-
ни плода, д.м.н., проф. Гордієнко І.Ю.
(м. Київ, Україна)

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ІСТИННОЇ ТРИСОМІЇ ХРОМОСОМИ 13 ТА ОБМЕЖЕНОГО ПЛАЦЕНТАРНОГО МОЗАЦІЗМУ

Синдром Патау (трисомія 13 хромосоми) зустрічається з частотою 1:13 000 - 1:6000 новонароджених і зазвичай супроводжується множинними природженими вадами розвитку (МПВР) плода, що обумовлює його високу летальність. В більшості випадків синдром представлений регулярною трисомією (~95% всіх випадків), рідше спостерігаються робертсонівські транслокації (~3%), мозаїцизм (~2%), та ізохромосома 13 (<1%).

Мета: Аналіз результатів пренатальної цитогенетичної діагностики істинної трисомії хромосоми 13 та обмеженого плацентарного мозаїцизму (ОПМ) у плодів вагітних жінок групи високого ризику.

Матеріали та методи. При обстеженні 5285 плодів вагітних жінок групи високого ризику каріотиби з трисомією хромосоми 13 були визначені нами в 21 (0,39%), та з ОПМ – в 7 (0,13%) випадках.

Матеріалом при первинному дослідженні хромосомного набору плода в 7 (25%) випадках був біоптат хоріону, в 16 (57,1%) – біоптат плаценти, в одному (3,6%) – пуповинна кров, сумісно біоптат плаценти і пуповинну кров досліджували в 4 (14,3%) випадках. Для уточнення каріотипу плода пуповинну кров досліджували в 6, амніотичну рідину – в 1 випадку з підозрою на ОПМ.

Цитогенетичне дослідження біоптата хоріону проводили прямим методом, для лімфоцитів периферійної крові застосовували стандартний напівмікрометод.

Результати. Регулярна форма трисомії спостерігалась в 15 (71,4%) з 21 випадка, в 6 (28,6%) – робертсонівські транслокації. Виникнення регулярної трисомії відбувається *de novo*, як випадкова подія, в той час як робертсонівська транслокація успадковується від батьків, що обумовлює підвищений ризик виникнення хромосомної патології, однак за клінічними проявами ці форми не відрізняються.

При виявленні трисомії 13, МПВР діагностовано при проведенні ультразвукової діагностики (УЗД) у 14 (66,7%) плодів, ПВР - у 5(23,8%), та ультразвукові маркери хромосомної патології (УЗМ ХП) - у 2 (9,5%). Вади центральної нервової системи спостерігались у 11 (52,4%) плодів з 21, вади серця – у 10 (47,6%), омфалоцеле – у 6 (28,6%), синдром затримки розвитку плода – у 5 (23,8%), рідше – аномалії сечової системи, варусне викривлення стоп, полідактилія, діафрагмальна кила, розщеплення верхньої губи і піднебіння.

Таким чином, трисомія хромосоми 13 супроводжується певними вадами розвитку плода та УЗ маркерами. В нашій роботі ми звернули увагу на те, що в 7 випадках ультразвукові та інші особливості, які вказували на необхідність проведення інвазивної пренатальної діагностики, визначали досить нетипову для цієї хромосомної патології картину. Були діагностовано наступні цитогенетичні варіанти: регулярна трисомія – 3 (42,8%) випадки, різний рівень мозаїцизму – 3(42,8%) випадки (в тому числі один випадок з мозаїцизмом за статевою хромосомою), ізохромосома 13 – 1(14,4%) випадок.

У випадках трисомії 13, яку було діагностовано тільки в трофобласті, вагітні потрапили до групи ризику в зв'язку з віком – 4 (57,1%) випадки, даними біохімічного скринінгу – 1 (14,3%), УЗМ ХП – 1 (14,3%), ПВР кістково-м'язової системи – 1(14,3%) випадок.

Проведення додаткових обстежень дало змогу діагностувати нормальний каріотип плода в усіх 7 випадках з підозрою на ОПМ.

Висновки. Кожний випадок хромосомної патології потребує детального обстеження та аналізу. При виявленні летальних або сублетальних хромосомних аномалій на препаратах хоріона або плаценти при відсутності ультразвукових ознак вад розвитку у плода можливо передбачити плацентарний мозаїцизм, що можна підтвердити чи спростувати після додаткових досліджень клітин плодового походження.

УДК: 616.36/37-008.6-092-053.32:618.3

О.С.Годованець, О.В.Курик

Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»
кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної
медицини. Керівник теми НДР – д.м.н., професор
Годованець Ю.Д.
(м. Чернівці, Україна)

ЛАНКИ ПАТОГЕНЕЗУ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У НЕДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ЗА УМОВ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Для визначення основних ланок порушень функціонального стану гепатобіліарної системи проведено комплексне дослідження дітей, народжених за умов гіпоксії на фоні реалізації факторів анте-перинатального ризику.

Виходячи з отриманих даних, виділені 6 основних факторів, з урахуванням яких, патологію гепатобіліарної системи в новонароджених дітей при синдромах дизадаптації в ранньому неонатальному періоді, можна визначити з імовірністю 79,0%. У тому числі, I фактор ($r=0,52$) являє підвищення в сироватці крові новонароджених активності АСАТ ($r=0,75$) та ЛДГ ($r=0,82$) при зростанні рівня сечовини ($r=0,78$), зниженні рівня глюкози ($r=-0,49$) та рівня Са²⁺ ($r=-0,51$); II фактор ($r=0,44$) включає підвищення рівня загального білірубину ($r=0,84$) та його фракцій – непрямого білірубину ($r=0,81$) та прямого білірубину ($r=0,65$) за одночасного підвищення в сироватці крові рівня фосфору ($r=0,62$); III фактор ($r=0,58$) характеризує поєднану дисфункцію регулюючих систем організму – імунної та антиоксидантної. До нього увійшли: підвищення активності каталази ($r=0,89$) та зниження рівня HS-груп в плазми крові, при одночасному підвищенні відносного рівня CD2-асоційованих T та NK-лімфоцитів ($r=0,49$) та CD15-асоційованих нейтрофілів ($r=0,52$); IV фактор ($r=0,28$) – визначає комплексні зміни показників всіх трьох систем, використаних для діагностики: зниження рівня альбуміну сироватки крові ($r=-0,62$), зменшення рівня Са²⁺ ($r=-0,50$), збільшення ступеня ОМБ ($r=0,49$) при підвищенні відносного рівня CD15-асоційованих нейтрофілів ($r=0,85$) та зниженні відносного рівня CD54-асоційованих клітин ICAM-1 ($r=-0,44$); V фактор ($r=0,42$) – характеризується збільшенням активності АЛАТ при одночасному підвищенні відносного рівня CD2-асоційованих T та NK-клітин ($r=0,65$) та відносного рівня CD54-асоційованих клітин ICAM-1 ($r=0,62$); VI фактор ($r=-0,12$), вектор якого до визначення патології гепатобіліарної системи має від’ємне значення. До цього фактору входить поєднання ступеня ОМБ ($r=-0,56$), відносного рівня CD19-асоційованих B-лімфоцитів ($r=-0,69$) та рівня ІІ6 ($r=0,79$).

Таким чином, за даними багатофакторного кореляційного аналізу, математична модель, яка характеризує формування функціональних або органічних порушень гепатобіліарної системи в новонароджених дітей при синдромах дизадаптації в ранньому неонатальному періоді, має вигляд: $Y = 0,52.f1 + 0,44.f2 + 0,58.f3 + 0,28.f4 + 0,42.f5 - 0,12.f6$.

Абсолютні величини коефіцієнтів факторів моделі свідчать, що найбільший вклад до постановки діагнозу мають I, III, та V фактори, оскільки вони мають найбільш високі коефіцієнти кореляції до величини “Y”. Діагностичні критерії, які увійшли до цих факторів, мабуть володіють більшою діагностичною цінністю для діагностики патології гепатобіліарної системи. Найменше значення за абсолютною величиною значення має VI фактор, що на нашу думку, пов’язано з тим, що ознаки, які входять до нього, є неспецифічними і характеризують не лише формування порушень гепатобіліарної системи, а загальну відповідь організму новонародженого в умовах пологового стресу.

У патогенезі формування патології гепатобіліарної системи в новонароджених дітей на фоні синдромів дизадаптації в ранньому неонатальному періоді, можна виділити синдром цитолізу, який характеризується підвищенням активності АЛАТ, АСАТ та ЛДГ; синдром холестазу, що супроводжується підвищенням активності ферментних маркерів холестазу – активності ЛФ та ГГТ, рівня холестерину та гіпербілірубінемією, яка мала тенденцію до підвищення, більш значного в дітей, в яких відмічалися синдроми дизадаптації важкого ступеня та синдромом печінково-клітинної недостатності, для якого характерно зменшення вмісту в сироватці крові загального рівня білка та альбумінів, а у важких випадках – і холестерину. Формування патологічних змін печінки та жовчовивідних шляхів в новонароджених супроводжується комплексною дисфункцією регулюючих систем, в тому числі – імунної та антиоксидантної, що також підтверджується результатами багатофакторного кореляційного аналізу.

Зроблений висновок про необхідність своєчасного прогнозування та діагностики порушень функціонального стану гепатобіліарної системи в новонароджених дітей при синдромах дизадаптації та нозологічній патології в ранньому неонатальному періоді для проведення своєчасної лікувальної корекції. Діагностика дисметаболических змін, починаючи від субклітинного рівня, надають змогу попередити виникнення пошкоджень на тканинному, органному, системному та організменному рівнях у дітей, народжених за умов реалізації факторів анте-перинатального ризику, тим самим покращуючи можливості клінічної адаптації новонароджених до умов позаутробного життя, збільшуючи резерв часу для відновлення функціонального стану систем органів.

УДК: 618.2/.3:616-053.32-06-037-084

К. О. Голюк

Харківська медична академія
післядипломної освіти, кафедра неонатології
Завідувач кафедри - д.м.н., професор Клименко Т.М.
(м. Харків, Україна)

ДО ПИТАННЯ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ, ЩО НАРОДИЛИСЯ ПЕРЕДЧАСНО

Народження дітей передчасно продовжує залишатися головною проблемою в акушерстві та неонатології і надалі складає основу захворюваності серед дитячого населення. Із патологічних станів особливе місце у недоношених дітей займають гіпоксичне ураження центральної нервової системи (ЦНС), респіраторний дистрес-синдром, ускладненням якого є бронхолегенева дисплазія (БЛД), порушення слуху і зору. Надання адекватного медико-соціального супроводу декретованому контингентові дітей залишається нерозв'язаною проблемою.

Виходячи з вищезначеного, метою даного дослідження стало удосконалення ефективності медико-соціального супроводу дітей першого року життя, які народилися передчасно, на основі розробки алгоритму прогнозування перебігу перинатальної патології, шляхом визначенням факторів формування перинатальної патології та оцінки їх прогностичного значення.

Матеріали і методи. Проведено аналіз спостереження за 108 дітьми з моменту народження до 1 року життя. З використанням розробленої карти катаместичного спостереження проведено безпосереднє вивчення досліджуваного контингенту за допомогою оцінки клініко-анамнестичних (акушерського анамнезу, терміну гестації, статі, ваги тіла при народженні, застосованих медичних технологій, нозологічної характеристики перинатальної патології), фізикальних, клініко-лабораторних показників. Усі дослідження проведено загальноприйнятими стандартними методами. Фактичну прогностичну потужність заявленого способу оцінки динаміки розвитку новонародженої дитини з урахуванням доношеності та наявності перинатальних уражень проведено шляхом спостереження за пацієнтами. Характер розподілу кількісних ознак, оцінений графічним способом, був близький до нормального, що дозволило застосовувати параметричні методи статистики. Порівняльний аналіз у групах розподілу окремих клінічних критеріїв із застосуванням послідовного аналізу Вальда у модифікації Є. В. Гублера дозволив визначити діагностичну цінність, прогностичне значення і силу впливу факторів на розходження показників клінічних груп і прогностичні коефіцієнти. Основними критеріями для оцінки прогностичної значимості окремих клінічних ознак були: сила впливу фактора (η^2 ; %), його інформативність (I; біт), що визначалися за стандартною методикою. Порогова величина рівня значимості p — 0,05.

Результати. За даними вивчення частоти окремих клініко-анамнестичних факторів і прогностичного значення кожного із критеріїв опрацьовано алгоритм перебігу перинатальної патології (ураження ЦНС, БЛД, порушень зору та слуху). Структурно алгоритм має вигляд таблиці, яка включає клініко-анамнестичні ознаки та відповідні їм прогностичні коефіцієнти і шкалу оцінки результату прогнозування. За кожною клінічною ознакою визначають її наявність чи відсутність, а відповідні прогностичні коефіцієнти додають. За досягнення порогової суми коефіцієнтів з використанням шкали визначають групу ризику: якщо сума прогностичних коефіцієнтів $\leq 19,8$ - ризик мінімальний; якщо сума прогностичних коефіцієнтів $\geq 19,8$ - ризик високий. Алгоритм характеризується чутливістю на рівні 87 %, специфічністю 51 %, позитивною прогностичною цінністю 68 %, що дозволяє його рекомендувати до практичного застосування.

Висновки. Таким чином, основними факторами, які детермінують розвиток перинатального ураження центральної нервової системи, бронхолегеневої дисплазії, порушень зору та слуху, є вага тіла за народження, термін гестації, вік матері, акушерсько-гінекологічний анамнез, тривалість перебування у ВІТН, терміни та якість респіраторної підтримки, оцінка стану за шкалою Апгар на 10 хв., наявність внутрішньошлуночкових крововиливів та перивентрикулярної лейкомаляції, гіпоглікемія тощо та обчислено параметри їх прогностичної цінності. Базуючись на вищезначених результатах, обґрунтовано алгоритм прогнозування перебігу перинатальної патології протягом першого року життя дітей, які народилися передчасно з перинатальними ураженнями центральної нервової системи, бронхолегеневою дисплазією, порушеннями зору та слуху. Перспективою подальших досліджень у обраному напрямі можна вважати подальше динамічне спостереження за дітьми, що народилися передчасно з перинатальними ураженнями.

УДК: 616.33/34-008.6-036.1-071-053.3:618.3

Т.А. Дроник

Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет,
кафедра догляду за хворими та вищої медсестрин-
ської освіти зав.кафедри проф. Плеш І.А.

Керівник дисертаційної роботи – д.м.н.,
професор Годованець Ю.Д., кафедра педіатрії,
педіатрії, неонатології та перинатальної медицини)
(м. Чернівці, Україна)

КАТАМНЕСТИЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ: КЛІНІЧНІ МАРКЕРИ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ПЕРИНАТАЛЬНУ ПАТОЛОГІЮ

Функціональні порушення шлунково-кишкового тракту (ШКТ) складають переважну частину всіх захворювань травної системи в дитячому віці, займаючи від 40 до 95% в структурі дитячої захворюваності. [Бабаян М.Л., 2013; Бельмер С.В., 2010; Знаменська Т.К., 2014]

Мета дослідження. Визначення клінічних маркерів гастроентерологічних порушень при динамічному катamnестичному спостереженні дітей грудного віку, які мають в анамнезі перенесену перинатальну патологію.

Матеріали та методи. Проведено катamnестичне спостереження 46 дітей грудного віку з порушеннями функціонального стану гастроінтестинальної системи з перинатальною патологією в анамнезі. І групу склали діти у віці 3 - 6 міс. (22 дітей), ІІ групу – діти віком 10-12 міс. (24 дітей). Проводилось вивчення анамнезу та комплексне клінічне обстеження дітей.

Результати. Згідно даних анамнезу, в періоді новонародженості відмічались різні форми перинатальної патології, які супроводжувались синдромом вегето-вісцеральних дисфункцій, у складі якого були порушення функціонального стану гастроінтестинальної системи, зокрема відмічались зниження або відсутність рефлексу смоктання, порушення апетиту, знижена толерантність до ентерального харчування, зригування, явища парезу кишечника із затримкою відходження меконію та перехідного стільця, метеоризм, кишкові кольки. На момент огляду у всіх дітей спостерігались клінічні симптоми порушень з боку травної системи, а саме: серед дітей І групи: неспокій при годуванні (45,0% випадків (вип.)), погане смоктання (36,0% вип.), дефіцит маси тіла (27,0% вип.), порушення апетиту (45% вип.), зригування (54,0% вип.), схильність до розріджених випорожнень (18,2% вип.), схильність до закрепів (27,3% вип.), метеоризм (27,3% вип.), кишкові кольки (45,5% вип.). При катamnестичному спостереженні дітей ІІ групи виявлено, що скарги з боку ШКТ зберігаються, а в певному відсотку випадків збільшується їх частота. Зокрема, у дітей ІІ групи відмічались наступні симптоми: неспокій при годуванні (29,2% вип.), погане смоктання (8,3% вип.), дефіцит маси тіла (41,6% вип.), знижений апетит (41,6% вип.), зригування (25% вип.), відмова від їжі (8,3%), закрепи (54,2% вип.), метеоризм (54,2% вип.), кишкові кольки (29,2% вип.), слиз в калі (8,3% вип.).

Висновки. У дітей, які перенесли перинатальну патологію, та мали від народження порушення функціонального стану ШКТ, за наявності у подальшому клінічних ознак неврологічної симптоматики, зберігаються та прогресують скарги з боку травної системи, що може реалізуватись в органічну патологію. Діти з порушеннями функціонального стану системи травлення повинні підлягати динамічному спостереженню з метою своєчасної діагностики та корекції порушень функціонального стану гастроінтестинальної системи.

УДК: 616.1:616.8-008.6-053.31

К.О. Дронова

НМАПО ім. П.Л. Шупика, кафедра неонатології
Зав. кафедрой – д.м.н., проф. Шунько Е.Е.

Научный руководитель – к. м. н., доц. Лакша О.Т.
(г.Киев, Украина)

ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

Вступление. Одной из важных проблем перинатальной кардиологии остается влияние гипоксии на сердце. Так, если у здорового новорожденного при благоприятно протекающих родах послеродовая перестройка протекает с кратковременными ишемическими изменениями в сердце, что не приводит к повреждению сердечной мышцы, то у новорожденных детей, испытавших перинатальную гипоксию, развивается гипоксически-ишемическая кардиопатия, длительность и выраженность которой зависят от тяжести гипоксии, гемодинамических нарушений, а также морфо-функциональной зрелости ребенка. Как правило, миокардиальная дисфункция сочетается с гипоксически-ишемическим поражением центральной нервной системы, которое может усугубить повреждения сердца.

Цель исследования: Выявить изменения сердечно-сосудистой системы у новорожденных детей с перинатальным поражением центральной нервной системы.

Материалы и методы: Обследовано 16 новорожденных с перинатальным поражением центральной нервной системы (ЦНС), которые находились на лечении в отделении патологии новорожденных КДКБ №1.

Гестаційний вік хворих становив від 28 до 38 тижнів. В дослідженні прийняли участь 9 доношених новонароджених і 7 преждевременно рождених дітей.

Результати: В результаті дослідження функціонального стану серцево-судинної системи у новонароджених дітей, рождених на 28-38 тижнях гестації, виявлені ознаки функціональних порушень серцево-судинної системи в формі ціаноза, "мраморності" шкірних покривів, зміни звучності тонов серця. Тахікардія з ЧСС більше 170 в 1 хвилину відзначалась у 13 (81,2%) новонароджених, в той час як брадикардія з ЧСС менше 90 в 1 хвилину відзначалась у 3 (18,8%) новонароджених. У преждевременно рождених новонароджених з перинатальним ураженням ЦНС аускультативно визначалось ослаблення тонов серця і функціональний систолічний шум на верхушці.

Висновки: Признаки функціональних порушень серцево-судинної системи різної ступені вираженості виявляються у 90,2% новонароджених з перинатальним ураженням центральної нервової системи незалежно від гестаційного віку і проявляються ціанозом, "мраморністю" шкірних покривів, зміною звучності тонов серця від глухості до акцентування, брадикардией або тахікардией. Таким чином, діти з перинатальним ураженням центральної нервової системи становлять групу ризику по розвитку патології серцево-судинної системи і вимагають раннього і постійного моніторингу.

УДК: 616-001.8-053.31-06

О.Б. Козакевич

Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія», кафе-
дра педіатрії № 1 з пропедевтикою та неонатологією
Науковий керівник – завідувач кафедри професор
Похилько В.І.
(м. Полтава, Україна)

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТЕНДЕНЦІЇ ЧАСТОТИ АСФІКСІЇ СЕРЕД ДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ: 2004-2014 РР.

Вступ. Від чотирьох до дев'яти мільйонів новонароджених щороку народжуються з асфіксією. З них 1,2 мільйони вмирають, і принаймні у такій кількості дітей розвиваються важкі наслідки, такі як церебральний параліч, епілепсія і затримка розвитку. У Полтавській області, починаючи з 2009 року, показник смертності у новонароджених на асфіксію є незмінним і в структурі смертності новонароджених посідає III-IV місце.

Мета дослідження. Вивчити епідеміологічні тенденції показників захворюваності та смертності при асфіксії серед доношених новонароджених Полтавської області, а також тенденції частоти станів, які пов'язані з її розвитком.

Матеріали та методи дослідження. Проведено ретроспективний аналіз 161 карти розвитку (ф.097/о) новонароджених, які лікувались упродовж 2004 – 2005 рр. та 107 карт розвитку новонароджених, які лікувались упродовж 2011 – 2012 рр. у неонатальних відділеннях інтенсивної терапії Полтавської області з діагнозом асфіксії. Нами вивчено основні тенденції показників захворюваності та смертності при асфіксії у новонароджених, які народились живими в закладах Полтавської області, на основі аналізу офіційної звітності (ф.21)

Результати дослідження та їх обговорення. За останні 15 років частота асфіксії серед доношених новонароджених Полтавської області значно скоротилася, зокрема з 81,89 ‰ у 2000 році до 12,9 ‰ у 2014 р. ($p < 0,001$). На нашу думку, таке скорочення відбулося в деякій мірі завдяки еволюції понять, що стосуються її визначення та навчанню медичного персоналу основним навичкам первинної реанімації новонароджених.

У Полтавській області, починаючи з 2009 року, показник смертності у новонароджених на асфіксію є незмінним і в структурі смертності новонароджених посідає III-IV місце. Перебіг асфіксії також став більш важким, що підтверджується збільшенням частоти застосування штучної вентиляції легень та судомним синдромом на тлі незмінної частоти інших синдромів – меконіальної аспірації, артеріальної гіпотензії та відстроченого харчування.

Проведений аналіз частоти станів, розвиток яких пов'язаний з асфіксією, виявив відсутність динаміки щодо зниження важкості перебігу асфіксії. центрального генезу (ВР - варіаційний ряд) 1,94 (95% ДІ – довірчий інтервал 1,44-2,62), збільшилася кількість дітей із судомним синдромом (ВР 1,43 (95% ДІ 0,99-2,09).

Висновки. Дослідження показало, що в Полтавській області показники захворюваності та смертності за останні 15 років значно зменшилися, проте залишаються значно вищими за показники розвинених країн світу, що може бути зумовлено деякою мірою відмінностями у визначенні діагнозу «асфіксія». Зважаючи на вище викладене, перед службою перинатології виникає нагальна потреба у продовженні подальших досліджень у з'ясуванні причин показників захворюваності та смертності від асфіксії в області та в Україні, у ретельному моніторингу за станом здоров'я жінки під час вагітності та пологів, у навчанні медичного персоналу для надання якісної медичної допомоги новонародженим при асфіксії.

УДК: 614.253.1/.2:616-053.31:378.046.4

О.Ю. Козлова

НМАПО имени П.Л. Шупика, кафедра неонатологии
Перинатальный центр г.Киев
Зав. кафедрой – д.мед.н., проф. Шунько Е.Е.
Научный руководитель – д.мед.н., проф. Шунько Е.Е.
(г.Киев, Украина)

СИМУЛЯЦИОННЫЕ ТРЕНИНГИ ВРАЧЕЙ - НЕОНАТОЛОГОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАНЕКЕНА

Цель исследования: обучение неонатологов в симуляционном классе, формирование профессиональных компетенций, готовность и способность к оказанию экстренной помощи новорожденным, включая детей с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ); обучение практическим навыкам; приобретение и закрепление умений; владение приемами оказания экстренной помощи новорожденным; развитие и совершенствование клинического мышления.

Материалы и методы: на базе Перинатального центра города Киева были проведены тренинги применения мануальных навыков в оказании неотложной помощи, используя муляжи и манекены. Участие в тренинге приняли врачи неонатологи отделения интенсивной терапии новорожденных, отделения выхаживания недоношенных детей, отделения для новорожденных, которые пребывают на совместном пребывании с матерями.

Результаты: в результате проведенного тренинга врачи неонатологи овладели теоретической подготовкой, приобрели мануальные практические навыки, обучены работе с аппаратурой и оборудованием, отработаны практические навыки: сердечно-легочной реанимации новорожденного, интубация трахеи, установки воздуховода и ларингиальной маски, внутривенные инъекции, катетеризация вены пуповины, расчета и введения сурфактанта недоношенному и детям с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ); обеспечения сосудистого доступа; расчета объема, скорости введения инфузионной терапии.

Были проведены практические занятия по респираторам, которые включали следующие практические навыки: собрать дыхательный контур, подключить газы, включить аппарат, настроить границы тревог и режим вентиляции, установить параметры и интерпретировать графический мониторинг.

Выводы: Опыт проведения симуляционного обучения врачей повышает эффективность оказания сердечно-легочной реанимации новорожденному, формирует представление об оказании первичной реанимационной помощи доношенным и преждевременно рожденным новорожденным, в том числе, у врачей смежных специальностей и развивает положительную мотивацию профессиональной деятельности и повышения квалификации.

УДК: 618.15-008.87:579.8]:618.12-002.2-036.1

А.О. Коновал

Харківський регіональний перинатальний центр КЗОЗ
«ОКЛ – ЦЕМД та МК»
Керівник Харківського регіонального перинатального
центру: к.мед.н., доцент кафедри педіатрії №1 та нео-
натології Кондратова І.Ю.
Харківський національний медичний університет, ка-
федра акушерства та гінекології №2
Науковий керівник: завідувач кафедри акушерства та
гінекології №2, д.мед.н., професор Парашук Ю.С.
(м. Харків, Україна)

ОСОБЛИВОСТІ МІКРОФЛОРИ ПІХВИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ САЛЬПІНГООФОРИТ

Мета дослідження: визначити видовий склад та особливості мікробіоценозу піхви у жінок з хронічним сальпінгоофоритом (ХСО).

Матеріали і методи дослідження: У дослідженні визначали мікробіоценоз піхви у 35 пацієнток за давністю запального процесу до 10 років (1 група) та 35 пацієнток за давністю запального процесу понад 10 років (2 група). Вилучення ізолятів із вагінального секрету та цервікального каналу проводили за загальноприйнятими в мікробіології методами.

Отримані результати: В результаті дослідження пацієнток 1 й 2 груп було встановлено порушення мікробіоценозу піхви та виявлено, що найбільш частими мікроорганізмами, що були вилучені з відокремлюваного піхви, були: *Peptostreptococcus* spp. – 77,1% й 74,2%, *Enterococcus* – 68,5% й 54,2%, *S. aureus* – 68,5% й 60,0%, *E. coli* – 62,8% й 68,5%, *Fusobacterium* spp. – 60,0% й 57,1%; *S. pyogenes* – 57,1% й 60,0%, *Candida* spp. – 45,7% й 42,8% відповідно. В 45,7 % випадків мала місце патологічна контамінація піхви грибами родини *Candida*. Виявлена асоціація грибів роду *Candida* із *Staphylococcus* у 20,0 % випадків, *Streptococcus* – у 37,1 % випадків, *Proteus* й *Staphylococcus* – у 14,2 %, *Neisseria* – 8,5 %, *Neisseria* й *Staphylococcus* – 5,7 %.

При таких даних мікробіоценозу стають зрозумілими труднощі, які виникають при терапії запальних захворювань органів малого тазу. Причинами невдач є наполеглива діагностика етіологічних чинників при ігноруванні патогенного потенціалу нормальної мікрофлори, труднощі в доставці ліків до вогнища запалення.

Висновок: у хворих на ХСО відбуваються зміни мікрофлори піхви, які супроводжуються дискоординацією її функціонування як єдиної екосистеми, що проявляється порушеннями мікробіологічного статусу. Висока мікробна щільність бактеріального консорціуму, який колонізує піхву, складається з умовно-патогенних видів, робить можливим швидкий розвиток деструктивно-запальних процесів слизових оболонок. Вищевикладене дозволяє вважати актуальним поглиблене вивчення патогенетичних особливостей ХСО на основі визначення мікробіологічних даних з подальшою адекватною терапією.

УДК: 616-001.8-053.31-071:575.113

О.В. Коробка

Полтавська обласна дитяча клінічна лікарня, кафедра педіатрії №1 з пропедевтикою та неонатологією ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», завідувач кафедри - Похилько В.І. – д.мед.н., професор; науковий керівник – Ковальова О.М. – д.мед.н., професор (м. Полтава, Україна)

ВПЛИВ ГЕНІВ РЕНІН-АНГІОТЕНЗИНОВОЇ СИСТЕМИ НА РОЗВИТОК АСФІКСІЇ ТА ЇЇ ПЕРЕБІГ У ДОНОШЕНИХ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Мета. Проаналізувати вплив I/D поліморфізму ACE гену, A/C поліморфізму AGTR1 гену та 4a/b поліморфізму eNOS гену на розвиток асфіксії та її перебіг у доношених новонароджених.

Матеріали та методи. Проведено проспективне когортне дослідження, в яке включено доношених новонароджених (n=107) із гестаційним віком від 37 тижнів, масою при народженні від 2500 г, які лікувалися у відділенні інтенсивної терапії новонароджених (ВІТН) лікувальних закладів Полтавської області упродовж 2010-2014 рр. з діагнозом помірної або тяжкої асфіксії. У групу порівняння увійшов 31 здоровий новонароджений.

Результати дослідження. Генотип ID ACE гена виявлено у 44,7% здорових дітей і у 57,41 % немовлят з асфіксією, а DD варіант ACE гена – відповідно у 15,8 % і 25,0 % дітей. При цьому співвідношення шансів мати асфіксію у пацієнтів з генотипом II становило 0,28 (95% ДІ 0,11-0,72), p=0,005.

Проведене дослідження показало, що частоти різних варіантів генотипів AGTR1 гену у дітей обстежених груп були однаковими, зокрема не виявлено достовірних відмінностей у розподілі здорових дітей та новонароджених з асфіксією відповідно до AA, AC та CC генотипів зазначеного гену.

Поліморфний 4aa варіант eNOS гену виявлено у 4 (3,8 %) немовлят з асфіксією та у 1 (3,23 %) дитини групи порівняння, 4ba варіант гену – відповідно у 31 (29,5 %) та у 6 (19,35 %) немовлят, а 4bb варіант гену – у 70 (66,7%) немовлят з асфіксією та у 24 (77,42%) здорових немовлят.

Поєднання ID або DD генотипу ACE гену з AC або CC генотипом AGTR1 гену не асоціюється з розвитком асфіксії у доношених новонароджених. Не отримано достовірних відмінностей у частоті виявлення серед дітей з асфіксією та дітей групи порівняння поєднання поліморфних варіантів ACE та eNOS генів, а також AGTR1 та eNOS генів.

Серед обстежених дітей з асфіксією 38 (35,8%) мали важкий перебіг, при цьому шанси немовлят з генотипом II ACE гену мати важку асфіксію становили 0,34, p=0,037, а дітей з DD генотипом – 2,77, p=0,05.

Висновок. II генотип ACE гену зменшує шанси дитини мати асфіксію та її важкий перебіг у доношених новонароджених. Не виявлено достовірного впливу поєднання поліморфних варіантів ACE, AGTR1 та eNOS генів у доношених новонароджених на розвиток асфіксії та її важкості. Потрібні подальші дослідження на більшій когорті пацієнтів для з'ясування остаточної ролі ACE, AGTR1 і eNOS генів у розвитку асфіксії та її важкості.

УДК: 618.4-036-037:618.398

І.С. Ліщенко

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології
НАМН України», відділення патології вагітності
та пологів
Науковий керівник - завідувач відділенням,
доктор медичних наук, професор Жабченко І.А.
(м. Київ, Україна)

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПОЛОГІВ ТА ПЕРИНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ У ЖІНОК З ПРОЛОНГОВАНОЮ ВАГІТНІСТЮ

Мета дослідження. Вивчити перебіг пологів та перинатальні наслідки у жінок з перенесеною та пролонгованою вагітністю.

Матеріали та методи. Впродовж 2014-2015рр. був проведений динамічний нагляд за 88 вагітними, які були розподілені на 3 групи. До 1 групи віднесені 30 жінок з пролонгованою вагітністю які отримували розроблену програму лікування (основна група), до 2 групи – 34 жінки з пролонгованою вагітністю без лікування (група порівняння), до контрольної 3 групи увійшли 24 жінки з доношеною (39-40 тижнів) неускладненою вагітністю та терміновими пологами. В ході роботи було використано загальноклінічні, спеціальні (УЗД з доплерометрією, КТГ) та статистичні методи дослідження. З метою зменшення частоти випадків родового материнського та дитячого травматизму в жінок 1 групи у II періоді пологів застосовували гель «Вагісан».

Результати. Переважна більшість вагітних у клінічних дослідних групах була віком від 26 до 30 років. В 1 та 2 дослідних групах у 44 жінок (65,7%) пологи були першими, у 15 (23,4 %) – другими, і лише у 7 пацієнток (10,9 %) – третіми. Отже, саме першовагітні становлять основну групу ризику вагітних з переносування та пролонгування вагітності. У пологах слабкість пологової діяльності спостерігалась лише у дослідних групах вагітних та склала 7,8 %, вакуум-екстракцію плода проведено у 2 (5,9 %) жінок 2 групи. Майже вдвічі вищим було значення показника дистресу плода у жінок 2 групи (11,7 %) у порівнянні з жінками 1 групи (6,6 %). Пологовий травматизм спостерігався у 55,8 % вагітних 2 групи, у вагітних 1 групи цей показник склав - 33,3 %, значення показника частоти кровотеч у пологах у жінок 2 групи – (5,9 %). У жінок з пролонгованою вагітністю 1 групи частота кесаревого розтину склала 20,0 % у порівнянні з вагітними 2 групи - 29,4 %. Розродження оперативним шляхом у 2 групі проведено терміново за ургентними показаннями (дистрес плода у 11,7 % жінок, поєднання декількох показників у 15,0 % жінок). У 1 групі показаннями для оперативного розродження були: дистрес плода в пологах – 2 (6,6 %) жінок, по одному випадку сідничного передлежання плода та слабкості пологової діяльності у поєднанні з дистресом плода (по 3,3 %). У контрольній групі операцію кесаревого розтину було проведено у 16,6 % жінок, показаннями до якої були дистрес плода та оперована матка (8,3 %). Усього обстежені жінки народили 88 новонароджених. Випадків перинатальної смертності в обстежених групах не було. У жінок 1 групи, яким в пологах застосовувався гель «Вагісан», народилися діти з високою та середньою оцінкою за шкалою Апгар на 1-й хвилині – 8 балів зареєстровано у 53,4 % новонароджених, на 5-й хвилині – у 66,7 %. Середня маса новонароджених становила $3495,2 \pm 44,1$ г. У пацієнток 2 групи з пролонгованою вагітністю показники були дещо нижчі - діти народилися з середньою оцінкою за шкалою Апгар на 1-й хвилині: 7 балів зареєстровано у 44,2 % новонароджених, на 5-й хвилині 8 балів – у 44,1 %. Середня маса тіла новонародженого склала $3891,2 \pm 50,7$ г. Ознак перезрілості не спостерігалось.

Висновки.

1. При пологах після 41 тижня вагітності, у порівнянні з терміновими, частіше розвиваються ускладнення, що вимагають термінового оперативного розродження шляхом операції кесаревого розтину, який виконано кожній четвертій жінці (25,0 %).

2. Пологовий травматизм зустрічається у 29,7 % жінок. У роділлей 1 групи, яким застосовувався гель «Вагісан», рівень пологового травматизму був значно менший (33,3%), ніж у роділлей 2 групи (55,8%).

3. Стан новонароджених після пологів на 1 та 5 хвилинах у 1 дослідній групі був дещо кращим, ніж в 2 групі. Так, оцінка 7-10 балів за шкалою Апгар відповідала задовільному стану новонародженого і становила в 1 групі 93,3%, а в 2 групі - 85%.

УДК: 616.61-006.2-071-08-053.31

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ
З ПОЛІКІСТОЗНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК**М.О. Лозюк**

НМАПО ім. П.Л. Шупіка, кафедра неонатології
Зав. кафедрою – д.м.н., проф. Шунько Є.Є.,
науковий керівник – к.м. н., доц. Лакша О.Т.
(м.Київ, Україна)

Полікістозна хвороба нирок – вада ембріонального розвитку, що характеризується утворенням множинних дрібних кіст в паренхімі нирок. Збільшення кіст з часом призводить до скорочення обсягу функціонуючої паренхіми і розвитку ниркової недостатності.

Мета: обрати оптимальну тактику ведення пацієнтів з полікістозною хворобою нирок на прикладі клінічного випадку.

Матеріали та методи: клінічний випадок, історія хвороби новонародженого, джерела літератури.

Результати: За даними анамнезу дитина від 2 вагітності, що протікала на фоні вираженого багатоводдя, кістозна дисплазія на УЗД в 28 тиж, дистрес плода. Пологи 2, патологічні на 28-29 тижні гестації. Маса-1000 гр, ріст- 26 см., апгар 2/3 б. Стан при народженні тяжкий.

У пологовому будинку проведена антибактеріальна та посиндромна терапія. У віці 5 діб переведений до ВІТН КДКЛ №1. Переведений до відділення виходжування новонароджених на 22 добу життя, на самостійному диханні, на частковому парентеральному харчуванні (засвоює 20 мл суміші), з вагою 1140 (+140 гр). У відділенні проведені обстеження: НСГ (вентрикулодилатація 2 ст), УЗД ОЧП і малого тазу (ліва нирка не візуалізується, права 4.5x2.1 см, кісти 0.7x0.4 см), консультації генетика, невролога, офтальмолога, уролога, нефролога. Діагноз: Вроджена вада розвитку: агенезія лівої нирки, полікістоз правої. Гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС. Ретинопатія недоношених 2 активна стадія. Рання анемія недоношених 1 ступеня. Вентрикулодилатація 2 ст. Недоношеність 28-29 тиж. ПКВ 36 тиж. За час перебування у відділенні відмічались: підвищення артеріального тиску (до 70 мм.рт.ст середній АТ), анемія, ознаки морфо-функціональної незрілості, креатинін, сечовина, діурез залишались в межах вікової норми.

Проведено лікування: антибактеріальна та посиндромна терапія, фозикард. Обрана подальша тактика: нагляд уролога, нефролога, офтальмолога, невролога; загальний аналіз сечі в динаміці 1 раз в 2- 3 місяці; УЗД нирок в динаміці - в 3 міс, 6 міс, 1 рік; для підтвердження діагнозу рекомендовано проведення в/в екскреторної урографії віці 3 - х місяців; фозикард з корекцією дози під контролем АТ; контроль біохімічного аналізу крові через 2 тижні; потім 1 р в місяць; консультація нефролога через 1 міс; НСГ в динаміці; огляд очного дна через 2 тижні.

На момент виписки, 50 день життя, ПКВ 36 тиж, стан стабільний, лабораторні показники в нормі, діурез, АТ, прибавка маси тіла в межах вікової норми, виговдується ентерально.

Висновки: Артеріальна гіпертензія, анемія - проблеми, з якими зустрічається пацієнт з даною патологією в періоді новонародженості. Стан пацієнта ускладнюють супутні патології, що зумовлені морфо-функціональною незрілістю. Діагностика даної патології має проводитися антенатально, після чого приймається рішення щодо переривання вагітності. При скорегованій тактиці ведення спільно з суміжними спеціалістами можна стабілізувати стан дитини, обрати адекватну посиндромну терапію, уникнути ускладнень. Дуже важливою є нормалізація артеріального тиску (ЛЗ першого вибору є препарати, які пригнічують систему ренін-ангіотензин-альдостерон). При розвитку ХНН на тлі полікістозу нирок у дітей проводиться гемодіаліз і ставиться питання про трансплантацію нирок.

УДК: 618.3-06-07-08:616.9

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ
З ВНУТРІШНЬОУТРОБНИМ ІНФІКУВАННЯМ
ПЛОДА**О.В. Мілевський**

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології
Національної академії медичних наук України»,
відділення профілактики і лікування
гнійно-запальних захворювань в акушерстві,
керівник - д.мед.н., проф. Туманова Л.Є.
(м.Київ, Україна)

Хронічний запальний процес в ендометрії є однією з основних причин порушення менструальної функції, невиношування вагітності, безпліддя, невдалих спроб екстракорпорального запліднення (ЕКЗ), гіперпластичних процесів ендометрію та сексуальної дисфункції. Захворюваність хронічним ендометритом, за даними різних авторів, варіює в широких межах - від 0,2 до 66,3%, становлячи в середньому 14%. Вагітність, що не розвивається, у 100% випадків супроводжується і обумовлена хронічним, переважно аутоімунним, ендометритом (FIGO,2006).

Матеріали та методи обстеження.

Обстежено 40 вагітних з тубрно-перитонеальною безплідністю в анамнезі на тлі цитомегаловірусної, герпесвірусної інфекції, асоціації бактеріальних, факультативно-анаеробних збудників, які знаходились на стаціонарному лікуванні в клініках ДУ «Інститут ПАГ НАМН України». Всі пацієнтки до вагітності обстежувались та лікувались з приводу запальних захворювань органів малого тазу. При гістологічному дослідженні у них був виявлений хронічний ендометрит.

20 пацієнток – (1 група) до вагітності, на етапі прегравідарної підготовки, отримували протизапальну терапію, згідно з виявлених збудників, та противірусну терапію валацикловіром. 20 пацієнток – (2 група) до вагітності не лікувались.

Результати дослідження та їх обговорення.

У 6 (30%) пацієнток першої групи були ознаки загрози переривання вагітності, тоді як у другій групі загроза переривання вагітності зустрічалась у всіх жінок. У 13 (65%) пацієнток другої групи виявлялась плацентарна дисфункція, проти першої групи, де її не було. У 2 (10%) жінок другої групи діагностувався антифосфоліпідний синдром, проти першої групи, де його було.

У 2 (10%) жінок першої групи визначався хронічний ДВЗ – синдром проти 7 (35%) у жінок другої групи.

У стаціонарі всі обстежені жінки отримували натуральний прогестерон в етилолеаті 2,5% - 1,0 в/м. під контролем гормонального статусу та УЗС – моніторингом.

Через 5 діб після початку лікування покращення стану виявлено у 23 (57,5%) вагітних: відсутність скарг на болі внизу живота, кров'янисті виділення з піхви, через 14 днів - у 39 (97,5%) обстежених жінок.

Висновки.

Своєчасне призначення противірусної терапії валацикловіром, на етапі прегравідарної підготовки, жінкам з хронічними запальними захворюваннями органів малого тазу, дозволить знизити ускладнення перебігу вагітності.

Всім вагітним, з хронічним ендометритом в анамнезі, рекомендовано призначати, з перших тижнів гестації, натуральний прогестерон в етилолеаті незалежно від клінічних проявів з метою зниження ускладнень вагітності.

УДК: 616.831.39-02:616.89-008]-053.2:159.923

О.О. Мірошников

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», відділення психоневрології по вивченню захворювань і реабілітації нервової системи новонароджених та дітей раннього віку
Науковий керівник: д.м.н., Кирилова Л.Г.
(м.Київ, Україна)

ПОЛОГІЧНІ ЗМІНИ МОЗОЛИСТОГО ТІЛА У ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ

Мета дослідження: визначити характер змін мозолистого тіла (МТ) у дітей з розладами аутистичного спектру (РАС) та порівняти отримані результати з контрольною групою. Виявлення змін МТ може потенційно бути маркером ранньої діагностики РАС або прогностичним фактором ризиком розвитку РАС у дітей групи ризику.

Матеріали та методи: У дослідженні вивчалися серединні сагітальні зрізи головного мозку, отримані за допомогою магнітно-резонансної томографії при правильному укладанні. Обстеження проводилися на томографі Philips Achieva (1,5 Т, 16 каналів). За допомогою програми Multivox Dicom Viever (версія 5.5) проводилося вимірювання наступних характеристик:

- 1) товщина коліна мозолистого тіла (ТКМТ) - відстань між передньою і задньою точками коліна мозолистого тіла;
- 2) товщина переднього відділу тіла мозолистого тіла (ТПВМТ) - відстань між верхньою і нижньою точками середини передньої третини тіла МТ;
- 3) товщина середнього відділу мозолистого тіла (ТСВМТ) - відстань між верхньою і нижньою точками середини середньої третини тіла МТ;
- 4) товщина заднього відділу мозолистого тіла (ТЗОМТ) - відстань між верхньою і нижньою точками середини задньої третини третини тіла МТ;
- 5) товщина валика мозолистого тіла (ТВМТ) - відстань між передньою і задньою точками валика мозолистого тіла;
- 6) довжина мозолистого тіла (ДМТ) - відстань між передньою і задньою точками мозолистого тіла;
- 7) загальна площа мозолистого тіла.

Всього обстежено 38 дітей віком від 1,3 до 6 років (середній вік $3,98 \pm 1,7$ р.). В основній групі знаходилося 23 дитини з РАС – 10 хлопчиків та 13 дівчат (середній вік $2,93 \pm 1,28$ р.), серед них епілептичні напади відмічались у 6 дітей, у 2 дітей – туберозний склероз, по 1 дитині мали синдроми Ретта та Корнелії де Ланге. Всі діти відповідали критеріям РАС згідно МКБ-10 та DSM-4. У контрольній групі обстежено 15 дітей – 7 хлопчиків та 8 дівчат (середній вік $5,58 \pm 1,1$ р.). Статистична обробка отриманих результатів проводилась з використанням комп'ютерної програми SPSS (версія 17) за допомогою t-критерію Стьюдента та коефіцієнта лінійної кореляції Пірсона).

Результати: Отримані результати вимірювань наведені у табл. 1.

Таблиця 1

Результати вимірювання показників мозолистого тіла у основній та контрольній групах

Показник	Основна група			Контрольна група			tЭмп
	Середній показник	Стандартне відхилення	Стандартна похибка	Середній показник	Стандартне відхилення	Стандартна похибка	
ТКМТ (мм)	7,95	2,98	0,62	11,37	2,61	0,67	3,6
ТПВТМТ (мм)	4,57	1,6	0,33	6,22	1,32	0,34	3,3
ТСВМТ (мм)	4,59	0,83	0,17	5,72	1,01	0,26	3,7
ТЗОМТ (мм)	3,95	0,87	0,18	5,47	1,35	0,34	4,2
ТВМТ(мм)	7,27	1,95	0,40	10,16	1,52	0,39	4,8
ДМТ (мм)	60,33	7,86	1,63	67,58	4,93	1,27	3,2
ПМТ (мм ²)	364,57	108,28	22,57	550,70	96,07	24,80	5,4

Таким чином, отримані результати свідчать про статистично достовірне зменшення товщини коліна, переднього, середнього та заднього відділів тіла та валика МТ, довжини МТ, а також загальної площі сагітального зрізу МТ ($p < 0.01$) у основній групі. Встановлено позитивний кореляційний зв'язок між довжиною МТ та його загальною площею (0,742).

Висновки. Отримані нами під час дослідження результати свідчать про наявність зменшення площі МТ, а також товщини усіх відділів МТ у дітей з РАС. Виявлені зміни підтверджують дані закордонних досліджень, та дозволяють припустити, що зменшення розмірів МТ є загальним для усіх пацієнтів з РАС. Показник довжини МТ має високий рівень кореляції з загальною площею МТ, тому може бути одним з достовірних показників зменшення МТ у дітей з РАС. Виявлені співвідношення можуть бути застосовані для діагностики РАС у дітей раннього віку та прогнозування розвитку РАС у дітей групи ризику.

Обмеженнями проведеного дослідження на нашу думку є наступними: мала кількість вибірки, неоднорідність вибірки за статтю та діагнозами, відмінність у середньому віці основної та контрольної груп, визначення лише кількісних параметрів МТ без урахування об'єму відповідних ділянок МТ та півкуль мозку. Для подальшого дослідження необхідно застосування допоміжних методів дослідження, які дають інформацію щодо якісних змін МТ, таких як МР-волюметрія, дифузійно-зважена томографія, трактографія.

УДК: 618.2-083:613.7/.8:615.8

Ю. В. Невишна

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», відділення впровадження та вивчення ефективності новітніх технологій в акушерстві та перинатології
Науковий керівник - Скрипченко Н.Я. - доктор медичних наук, завідувач відділення (м. Київ, Україна)

ДОЦІЛЬНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ, ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ТА ПІДТРИМКИ ВАГІТНИХ І ПОРОДІЛЬ, СПРЯМОВАНИХ НА ЗБЕРЕЖЕННЯ ФІЗИЧНОГО ТА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Мета дослідження. Визначити доцільність впровадження психоемоційної, фізичної підготовки та підтримки вагітних і породіль, спрямованих на збереження фізичного та психічного здоров'я.

Матеріали та методи. Був проведений аналіз 524 історій пологів та створені наступні групи жінок: 1 група - 192 роділлі, що розроджуються в пологових залах звичайного типу, 2 група - 98 роділлі, що народжували в індивідуальних пологових залах, що не проходили допологову підготовку, 3 група - 134 роділлі, що народжували в індивідуальних пологових залах, що проходили допологову підготовку. Критерії включення в групу: доношена одноплідна вагітність (37 тижнів і більше), головне передлежання плода, перші пологи, відсутність показань до планового кесаревого розтину, компенсований стан плода, відсутність тяжкої соматичної патології у роділлі.

Результати. Проводився аналіз психоемоційного стану 524 вагітних. Аналіз отриманих даних свідчить про підвищений рівень тривоги за перебігом вагітності та пологів, що відзначили 465 (88,7%) жінок, з них 289 (55,2%) мали підвищену втому, порушення сну, дратівливість, тривожність, зміни настрою.

Психопрофілактична робота з вагітними проводилася психологом, який враховував специфіку їх психологічного стану і здійснював психологічний супровід перед пологами та психологічну підтримку під час пологів.

Крім цього, перед пологами використовувалися методи релаксації, що тривали 15 хвилин, які починалися з повільного глибокого вдиху, коли в міру розслаблена жінка починає споживати менше кисню, тому її подих стає поверхневим і сповільненим. Разом з цим вагітним було впроваджено дозовані фізичні навантаження. Перед пологами та в першому періоді, особливу увагу приділяли м'язам тазового дна, виконувалися вправи на розслаблення м'язів промежини, а також вправи, які покращують кровообіг у малому тазу з використанням надувних м'ячів «фитбол». Все це дозволило значно знизити негативні чинники: психічну нестабільність, знизити адаптивність організму та слабку фізичну підготовку.

Порівнюючи результати пологів в різних групах, встановлено, що фізіологічних пологів в 1 групі - 53,2% (102 пологів), 2 групі - 75,5% (74 пологів), в 3 групі - 85,1% (114 пологів). Пологопідсилення в 1 групі - 46 жінок (24%), 2 групі - 12 жінок (12,2%), 3 групі - 14 жінок (9,4%). Знеболення використовувалось в 1 групі - 66 жінок (34,4%), 2 групі - 16 жінок (16,3%), 3 групі - 16 жінок (12%). Травми м'яких тканин в 1 групі - 67 жінок (35%), 2 групі - 21 жінок (21,4%), 3 групі - 23 жінок (17,2%).

Висновки. Проведення пологів в індивідуальних пологових залах на умовах партнерських із застосуванням психологічного супроводу дозволило значно знизити психоемоційне напруження роділлі, а також частоту травмування м'яких тканин, пологопідсилення, знеболення та акушерську агресію в пологах, і як кінцевий результат, збільшення кількості фізіологічних пологів.

УДК: 618.146-018.2-007.17-008.9-092

В.Ф. Олешко

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», відділення патології вагітності та пологів

Науковий керівник: д.м.н., проф., завідувач відділення Жабченко І.А. (м. Київ, Україна)

ОСОБЛИВОСТІ ОБМІНУ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ТА ДЕЯКИХ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ ПРИ ІСТМІКО-ЦЕРВІКАЛЬНІЙ НЕДОСТАТНОСТІ

Мета дослідження. Дослідити показники обміну сполучної тканини та деяких мікроелементів для визначення ролі дисплазії сполучної тканини в патогенезі істміко-цервікальної недостатності.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети у сироватці крові 24 вагітних, які знаходились на лікуванні у відділенні патології вагітності та пологів ДЗ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології», з встановленим діагнозом «істміко-цервікальна недостатність» (ІЦН) в терміні гестації 22-32 тижні, методом імуноферментного аналізу в біохімічній лабораторії ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України» за допомогою аналізатору Cobas-411 визначали концентрацію маркерів синтезу (TotalP1NP - аміно-термінальний пропептид проколагена I типу) та резорбції (ss -CrossLaps) сполучної тканини, а також мікроелементи - Na⁺, K⁺, Ca²⁺, Mg²⁺, Ca та P загальний за допомогою автоматичного автономного аналізатору електролітів Easylyte (Medica, США) з використанням одноіменного набору реактивів.

Результати. Обстежувані вагітні були віком від 26 до 30 років. Майже кожна друга з них мала першу вагітність, питома вага вагітних з другою та третьою вагітністю відповідно сягала 16,7% і 33,3%. Серед жінок з повторною вагітністю переважали ті, що мали в анамнезі штучні аборти (66,7%), завмерлі вагітності (25%) і самовільні викидні - 2 (8,3%). У більшості обстежуваних жінок (66%) мають відбутися перші пологи. Головною особливістю перебігу вагітності у них є поєднання ІЦН з іншими ускладненнями гестації. Так, загроза передчасних пологів спостерігалась у 87,5% вагітних, плацентарна дисфункція - у 29,1%, анемія різного ступеня - у 20,8%, артеріальна гіпертензія - у 16,6%. З метою пролонгування вагітності 83,3% вагітним було встановлено акушерський розвантажувальний песарій, 16,7% виконано серкляж. Таким чином, саме першовагітні та першонароджуючі із обтяженим акушерським анамнезом складають групу ризику щодо розвитку ІЦН. Враховуючи роль сполучної тканини у визначенні стану шийки матки усім вагітним визначали вміст маркерів синтезу і резорбції сполучної тканини - TotalP1NP та ss-CrossLaps, та цілої низки мікроелементів. Так, у кожному другому випадку відзначалося достовірне підвищення концентрації маркеру TotalP1NP, що свідчить про збільшення синтезу колагену I типу, який найбільш розповсюджений в тканині шийки. У 41,7% вагітних відзначалося підвищення концентрації маркеру ss-CrossLaps, який є продуктом деградації колагену I і відіграє роль первинного предиктора цього процесу. У кожній четвертій вагітній спостерігалось суттєве підвищення концентрації обох маркерів, що розглядалось нами як критерій порушень обміну колагену в організмі вагітної. Визначене підвищення вмісту в сироватці крові загального кальцію та Ca²⁺ у кожній четвертій і кожній другій вагітній відповідно свідчить про патологічне заміщення сполучної тканини гладком'язовою, що притаманне для неспецифічної дисплазії сполучної тканини. У переважній більшості вагітних (83,3%) виявлено зниження концентрації іонів Na⁺ і K⁺ (25%), і лише у незначній кількості обстежуваних вагітних (8,3%) відзначалося підвищення концентрації іонів K⁺, що свідчить про функціональні порушення мембранного транспорту при заміщенні сполучної тканини на гладком'язову.

Висновки. Зміни вмісту маркерів сполучної тканини та мікроелементів свідчать про високу взаємообумовленість неспецифічної дисплазії сполучної тканини та процесів дозрівання шийки матки при ІЦН. Для більш обґрунтованих висновків доцільно проведення подальших досліджень.

УДК: 618.14-006.55-084-085.357:577.175.6

ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ
ПРОГЕСТЕРОНОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ
У ЖІНОК З АДЕНОМІОЗОМ**О.М. Павлова**

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології
НАМН України», відділення впровадження
та вивчення ефективності сучасних медичних
технологій в акушерстві та перинатології
Науковий керівник – доктор медичних наук,
завідуюча відділення Скрипченко Н.Я.
(м. Київ, Україна)

Мета: вивчити ефективність мікронізованого прогестерону у вигляді вагінальних таблеток у жінок з аденоміозом при підготовці до вагітності та з метою профілактики та лікування загрози переривання вагітності, загрози передчасних пологів у цих жінок.

Матеріали і методи: впродовж 2013-2016 рр. проводилося динамічне спостереження за 20 жінками з гістологічно підтвердженим діагнозом «Аденоміоз» від етапу підготовки до вагітності, впродовж самої вагітності (контрольні огляди у 11-12 тижнів, 17-18 тижнів, 28-32 тижні вагітності) та до етапу пологорозродження.

Критерії включення до дослідження: сформовано 3 групи жінок з аденоміозом 1-2 ступеню у віці 23-35 років, які не працюють і не мають важких фізичних та психологічних навантажень. Усі жінки отримували лікування з-приводу аденоміозу до вагітності.

Перша група (контрольна) складала 5 жінок, вагітність самостійна. У випадку госпіталізації з приводу загрози переривання вагітності/загрози передчасних пологів застосовувалася медикаментозна терапія: прогестерон (ін'єкційна форма), вітамін Е, валеріана лікарська, но-шпа, фолієва кислота (до 14-16 тижня вагітності), токолітична терапія. Друга дослідна група: 6 жінок, вагітність самостійна. У цій групі за необхідності застосування зберігаючої терапії використовували аналогічне лікування з заміною ін'єкційної форми прогестерону на вагінальну: 100 мг двічі на добу. Перевагу надано вагінальній формі прогестерону з аплікатором з метою профілактики інфікування статевих шляхів під час введення препарату для попередження додаткових ускладнень. Третя дослідна група: 9 жінок з аденоміозом, котрим з метою підтримки жовтого тіла у другій фазі менструального циклу, формування повноцінного ендометрію та профілактики плацентарної дисфункції під час майбутньої вагітності застосовувалася профілактична доза вагінального прогестерону – 100 мг один раз на добу. Після настання вагітності підтримуюча доза прогестерону лишалась до 36 тижня вагітності включно. У разі виникнення загрози переривання вагітності чи загрози передчасних пологів дозування збільшували до 100 мг двічі на добу у поєднанні зі спазмолітичною та токолітичною терапією. У випадку плацентарної дисфункції застосовувалася метаболічна терапія. Контроль стану жінок: суб'єктивні скарги, оцінка об'єктивного стану жінок, УЗД-контроль, КТГ-контроль, контроль показників крові (рівень прогестерону, естрадіолу), сечі, контроль кольпоцитології.

Результати: У групі контролю 4 з 5 жінок (80%) госпіталізовані у терміні 11-12 тижнів з діагнозом загрози переривання вагітності з 1 репродуктивною втратою у терміні 13 тижнів. Дві жінки з групи (40%) госпіталізовані повторно у терміні 18-19 тижнів вагітності з діагнозом загрози переривання вагітності. Контроль у терміні 28-32 тижні: зафіксовано плацентарну дисфункцію у 2 жінок з групи (40%). Середній термін перебування у стаціонарі - 20-24 дні. Зафіксовано 1 передчасні пологи (20%) у терміні 36 тижнів, 3 жінки народили через природні пологові шляхи, ускладнень перебігу пологів не зафіксовано. У другій групі 3 жінки (50%) госпіталізовані у 11-12 тижнів, 2 повторно госпіталізовані з-приводу загрози переривання вагітності у терміні 17-18 тижнів. З 30 тижнів 1 жінка отримувала метаболічну терапію з-приводу плацентарної дисфункції. Середній термін перебування у стаціонарі - 19-21 день. Передчасних пологів не зафіксовано. Усі жінки народили через природні пологові шляхи, ускладнень перебігу пологів не зафіксовано. У третій групі вагітних 4 з 9 (45%) були госпіталізовані з-приводу загрози переривання вагітності у терміні 11-12 тижнів, 2 (23%) з цих жінок госпіталізовані повторно у терміні 19-20 тижнів вагітності. Середній термін перебування у стаціонарі становив 16-18 днів. Серед жінок 3-ї групи плацентарної дисфункції не зафіксовано. Передчасних пологів у групі не було. Усі жінки народили через природні пологові шляхи, ускладнень перебігу пологів не зафіксовано.

Висновки: Мікронізований прогестерон у вигляді вагінальних таблеток у жінок з аденоміозом при підготовці до вагітності, з метою профілактики та лікування загрози переривання вагітності, загрози передчасних пологів, профілактики плацентарної дисфункції та інфекційних ускладнень демонструє себе як дієвий та ефективний препарат. Завдяки використанню даної форми препарату скоротився час перебування жінки у стаціонарі, отже: знижується ризик передачі і розповсюдження внутрішньолікарняних інфекцій, зростає обіг ліжка у відділенні, зменшуються матеріальні витрати на перебування пацієнта у відділенні.

УДК: 616.1-008-07-08-053.31:618.3

А. І. Перижняк

Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»,
кафедра догляду за хворими та вищої
медсестринської освіти зав.кафедри проф. Плеш І.А.
Керівник дисертаційної роботи – д.м.н.,
професор Годованець Ю.Д., кафедра педіатрії,
педіатрії, неонатології та перинатальної медицини
(м.Чернівці, Україна)

ДО ПИТАНЬ ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ
ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ
СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ
У НОВОНАРОДЖЕНИХ ЗА УМОВ
ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Складні патогенетичні реакції організму новонародженого за умов кисневої недостатності зумовлюють доцільність проведення максимально ранньої та адекватної корекції порушень загального стану, що може допомогти збереженню життя дитини та попередити виникнення віддалених наслідків серцево-судинної патології у майбутньому. Ось чому метою терапевтичного лікування новонароджених за умов перинатальної гіпоксії повинна бути не тільки підтримка основних життєвих функцій організму, але й усунення наслідків патологічного пологового оксидативного стресу (ОС) за рахунок уповільнення процесів пероксидного окиснення ліпідів (ПОЛ) і окислювальної модифікації білків (ОМБ), відновлення активності антиоксидантної системи захисту (АОСЗ) за для усунення системних дисметаболических розладів.

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності використання комбінованого метаболічного антигіпоксичного препарату Цитофлавін/Сytoflavin ООО «НТФФ «ПОЛИСАН» (Наказ МОЗ України №2 від 03.01.2012 р., реєстраційне посвідчення № UA/5449/01/01 від 31.08.2007 р.) у комплексі інтенсивної терапії новонароджених з ознаками порушень функціонального стану серцево-судинної системи (ССС) за умов перинатальної патології тяжкого ступеня.

Для досягнення мети загальну кількість досліджуваних новонароджених було розподілено на дві групи. Основну групу склали 25 новонароджених з тяжким перебігом перинатальної патології, що мали ознаки постгіпоксичного ураження ССС і яким у традиційному комплексі лікування з метою метаболічної корекції було призначено препарат «Цитофлавін» в рекомендованій дозі 2 мл/кг/добу протягом 5 діб. Друга група порівняння – 27 дітей, які отримували загальноприйнятий стандартний комплекс лікування.

Ефективність використання в комплексі лікування новонароджених «Цитофлавіну» оцінювалась за наступними критеріями: загальний стан при народженні та в динаміці спостереження впродовж першого тижня життя; динаміка клінічних проявів порушень функціонального стану ССС, а також даних рівня ОМБ в крові новонароджених дітей у динаміці спостереження.

Новонароджені, що входили до обох дослідних груп, достовірно не відрізнялись між собою за гестаційним віком, статтю, сукупністю морфо - функціональних ознак та за переліком нозологій перинатальної патології.

Клінічними проявами порушень функціонального стану ССС у дітей груп спостереження були: ціаноз, акроціаноз шкірних покривів (відповідно в 60,0% випадках у I групі та 59,26% випадках у II групі, $p>0,05$); блідість, мармуровість шкірних покривів (відповідно в 24,0% та 25,93%, $p>0,05$); систолічний шум (32,0% та 29,63%, $p<0,05$); приглушеність серцевих тонів (64,0% та 62,96%, $p>0,05$); аритмії, тахікардія (44,0% та 44,44%, $p>0,05$); брадикардія (8,0% та 7,41%, $p>0,05$); акцент II тону (12,0% та 14,81%, $p>0,05$); розширення меж відносно серцевої тупості (20,0% та 18,52%, $p>0,05$); артеріальна гіпотензія (відповідно 8,0% та 7,40%, $p>0,05$).

Рівень показників ВРО у новонароджених станом на 1-2 добу життя виглядав наступним чином: МА еритроцитів у дітей основної групи $36,27\pm 1,83$ мкмоль/л та $34,26\pm 1,80$ мкмоль/л в групі порівняння, $p>0,05$. ОМБ плазми в основній групі $-2,61\pm 0,12$ о.о.г/мл проти $2,66\pm 0,13$ о.о.г/мл у новонароджених групи порівняння, $p>0,05$.

Динамічне спостереження за новонародженими показало деякі відмінності щодо ознак позитивної динаміки перебігу перинатальної патології з урахуванням груп порівняння щодо призначеного комплексу лікування. Більш швидке покращення стану впродовж раннього неонатального періоду відмічено у новонароджених основної групи. Поряд зі зменшенням тяжкості стану відмічався більш швидкий зворотній розвиток кардіологічної симптоматики - у 18 дітей основної групи (72,0%) та лише у 14 дітей групи порівняння (51,85%), $p<0,05$. Відмічено більш швидке зникнення клінічних проявів гіпоксичної ішемії міокарду (блідість, «мармуровість» шкірних покривів, ціаноз і акроціаноз), порушень ритму серця, відзначалось поліпшення загального стану, відновлення звучності серцевих тонів, нормалізація артеріального тиску, що свідчить про позитивний вплив препарату в комплексі лікування новонароджених щодо порушень функціонального стану ССС за умов перинатальної патології.

Позитивна динаміка клінічної симптоматики у новонароджених основної групи на фоні прийому вказаного препарату була підтверджена параклінічними даними рівня ВРО, проведеного на 6-7 добу життя, що характеризувало покращення загального стану. Кількість МА еритроцитів у дітей основної групи знизився до $14,75\pm 0,74$ мкмоль/л проти $20,12\pm 1,02$ мкмоль/л у дітей групи порівняння, $p<0,05$. Ступінь ОМБ плазми у дітей, які отримували препарат «Цитофлавін» в комплексі лікування, становив $1,38\pm 0,07$ о.о.г/мл, що мало також певну відмінність, порівняно з показниками у новонароджених групи порівняння - $1,54\pm 0,08^*$ о.о.г/мл, $p>0,05$.

Висновки. Враховуючи позитивну динаміку клінічного перебігу перинатальної патології, що підтверджується більш ранньою регресією клінічних проявів постгіпоксичного пошкодження ССС та результати додаткових параклінічних методів дослідження, застосування препарату «Цитофлавін» у комплексі лікування патології раннього неонатального періоду, на нашу думку, може бути рекомендованим у практичній діяльності лікаря- неонатолога.

УДК: 616.1-073.43-053.31:618.25**А.В. Сенаторова, М.С. Волик**

Харківський національний медичний університет,
кафедра педіатрії №1 та неонатології
Завідувач кафедри д.м.н., професор. Гончарь М.О.
Регіональний перинатальний центр
(м. Харків, Україна)

**УЛЬТРАЗВУКОВІ ПРЕНАТАЛЬНІ ФАКТОРИ
РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАНЬ
СЕРЦЕВО - СУДИННОЇ СИСТЕМИ
У НОВОНАРОДЖЕНИХ ВІД БАГАТОПЛІДНОЇ
ВАГІТНОСТІ**

Перенатальні фактори є важливими для подальшого стану здоров'я людини, її адаптивних чи патологічних форм реагування в майбутньому. При багатоплідній вагітності значно зростає ризик передчасних пологів, спостерігаються такі стани, як синдром фето-фетальної трансфузії, затримка внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВУР) й дискордантний зріст, загибель плодів. Перинатальна захворюваність та смертність залежить від інтегруючого впливу безлічі соціальних і біологічних факторів, одним з яких є багатоплідна вагітність.

Мета дослідження: удосконалення виявлення ультразвукових пренатальних факторів ризику розвитку серцево - судинної патології у новонароджених від багатоплідної вагітності.

Матеріали та методи: у дослідження увійшло 112 новонароджених, яких було розподілено на чотири групи: 37 новонароджених від багатоплідної вагітності без затримки внутрішньоутробного розвитку; 25 новонароджених від жінок з багатоплідною вагітністю зі ЗВУР; 27 дітей від одноплідної вагітності без ЗВУР; 23 немовляти від одноплідної вагітності зі ЗВУР. У строки 36-39 тижнів була проведена пренатальна діагностика на апараті Esaote My LAB25 (Італія). Вивчалися особливості ультразвукових пренатальних факторів. Різницю значень визначали за критерієм Манна-Уїтні.

Результати: Найнижчими значення біофізичного профілю плода були у дітей зі ЗВУР від одноплідної вагітності. Амніотичний індекс мав найвище значення 30 (21,8;36) в дітей від багатоплідної вагітності зі ЗВУР та найнижче значення 22 (21;31,7) у дітей 2-ої та 22 (12,7;39) 4-ої груп спостереження. Аналіз рутинного ультразвукового вимірювання товщини плацент виявив, що в дітей 1-ої 33 (30; 39) та 2-ої груп 35 (32 ;36) спостереження вона була меншою порівняно з групою контролю (3-я група) 42 (37; 50). Товщина плаценти в обстежених 4-ої групи спостереження не мала статистично значущої різниці порівняно з контрольною групою, однак не виявлено також достовірної різниці між товщиною плацент при доношеній вагітності із ЗВУР та при багатоплідній вагітності ($p>0,05$). Отримані результати свідчать про те, що при одноплідній вагітності, яка супроводжується ЗВУР плода, спостерігається тенденція до гіпоплазії плаценти. Найбільшу частоту другого ступеня зрілості легенів було виявлено в дітей 1-ої та 3-ої груп порівняно з контролем ($p<0,05$) та найвищий (3-ій) ступінь зрілості легенів був у дітей контрольної групи (96,2 %), ($p<0,01$).

Висновки: 1. При одноплідній вагітності, яка супроводжується ЗВУР плода, спостерігається тенденція до гіпоплазії плаценти 2. Виявлено різницю в ступенях зрілості легенів плоду, незважаючи на відсутність відмінностей частоти ультразвукових ознак у різницях ступенів зрілості плацент під час ультразвукового дослідження. 3. Нами не визначено достовірних відмінностей у групах спостереження при дослідженні діаметрів судин пуповини та ЧСС плодів.

УДК: 616.831-005-073.79-053.31:618.5-001.8-06**К.Ю. Соколова**

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,
кафедра педіатрії 3 та неонатології
Завідувач кафедри - д.м.н., професор Ботьбот Ю.К.,
науковий керівник - д.м.н, професор Мавропуло Т.К.

**ВИКОРИСТАННЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ
ОКСИМЕТРІЇ У ДОНОШЕНИХ
НОВОНАРОДЖЕНИХ, ЯКІ МАЛИ ВАЖКУ
АСФІКСІЮ ПРИ НАРОДЖЕННІ**

Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія після перенесеної асфіксії є значимою причиною смертності і захворюваності новонароджених дітей. На теперішній час доведена ефективність застосування терапевтичної гіпотермії в постасфіктичному періоді, але подальшого вивчення потребують питання раннього прогнозування несприятливих наслідків важкої асфіксії. Одним з методів визначення ефективності процедури терапевтичної гіпотермії є оцінка перфузії мозкових структур. Церебральна оксиметрія є неінвазивним методом оцінки регіонарної оксигенації головного мозку, який дозволяє провести неінвазивний і безперервний моніторинг церебральної гемодинаміки та оксигенації шляхом вимірювання змін концентрації оксигенованого та деоксигенованого венозного гемоглобіну. Хоча метод не забезпечує безпосередній вимір кровотоку в різних областях мозку, він реєструє регіональне насичення киснем тканин на капілярному рівні у відповідній області мозку (ScO_2), що є відображенням співвідношення доставки/споживання кисню тканинами (співвідношення перфузії та кисневого метаболізму).

Метою нашої роботи була оцінка стану регіонарної перфузії мозку (показників церебральної оксиметрії) у новонароджених дітей, які підлягали проведенню процедури терапевтичної гіпотермії після важкої асфіксії, в залежності від наявності несприятливих наслідків у вигляді смерті чи розвитку деструктивних змін тканини головного мозку в неонатальному періоді.

Матеріали та методи. До груп спостереження були включені 26 доношених новонароджених, які мали озна-

ки важкої асфіксії, яким проводилась лікувальна гіпотермія. Процедура гіпотермії проводилась у відповідності до положень уніфікованого клінічного протоколу «Початкова, реанімаційна і післяреанімаційна допомога новонародженим в Україні» (наказ МОЗ України від 28.03.2014 № 225). Церебральна оксиметрія проводилась за допомогою пристрою INVOS™ 5100C Cerebral/Somatic Oximeter протягом 24 годин в періоді активного охолодження (за умови стабілізації показників центральної гемодинаміки, кислотно-лужного стану) з визначенням рівня SctO₂ в області лобних долей (область реєстрації, виходячи з глибини проникнення променя – кора мозку).

Отримані результати. Несприятливі наслідки мали місце у 9 новонароджених (смерть внаслідок розвитку набряку мозку – 1 випадок, розвиток деструктивних гіпоксично-ішемічних змін мозкової тканини – 8 дітей). Показники церебральної оксиметрії в групах з сприятливими та несприятливими наслідками мали коливання SctO₂ від 59 до 98%. Ми не виявили достовірних відмінностей між показниками середніх значень SctO₂ у дітей з різними наслідками перенесеної асфіксії.

У новонароджених зі сприятливими наслідками достовірно частіше реєструвались показники SctO₂ лівої лобної долі в коридорі 80-89% (тест Kruskal-Wallis, $p=0,0710$; Median Test, $p=0,0393$), правої лобної долі в коридорі 70-79% (Median Test, $p=0,0393$).

Висновки. Таким чином, доречними є подальші дослідження церебральної оксиметрії для моніторингу та розуміння змін перфузії головного мозку у поєднанні з іншими методами контролю мозкового кровотоку з метою створення індивідуальних нейропротекторних стратегій у доношених новонароджених з гіпоксично-ішемічною енцефалопатією.

УДК: 618.33/.36-07-08:616-056.527

О.Р. Сюдмак

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», відділення патології вагітності та пологів
Науковий керівник: д.м.н., проф., завідувач відділення
Жабченко І.А.
(м. Київ, Україна)

НОВІ МОЖЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЇ СИСТЕМИ У ВАГІТНИХ З ОЖИРІННЯМ

ВООЗ розглядає ожиріння як епідемію, що охопила понад 300 млн. людей і продовжує зростати серед жінок, сягаючи 25-30%. Частка зайвої ваги і ожиріння становить 5% від загальної кількості випадків смерті в світі (ВООЗ, 2010). В економічно розвинутих країнах частота ожиріння у вагітних складає 35-38%, в Україні - у 20-30% населення, серед вагітних - 10-29,6% випадків від загального їх числа. Частота ожиріння у жінок >20 років – до 35%; у жінок 30-39 р.р. – у 2рази частіше. Спадковість є однією з основних причин виникнення ожиріння - при нормальній масі тіла батьків ожиріння зустрічається лише у 9% дітей, при одному з батьків з ожирінням – у 50% дітей, при ожирінні обох батьків – у 70% дітей.

Для плода та новонародженого при ожирінні у матері існує високий ризик виникнення дистресу під час вагітності та в пологах (пропорційно ступеню ожиріння – від 7 до 30% відповідно), макросомії– 8-12%, гіпотрофії - 5-8%, пологового травматизму, ожиріння та цукрового діабету в майбутньому, гіпогалактії.

Мета дослідження. Визначити вплив L-карнітину (Алміба) на стан фетоплацентарної системи у вагітних з ожирінням I-II ступеня з плацентарною дисфункцією та гіпотрофією плода.

Матеріали та методи. У відділенні патології вагітності та пологів до схеми лікування 25 вагітних з ожирінням I-II ступеня був доданий L-карнітин (Алміба) з метою покращення ліпідного обміну, функції печінки та забезпечення ефективного енергообміну в організмі вагітної. Вагітні отримували 1г левокарнітину 2 рази на день протягом 10-12 днів. L-карнітин (Алміба) є вітаміноподібною речовиною, яка в природних умовах синтезується в печінці, нирках та мозковій тканині з амінокислот лізину та метіоніну за участю заліза та аскорбінової кислоти, в плазмі крові перебуває у вільній формі та у формі ацилкарнітинових ефірів. Левокарнітин – це головний кофактор обміну жирних кислот у серці, м'язах та печінці; чинить нейро-, гепато- та кардіопротекторну дію; основний переносник ДЛЖК до мітохондрій з наступним її окисленням та утворенням молекул АТФ; покращує метаболічні процеси та знижує кількість жиру в гепатоцитах; знижує вміст холестерину в крові; сприяє виведенню з цитоплазми токсичних речовин та метаболітів.

У ході роботи було використано загальноклінічні (клініко-анамнестичні, лабораторні), спеціальні (УЗД з доплерометрією) методи дослідження. За вагітними проводився динамічний нагляд з моменту поступлення їх до стаціонару до виписки.

Результати. Пілотні дослідження відбулися у 25 вагітних з ожирінням I-II ступеня та виявили позитивний ефект щодо стану плода (зменшення рівня гіпотрофії за даними УЗД, зменшення частоти маловоддя, стабілізація функціонального стану плода, покращення трофіки у матково-плацентарній ділянці), внаслідок чого стало можливим пролонгування вагітності до терміну пологів.

Висновки. ЗРП являється другою після недоношеності причиною народження дітей з низькою масою тіла та ускладнює перебіг 2,4 -17% всіх вагітностей. Провідним патогенетичним фактором ЗРП є плацентарна дисфункція на фоні порушення матково-плацентарного кровообігу з розвитком хронічного дистресу плода та метаболічних порушень.

Включення L-карнітину (Алміба) у вагітних жінок з ожирінням I-II ступеня до стандартної схеми лікування дає можливість покращити прогнози при ЗРП та плацентарній дисфункції, скоротити відставання росту плода, знижує частоту маловоддя та дозволяє пролонгувати вагітність до терміну пологів.

УДК: 618.3/7:618.14–006.36–092–084-08

В.Г. Тиха

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», відділення впровадження та вивчення ефективності сучасних медичних технологій в акушерстві та перинатології
Науковий керівник: керівник відділення
д.м.н. Скрипченко Н.Я.
(м. Київ, Україна)

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЛАКТАЦІЇ У ПОРОДІЛЬ ІЗ ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ В УМОВАХ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ

Мета дослідження: Вивчити тривалість лактації у породіль з лейоміомою матки в умовах хронічного стресу, зумовленого війною на території України.

Матеріали та методи: Проаналізована тривалість лактації у 65 породіль з лейоміомою матки за період 2014-2015 років. Досліджений психоемоційний статус таких жінок шляхом визначення індексу стресостійкості та стресасоційованих гормонів крові (кортизол та пролактин) на 3-й, 6-й місяць та через 1 рік після пологів. Жінки розподілені на групи: перша група (основна) - 30 жінок, які проживали в східних регіонах України і перебували в умовах хронічного стресу, друга група (контрольна) – 35 жінок центрального та західного регіону. Критерії відбору для дослідження: пологи одноплідною доношеною вагітністю, соматично здорові жінки. Середній вік породіль вірогідно не відрізнявся і склав 31, 0±1,4 року. Середній гестаційний термін при народженні в обох групах становив - 37-38 тижнів. У обстежених жінок як в 1-й, так і в 2-й групі народилися живі, доношені діти з оцінкою за шкалою Апгар 7-8 балів.

Результати: Встановлено, що у жінок з лейоміомою матки, що перебували в умовах хронічного стресу через 3 місяці після пологів високий рівень стресостійкості спостерігається в 0,5%, в контрольній групі – 4%. Низький рівень стресостійкості – в 80% та 48% відповідно. Простежується тенденція до стабілізації психоемоційного рівня через 6 місяців після пологів, що проявляється в збільшенні кількості жінок з помірним та зменшенням кількості жінок з низьким рівнем стресостійкості.

Рівні стресових гормонів теж відрізнялись : через 3 місяці після пологів пролактин склав 24,55±8,95нг/мл в 1-й групі та 34,74±5,5 нг/мл в контрольній групі, рівень кортизолу – 442,6±76,8нмоль/л та 345,3±60.4нмоль/л відповідно; на 6- му місяці післяпологового періоду рівень цих гормонів виглядав наступним чином: пролактин – 20,8±5,1нг/мл в 1-й групі та 30,75±7,02 нг/мл в 2-й групі, кортизол - 520±50,28 нмоль/л та 417,1±30,6 нмоль/л відповідно. Через рік показники даних гормонів теж різнились і склали : пролактин – 16,4±3,1нг/мл в 1-й групі та 20,97±4,42 нг/мл в контрольній групі, кортизон - 411±20,66 нмоль/л та 367,33±18,7,6 нмоль/л відповідно.

Лактація зберігалась до 3 місяців у 30% жінок з лейоміомою матки, які перебували в умовах хронічного стресу , до 6 місяців – 15%, до року годували дітей 11% жінок цієї когорти, тоді як в групі порівняння лактація до 3 місяців була у 54%, до 6 місяців – 41%, а до 12 місяців – у 22,5% породіль.

Висновки: Гіпогалактія у жінок з лейоміомою спричиняється змінами нейроендокринної регуляції лактації, зокрема, порушенням балансу стрес-асоційованих гормонів, оскільки вагітність у жінок із лейоміомою вже протікає із постійною психологічною напругою щодо наслідків вагітності, не кажучи про таку кагорту породіль , які живуть в умовах хронічного стресу на територіях проведення бойових дій. Хронічні стреси та занепокоєння за здоров'я своєї сім'ї та новонародженої дитини супроводжуються ще більшим підвищенням стрес-реалізуючого гормону кортизолу та зниженням стрес-лімітуючого гормону пролактину. Підвищені рівні кортизолу гальмують лактацію. Оскільки пролактин виконує роль стрес-лімітуючого фактора і є основним стимулятором лактації та білкового складу грудного молока, зниження цього гормону призводить до гіпогалакції.