

порівнянні з такими в 30 практично здорових осіб (60 очей). Встановлено зв'язок зниження швидкісних показників артеріального кровотоку ока й орбіти та зростання індексів пульсації та резистентності в тих же артеріях з погіршенням зорових функцій та дисбалансом цитокинового статусу сльози та сироватки крові на прикладі прозапального цитокину TNF- α та протизапального цитокину IL-4. Доведена ефективність комплексної детоксикаційної терапії (КДТ) з застосуванням поліоксидонію (патент України на корисну модель № UA 71921u) в комплексному лікуванні хворих на АТН щодо змін артеріальної гемодинаміки, показників зорових функцій та дисбалансу цитокинів на різних стадіях АТН. Продемонстрована перевага КДТ в порівнянні зі стандартною схемою лікування хворих на всіх стадіях АТН.

Ключові слова: доплерографія, алкогольна токсична нейроретинопатія, орбітальна артерія, центральна артерія сітківки, задні короткі циліарні артерії, задні довгі циліарні артерії.

Резюме

Недзвецкая А.В., Петрушенко Д.А. Влияние лечения на гемодинамику артерий глаза и орбиты при алкогольной токсической нейроретинопатии.

Приведены результаты доплерографического исследования кровотока в орбитальной артерии, центральной артерии сетчатки, задних коротких и длинных циліарных артериях у 158 больных (316 глаз) с различными стадиями алкогольной токсической нейроретинопатии (АТН) до лечения, после лечения и через 1 месяц после лечения по сравнению с таковыми у 30 практически здоровых человек (60 глаз). Установлена связь снижения скоростных показателей артериального кровотока глаза и орбиты и роста индексов пульсации и резистентности в тех же артериях с ухудшением зрительных функций и дисбалансом цитокинового статуса слезы и сыворотки крови на примере провоспалительного цитокина TNF α и противовоспалительного цитокина IL-4. Доказана эффективность комплексной детоксикационной терапии (КДТ) с применением полиоксидония (патент Украины на полезную модель № UA 71921u) в комплексном лечении больных АТН в отношении изменений артериальной гемодинамики, показателей зрительных функций и дисбаланса цитокинов на разных стадиях АТН. Продемонстрированы преимущества КДТ по сравнению со стандартной схемой лечения больных на всех стадиях АТН.

Ключевые слова: доплерография, алкогольная токсическая нейроретинопатия, орбитальная артерия, центральная артерия сетчатки, задние короткие циліарные артерии, задние длинные циліарные артерии.

Summary

Nezdvetska O.V., Petrusenko D.O. The influence of treatment on the haemodynamics of arteries of the eye and orbit at alcoholic toxic neuroretinopathy.

The article represents results of the study of blood flow in the orbital artery, central retinal artery, long and short posterior ciliary arteries of 158 patients (316 eyes) at different stages of alcoholic toxic neuroretinopathy (ATN) before treatment, after treatment and in 1 month after treatment versus those of 30 healthy people (60 eyes). The correlation of the decrease in the eye and orbit arterial blood flow velocity parameters and the increase in its pulsatility and resistivity indices with deterioration of visual functions and cytokine imbalance in tear and serum was established. The proinflammatory cytokine TNF α and anti-inflammatory cytokine IL-4 in tear and serum were measured. The efficacy of the combined detoxification therapy (CDT) using polyoxidonium (the patent of Ukraine for useful model № UA 71921u) in complex treatment of patients with ATN according to arterial hemodynamics indices, visual function parameters and cytokine imbalance at various stages of ATN was proved. The CDT had advantages compared with the traditional regimen at all stages of ATN.

Key words: dopplerography, alcoholic toxic neuroretinopathy, orbital artery, central retinal artery, posterior short ciliary artery, posterior long ciliary arteries.

Рецензент: д.мед.н., проф. А.М. Петруня

УДК 616-01

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОСТНЫХ СТРУКТУР ПЛОДА В АСПЕКТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ МАССЫ ПЕРЕД РОДАМИ

И.С. Соколовская

Государственное учреждение «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

Введение

Определение предполагаемой массы плода является не менее важным аспектом при выборе тактики родоразрешения, чем определение наружных размеров таза беременной и других показателей [7, 10]. Приказ МОЗ от 27.12.2006 № 899 Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги "Тазове передлежання плода" передполагаєт естественные роды при массе плода не более 3700 г., и этот параметр является основополагающим при выборе тактики родоразрешения. На этапе поступления в акушерский стационар предполагаемую массу плода определяют методами наружного исследования, и на основании полученных данных делают вывод о возможности естественных родов. Однако, при доношенной беременности, которая может сопровождаться рядом «искажающих» факторов, таких как ожирение, отеки передней брюшной стенки, многоводие, маловодие и др. погрешность в определении может быть значительной [1-14]. Максимально точное определение предполагаемой массы плода в тазовом предлежании может существенно изменить тактику родоразрешения и количество негативных перинатальных и акушерских последствий [15].

Цель работы - доказать преимущество метода ультразвуковой визуализации в определении предполагаемой массы плода в тазовом предлежании.

Материалы и методы исследования

Для реализации цели была выбрана группа обследуемых женщин, которым производилось кесарево сечение при тазовом предлежании плода по показанию «крупный плод». Основанием для такого показания являлось определение предполагаемой массы по наружным измерениям, согласно следующим формулам: формула Лебедева (М

= ОЖ x ВДМ, где М – предполагаемая масса плода, ОЖ – окружность живота беременной в сантиметрах, ВДМ – высота стояния дна матки над лоном в сантиметрах); формула Якубовой ($M = (OЖ + ВДМ) \cdot 4 \cdot 100$); формула Бубличенко ($M = 1/20$ массы тела беременной). Параллельно проводилось исследование антропометрических параметров с определением массы плода методом медицинской визуализации – УЗИ на аппарате Philips En Visor, а именно измерялись следующие показатели: бипариетальный диаметр, лобно-затылочный размер, окружность живота, длина бедренной кости. Эти параметры были внесены в формулу Хэдлок 1: ($EFW = 10^{(1,304 + (0,05281 \cdot AC) + (0,1938 \cdot FL) - (0,004 \cdot AC \cdot FL))}$). SD = 0,154*EFW Тип SD = ±2SD.

Полученные результаты и их обсуждение

Группу пациенток составили 34 человека в сроке гестации 37-39 недель. Результаты определения предполагаемой массы плода по наружному измерению представлены в таблице 1.

Таблица 1

Предполагаемая масса плода (г) в тазовом предлежании

Предполагаемая масса плода	Средняя величина	Средняя ошибка	Минимал. ошибка	Максимал. ошибка
По формуле Лебедевой	3850±102	173,3	107	580
По формуле Якубовой	3670±75	150	88	525
По формуле Бубличенко	3710±98	125	87	415
Фактическая масса плода	3530±141	-	-	-

Результаты указывают на то, что диагноз «крупный плод» был поставлен на основании всех трех формул. Однако определение по формуле Лебедевой дает наибольшую массу плода в сравнении с другими и также максимальную ошибку. Из 34 пациенток при рождении подтвердился диагноз «крупный плод» у 23 (67,64%), 11 (32,36%) новорожденных имели среднюю массу 3370 г. При этом максимальная ошибка составила 580 г.

Методом ультразвуковой визуализации предполагаемая масса плода складывалась из следующих показателей: бипариетальный диаметр, окружность живота, длина бедренной кости. Метод ультразвуковой визуализации исключает «искажающие факторы»,

основываясь на измерении костных ориентиров. Полученные данные представлены в таблице 2.

Таблица 2

Масса плода (г) по данным УЗИ

Предполагаемая масса плода	Средняя величина	Средняя ошибка	Минимал. ошибка	Максимал. ошибка
По УЗИ (формула Хэдлок 1)	3630±158	160	27	270
Фактическая масса плода	3530±141	-	-	-

Как показывают результаты, средняя разница между определением по УЗИ и фактической массой минимальная. Не смотря на это, погрешность все же существовала и максимальная погрешность в 270 г. была у пациентки с физиологическим течением беременности, ростом 167 см, весом 67 кг. Однако только у пяти беременных по данным ультразвукового исследования масса была недостоверной, а именно у трех (8,8 %) завышенной, у двух (5,8%) заниженной, с разницей в 171 г. Такой результат свидетельствует об информативности ультразвукового метода не только для определения предполагаемой массы, но и для оценки сопутствующих показателей. Так, у пяти (14,7%) беременных наблюдалось умеренное и выраженное многоводие, у 7 (20,5%) пограничное и явное маловодие. Интересно отметить тот факт, что именно у пациенток с расположением плаценты на передней стенке матки погрешность с завышением показателей в массе плода составила наибольшее значение при определении по наружным ориентирам (8 человек – 23,5%).

Таблица 3

Сравнительная характеристика определяемых параметров

Параметры	По УЗИ	По наружному измерению
Бипариетальный диаметр	Определяется	Не определяется
Окружность живота	Определяется	Не определяется
Длина бедра	Определяется	Не определяется
Масса	Определяется	Определяется
Количество околоплодных вод	Определяется	Не определяется
Вид предлежания	Определяется	Определяется
Расположение плаценты	Определяется	Не определяется
Степень запрокидывания головки	Определяется	Не определяется
Обвитие пуповиной шеи плода	Определяется	Не определяется

Исходя из того, что по полученным результатам ультразвуковой метод является наиболее точным при определении массы плода, он позволил учесть и остальные акушерские параметры, которые невозможно учесть при наружных методах исследования. Так, наглядно можно представить в таблице 3 основные возможности УЗИ в сравнении с клиническими.

Выводы

1. Определение предполагаемой массы плода методом ультразвуковой визуализации более точное, чем наружное исследование. Так, точность УЗ-метода составила – 85,4 %, максимальная ошибка 270г. Точность наружного метода измерения составила – 67,64 %, максимальная ошибка – 580 г.

2. У минимального количества беременных по данным ультразвукового исследования масса плода была недостоверной. У 14,7% беременных наблюдалось умеренное и выраженное многоводие, у 20,5% пограничное и явное маловодие. У беременных с расположением плаценты на передней стенке матки (23,5%) наблюдалось максимальное отклонение от фактической массы.

3. Ультразвуковой метод исключает «искажающие» факторы для определения массы плода при доношенной беременности. Он наиболее точный при определении массы плода, что дает возможность учесть и другие акушерские параметры.

4. Дальнейшие исследования будут направлены на характеристику дородовой диагностики крупного плода, на выбор оптимального метода родоразрешения при тазовом предлежании плода, на анализ исходов родоразрешений при отклонениях в околоплодных водах, на исследование беременности при наружном профилактическом повороте плода на головку, на перинатальные особенности тазовых предлежаний плода в зависимости от тактики ведения беременности и родов.

Литература

1. Амирова Ш.А. Выбор оптимального метода родоразрешения и исход родов при тазовом предлежании плода / Ш.А. Амирова, Т.М. Укыбасова // *Денсаулык сактауды дамыту*. - 2012. - № 1, ч. 1. - С. 66-72.
2. Баева И.Ю. Возможности дородовой диагностики крупного плода (обзор литературы) / И.Ю. Баева, И.И. Каган, О.Д. Константинова // *Вестник новых медицинских технологий*. - 2011. - Т. 18, № 2. - С. 226-230.

3. Бебешко О.И. Анализ исходов родоразрешений при меконимальных околоплодных водах / О.И. Бебешко, Е.В. Янишина // *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. - 2013. - Т. 3, № 3. - С. 662.

4. Васильев В.Е. Исходы беременности при наружном профилактическом повороте плода на головку / В.Е. Васильев, В.В. Васильев, Д.О. Иванов [и др.] // *Детская медицина Северо-Запада*. - 2012. - Т. 3, № 3. - С. 56-62.

5. Глушко А.А. Достоверность ультразвуковой фетометрии в диагностике крупного плода при скрининговом исследовании / А.А. Глушко // *Вестник рентгенологии и радиологии*. - 2007. - № 2. - С. 9.

6. Избицкая Н.Г. Профилактический наружный поворот плода на головку при тазовом предлежании (опыт применения) / Н.Г. Избицкая, С.А. Бондаренко, Е.Н. Бондаренко // *Запорожский медицинский журнал*. - 2013. - № 5 (80). - С. 34-35.

7. Мусаев О.Х. Перинатальные аспекты тазовых предлежаний плода в зависимости от тактики ведения беременности и родов / О.Х. Мусаев, К.О. Мусева // *Мат-лы IV Российского форума «Мать и дитя»*. - М., 2002. - С. 421-422.

8. Савельева Г.М. Оправдана ли агрессия при ведении родов? / Г.М. Савельева, Е.Я. Караганова, М.В. Третьякова // *Журнал акушерства и женских болезней*. - 2011. - Т. LX, № 3. - С. 24-31.

9. Свиридова О.Н. Осложнения после кесарева сечения / О.Н. Свиридова // *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. - 2013. - Т. 3, № 3. - С. 658.

10. Стрижаков А.Н. Тазовое предлежание плода – новый взгляд на старую проблему / А.Н. Стрижаков, И.В. Игнатенко // *Акушерство и гинекология*. - 2007. - № 5. - С. 17-23.

11. Стрижаков А.Н. Возможно ли снизить частоту кесарева сечения? / А.Н. Стрижаков, Т.Ф. Тимохина, В.С. Белоусова // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. - 2013. - Т. 12, № 3. - С. 5-11.

12. Турсунова Г.А. Влияние новых технологий на исходы родов и состояние здоровья новорожденных, рожденных в тазовом предлежании / Г.А. Турсунова, З.М. Ахтамова, Х.С. Некбаев // *Вестник неотложной и восстановительной медицины*. - 2011. - Т. 12, № 1. - С. 34-37.

13. Филиппова И.Ю. Особенности родоразрешения и исход беременности у женщин с миомой матки / И.Ю. Филиппова // *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. - 2011. - Т. 1, № 1. - С. 20.

14. Чернуха Е.А. Тазовое предлежание плода: руководство для врачей / Е.А. Чернуха, Т.К. Пучко. - [2 изд.]. - М.: ГЕОТАР-Медиа, 2007. - 176 с.

15. Groom K.M. Temporal and geographical variation in UK obstetricians personal preference regarding mode of delivery / K.M. Groom, S. Paterson-Brown, M. Fisk // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* - 2002. - Vol. 100, № 2. - P. 185-188.

Соколовская И.С. *Ультразвуковое исследование костных структур плода в аспекте определения предполагаемой массы перед родами.*

Изучено влияние массы плода при выборе тактики родоразрешения. Исследование проведено на группе обследуемых женщин, которым производилось кесарево сечение при тазовом предлежании плода по показанию «крупный плод». Выявлено преимущество метода ультразвуковой визуализации в определении предполагаемой массы плода в тазовом предлежании. Сделан вывод, что максимально точное определение предполагаемой массы плода в тазовом предлежании может существенно изменить тактику родоразрешения и количество негативных перинатальных и акушерских последствий.

Ключевые слова: кесарево сечение, крупный плод, масса плода, метод ультразвуковой визуализации, тазовое предлежание плода, тактика родоразрешения.

Резюме

Соколовська І.С. *Ультразвукове дослідження кісткових структур плода в аспекті визначення передбачуваної маси перед пологами.*

Вивчений вплив маси плоду при виборі тактики розродження. Дослідження проведено на групі обстежуваних жінок, яким робився кесаревий розтин при тазовому передлежанні плоду по показнику «великий плід». Виявлена перевага методу ультразвукової візуалізації у визначенні передбачуваної маси плоду в тазовому передлежанні. Зроблений висновок, що максимально точно визначення передбачуваної маси плоду в тазовому передлежанні може істотно змінити тактику розродження і кількість негативних перинатальних і акушерських наслідків.

Ключові слова: кесаревий розтин, великий плід, маса плоду, метод ультразвукової візуалізації, тазове передлежання плоду, тактика розродження.

Summary

Sokolovska I.S. *Ultrasound examination of the fetus bones in the aspect of determining the mass before delivery.*

The effect of the fetus weight at selection of the tactics of delivery was studied. The study was conducted at the group of the examined women, who Cesarean section was conducted to at pelvic presentation of the fetus according to the indicator "big fetus". The advantage of the method of ultrasound visualization in detection of the supposed fetus weight in the pelvic presentation was revealed. The conclusion was made that the maximally accurate definition of the supposed fetus weight in the pelvic presentation can sufficiently change the tactics of delivery and the quantity of the negative perinatal and obstetric consequences.

Key words: cesarean section, big fetus, method of ultrasound visualization, pelvic presentation of fetus, taxis of delivery.

Рецензент: д.мед.н., проф. В.В. Сімрок

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ РУКОПИСІВ ДЛЯ ПУБЛІКАЦІЇ

«Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології»: збірник наукових праць.

1. Збірник включений до переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук в галузях медицини, біології та фармації, затвердженого постановою президії ВАК України від 14.10.2009 р. № 1-05/4 (Бюлетень ВАК України 2009. - № 11. - С. 9.).

2. До публікації у збірнику приймаються рукописи, що містять результати оригінальних біологічних, медичних, фармацевтичних досліджень, лекцій, огляди літератури, клінічні спостереження, наукову інформацію, рецензії та інші матеріали, що раніше не були опубліковані.

3. Мова публікації – українська, російська. Обов'язково надається англomовний варіант статті.

4. Стаття друкується у форматі А4 (береги: лівий – 3 см, правий – 1,5 см, верхній та нижній – по 2 см) через 1,5 інтервали у текстовому редакторі Word for Windows без ручних перенесень шрифтом Times New Roman Size 14. Обов'язково слід вказувати поштову адресу, телефон, бажано адресу електронної пошти того, з яким буде вестися листування.

5. Кожна стаття на початку повинна нести таку інформацію: індекс УДК, назва без використання абревіатур, ініціали та прізвища авторів, установа, де виконувалася робота.

6. Текст оригінальних досліджень має такі розділи: вступ, мета, матеріали та методи дослідження, отримані результати та їх обговорення, висновки.

7. Обов'язково вказується зв'язок роботи з науковими планами, програмами, темами (з зазначенням державного реєстраційного номеру).

8. Наприкінці публікуються резюме та ключові слова (3-5 слів або словосполучень) трьома мовами (українською, російською та англійською). Кожне резюме повинно мати обсяг до 200 слів і містити прізвища авторів, назву роботи, висвітлювати мету дослідження, методи, результати та висновки.

9. Матеріал може ілюструватися таблицями, рисунками, діаграмами, мікрофото та ін. Ілюстрації наводяться після їх першого згадування.

10. Висновки мають перспективи подальших досліджень.

11. Список літератури оригінальних робіт повинен бути обсягом 10-20 джерел (не менше 2-х латиницею), оглядів, лекцій – 40 джерел. Розташування джерел – за алфавітом. Посилання на бібліографічні джерела в тексті даються в квадратних дужках. Спочатку приводяться роботи українською та російською мовами, потім – іноземними в оригінальній транскрипції. Оформлення переліку літератури проводиться відповідно до вимог Державного стандарту 2006 року (бюл.ВАК 2008, № 3).