

- минский. - Винница, 2001. - 437 с.
Дергачев А.И. Ультразвуковая диагностика заболеваний внутренних органов: Справочное пособие / А.И. Дергачев. - М.: Изд-во РУДН, 1995. - 334 с.
- Митьков В.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике в пяти томах / В.В. Митьков. - М.: Видар, 1996. - Т. 1. - 336 с.
- Некоторые конституциональные особенности анатомии желчного пузыря по данным ультразвукового исследования / В.В. Соколов, Н.Ю. Неласов, Е.В. Чаплыгина [и др.] // Актуальные проблемы спортивной морфологии и интегративной антропологии под ред. П.К. Лысова. - Москва. - 2003. - С. 169-170.
- Никитюк Б.А. Морфология человека / Под ред. Б.А. Никитюка, В.П. Чтецова. - Издательство Московского университета, 1990. - 343 с.
- Пальмер П.Е.С. Руководство по ультразвуковой диагностике / Под редакцией П.Е.С. Пальмера. - Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2000. - 334 с.
- Chen M.H. Real-time ultrasonography of the pancreas in normal Chinese children in Taiwan / M.H. Chen, L.T. Huang, G.M. Hong // Chung. Hua Min Kuo Hsiao Erh. Ko I. Hsueh Hui Tsa. Chih. - 1997. - Vol. 38, № 3. - P. 218-222.
- Glaser J. Pancreas and aging: a study using ultrasonography / J. Glaser, K. Stienecker // Gerontology. - 2000. - Vol. 46, № 2. - P. 93-96.
- Size and echogenicity of the pancreas in Chilean adults: echotomography study in 261 patients / M. Guerra, L. Gutierrez, R. Carrasco, A. Arroyo // Rev. Med. Chil. - 1995. - Vol. 123, № 6. - P. 720-726.

Мельник М.П.

ОСОБЕННОСТИ МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У ГОРОДСКИХ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПОДОЛБЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И ПОЛА

Резюме. На базе научно-исследовательского центра Винницкого национального медицинского университета имени Н.И. Пирогова проведено комплексное обследование 114 городских мужчин (22-35 лет) и 126 городских женщин (21-35 лет). Обследование включало ультразвуковое исследование органов брюшной полости, в результате которого были определены границы доверительных интервалов и процентильный размах сонографических параметров поджелудочной железы и желчного пузыря у здоровых мужчин и женщин Подолья и выучены возрастные и половые особенности этих параметров. Так у мужчин, не были установлены достоверные возрастные отличия сонографических параметров поджелудочной железы, а у представительниц женского пола определено, что ширина головки, толщина и высота хвоста поджелудочной железы достоверно больше (или имеется тенденция к большим значениям) у женщин 26-35 лет, чем у женщин 21-25 лет. У мужчин и женщин не установлены статистически значимые возрастные отличия сонографических параметров желчного пузыря. Большинство сонографических параметров поджелудочной железы и желчного пузыря оказались достоверно большими у мужчин, чем у женщин.

Ключевые слова: поджелудочная железа, желчный пузырь, ультразвуковое исследование, зрелый возраст, половые отличия.

Melnik M.P.

FEATURES OF MORPHOMETRIC PARAMETERS OF PANCREAS AND GALL BLADDER IN URBAN MEN AND WOMEN OF PODILLYA DEPENDING ON AGE AND SEX

Summary. On the basis of research center of Vinnitsa National Medical University named after Pirogov conducted a comprehensive survey of 114 urban men aged 22 to 35 years and 126 women aged 21 to 35 years. The survey included ultrasonic research of abdominal cavity, in which were identified boundary of confidence intervals and pritsental magnitude of sonographic parameters pancreas and gall bladder in healthy men and women of Podillya general and different age groups and examined age and gender characteristics of these parameters. In particular in men not found statistically significant age differences of sonographic parameters of the pancreas, and the representatives of women found that head width, thickness and height of the tail of the pancreas was significantly larger (or the tendency to larger values) in women 26-35 years than women 21-25 years. In persons of both sexes does not have a statistically significant age differences of sonographic parameters gallbladder. Most of sonographic parameters pancreas and gall bladder were significantly higher in men than in women.

Key words: pancreas, gallbladder, ultrasound, mature age, sex differences.

Стаття надійшла до редакції 18.03.2014 р.

Мельник Марина Петрівна - викладач-стажер кафедри травматології та ортопедії з курсом медицини катастроф та безпеки життєдіяльності Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 063 315-69-39

© Булавенко О.В., Перебендюк Т.В.

УДК: 612.647: 579.862:618.177-089.888.11

Булавенко О.В., Перебендюк Т.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ОСОБЛИВОСТІ БІОФІЗИЧНОГО ПРОФІЛЮ ПЛОДА СГВ-ПОЗИТИВНИХ ВАГІТНИХ ПІСЛЯ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ

Резюме. Виявлено негативний вплив стрептококу групи В на внутрішньоутробний стан плода при умові його наявності в урогенітальному і/або ректальному шляхах вагітної після екстракорпорального запліднення, про що свідчить достовірне зниження кількості випадків за параметрами біофізичного профілю плода, оціненого в 2 бали, і одночасне достовірне підвищення кількості випадків стану плода, оціненого в 1 і 0 балів. При цьому задовільний стан плода визначається достовірно

рідше, а сумнівний і незадовільний - достовірно частіше. При порівнянні результатів застосування традиційно прийнятої новорозробленої схем лікування встановлено покращення показників біофізичного профілю плода в умовах використання запропонованої нами методики ведення вагітних після екстракорпорального запліднення.

Ключові слова: плід, біофізичний профіль, екстракорпоральне запліднення, стрептокок групи В.

Вступ

Сучасні репродуктивні технології, у багатьох випадках, дозволяють вирішити проблему непліддя сімейним парам з низькими показниками репродуктивного здоров'я. Однак, при використанні допоміжних репродуктивних технологій можуть виникнути ряд ускладнень, серед яких особливе місце займає інтраамніальне інфікування плода. Не дивлячись на ряд публікацій щодо внутрішньоутробного інфікування плода різного генезу та його наслідки [Сидорова і др., 2000; Агаєва, 2003; Боровкова, 2005; Корнева, 2005; Бабар, 2011; Nandyal, 2008], інформації щодо ролі стрептококу групи В (СГВ) у патології вагітності і новонароджених дітей у вітчизняній літературі недостатньо, більш того, у країні не створена база для широкого застосування сучасних методів визначення стрептококу групи В (поживні середовища, специфічні діагностичні препарати).

На необхідність оцінки частоти СГВ-колонізації вагітних і СГВ-асоційованих захворювань новонароджених у кожній країні з подальшим вибором відповідної попереджувальної тактики, наголошує Р. Veitune зі співавторами [2005]. Сьогодні неясні наслідки для розвитку плода в умовах СГВ-колонізації вагітної як з фізіологічною, так і з відновленою репродуктивною функцією. Дослідження такого роду дозволить розширити уявлення про роль СГВ в патології вагітності.

Висока чутливість і специфічність біофізичного профілю плода пояснюються поєднанням маркерів гострого (нестресовий тест, дихальні рухи, рухова активність і тонус плода) і хронічного (об'єм ОВ, ступінь зрілості плаценти) порушення стану плода.

Тому метою роботи стало вивчення біофізичного профілю плода у СГВ-позитивних вагітних після екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) на фоні застосування різних схем профілактики та лікування інтраамніального СГВ-інфікування плода.

Матеріали та методи

Проаналізований стан плодів у 98 СГВ-позитивних вагітних після екстракорпорального запліднення віком від 35 до 39 років, котрі успішно отримали медичну допомогу з приводу лікування безпліддя методами ЕКЗ у Київському міському центрі репродуктивної та перинатальної медицини (КМЦРПМ) та у 52 вагітних відповідного віку, що склали контрольну групу, вагітність у котрих наступила природним шляхом.

З метою порівняння загально вживаної та розробленої схеми профілактики та лікування інтраамніального СГВ-інфікування плода, групу корекції розділили на 2 паритетні підгрупи: основну та групу порівняння (по 49 вагітних у кожній групі).

Усі без винятку СГВ-позитивні вагітні для збережен-

ня та пролонгації вагітності після проведеного ЕКЗ отримували: утрожестан, фолієву кислоту та йодид калію (індивідуально за показами до лікування додавали: вібуркол, актовегін, діпірідамоп, еноксипарін натрія, вітамін Е (токоферол) та аскорбінову кислоту). Вагітним основної групи застосували традиційно прийнятну схему [Шкоба, 2005]: дуфастон, кратал, аспірин, канефрон, пренатал та корегування мікробіоценозу статевих шляхів препаратом мікожинакс, а групі порівняння - розроблену нами: матерну, інтерферон 2?, або віферон та гінофлор.

Вибір препаратів обумовлений необхідністю попередження інтраамніального інфікування. Дія призначених препаратів була спрямована на: перешкоджання проникнення СГВ через навколоплодові оболонки; зниження ступеня колонізації статевих шляхів умовно-патогенною та патогенною мікрофлорою; нормалізацію рН та відновлення фізіологічного бар'єру піхви, що перешкоджає виникненню вагінальних інфекцій.

Біофізичний профіль плода оцінювали за реактивністю серцевої діяльності плода після його рухів за даними КТГ (нестресовий тест), дихальними рухами плода, руховою активністю плода, кількістю навколоплодової рідини та тонусом плода в балах від 0 до 2. Визначали біофізичний профіль плода (БПП) за оцінкою суми балів вище названих біофізичних параметрів. При сумі балів від 7 до 10 стан плода вважали задовільним, при сумі балів 5 - 6 - тест вважали сумнівним і оцінювали повторно через 2 - 3 дні, при 4 балах і нижче біофізичний профіль плода оцінювали як патологічний і ставили питання про термінове розродження [Каліновська, 2009].

Ехографічні та доплерометричні дослідження виконані на діагностичній ультразвуковій системі Voluson 730 Pro; із застосуванням конвексного датчика 4-10 МГц.

Статистична обробка отриманих даних проведена у пакеті STATISTICA - 5. Достовірність різниці між незалежними якісними величинами визначали за формулою Е.Вебер [1961]. Отримані відхилення показників біофізичного профілю плода від фізіологічної норми розглядали як опосередковане свідчення порушення його стану.

Результати. Обговорення

Результати вивчення біофізичного профілю плода у СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ у 25 - 27 тижнів вагітності на початок застосування різних схем лікування представлені у таблиці 1.

При вивченні реактивності серцевої діяльності плода після його рухів за даними КТГ встановлено, що в контрольній групі нестресовий тест (НСТ), оцінений у

Таблиця 1. Біофізичний профіль плода у СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ у 25 - 27 тижнів вагітності на початок застосування різних схем лікування.

Параметри БПП	Основна група (n=59 плодів)		Група порівняння (n=64 плода)		Контрольна група (n=52 плода)		p _{a-b}	p _{a-в}	p _{б-в}
	а		б		в				
	п	%	п	%	п	%			
Реактивність серцевої діяльності плода після його рухів за даними КТГ (нестресовий тест)									
2 бали	10	16,95	14	21,88	42	80,77	>0,05	<0,001	<0,001
1 бал	38	64,41	38	59,38	10	19,23	>0,05	<0,001	<0,001
0 балів	11	18,64	12	18,75	0	0	>0,05	<0,01	<0,01
Дихальні рухи плода									
2 бали	20	33,90	22	34,38	46	88,46	>0,05	<0,001	<0,001
1 бал	25	42,37	29	45,31	5	9,62	>0,05	<0,001	<0,001
0 балів	14	23,73	13	20,31	1	1,92	>0,05	<0,01	<0,01
Рухова активність плода									
2 бали	22	37,29	24	37,50	49	94,23	>0,05	<0,001	<0,001
1 бал	24	40,68	25	39,06	3	5,77	>0,05	<0,001	<0,001
0 балів	13	22,03	15	23,44	0	0	>0,05	<0,001	<0,001
Тонус плода									
2 бали	21	35,59	23	35,94	52	100	>0,05	<0,01	<0,01
1 бал	25	42,38	26	40,63	0	0	>0,05	<0,001	<0,001
0 балів	13	22,03	15	23,44	0	0	>0,05	<0,001	<0,001
Кількість навколоплодових вод									
2 бали	36	61,02	37	57,81	48	92,31	>0,05	<0,001	<0,001
1 бал	14	23,73	16	25,0	3	5,77	>0,05	<0,01	<0,001
0 балів	9	15,25	11	17,19	1	1,92	>0,05	<0,05	<0,01

Таблиця 2. Стан плода у СГВ-вагітних після ЕКЗ за загальною сумою набраних балів біофізичного профілю у 25 - 27 тижнів вагітності на початок застосування різних схем лікування.

Кількість балів	Основна група (n=59 плодів)		Група порівняння (n=64 плода)		Контрольна група (n=52 плода)		p _{a-b}	p _{a-в}	p _{б-в}
	а		б		в				
	п	%	п	%	п	%			
7-10	36	61,02	37	57,81	50	96,15	>0,05	<0,001	<0,001
5-6	9	15,25	12	18,75	2	3,85	>0,05	<0,05	<0,05
4 і менше	14	23,73	15	23,44	0	0	>0,05	<0,001	<0,001

2 бали, є реактивним в 42 (80,77 %) випадках. Оцінка стану плода в 1 бал, яка відповідала базальному ритму у 100 - 120 і 160 - 180 уд./хв., амплітуді варіабельності серцевого ритму 3 - 6 уд./хв., періодичним акцелераціям, пізнім, короточасним або варіабельним децелераціям та амплітуді осциляцій 5 - 9 або більше за 25 на 1 хв., встановлена для 10 (19,23 %) плодів. Декомпенсованого стану плода не спостерігали. При оцінці дихальної активності плода в цій групі максимальна тривалість 1 епізода дихальних рухів більше 60 секунд визначена у 46 (88,46 %) плодів. У 6 плодів (11,54 %) відмічали зниження дихальної активності, з них у 5 (9,62 %) тривалість складала від 30 до 60 секунд, а в 1 (1,92 %)

відмічали різке зниження даного параметра. Адекватна рухова активність у групі контролю зберігалась у 49 (94,23 %) плодів, незначне зниження рухової активності зареєстровано у 3 (5,77 %) плодів. Тонус у плодів був задовільним в 100 % випадків. Кількість навколоплодових вод, визначена у 2 бали, встановлена у 48 (92,31 %) випадках, в 1 бал - у 3 (5,77 %), і 0 балів - в 1 (1,92 %) випадку (див. табл. 1).

За всіма параметрами біофізичного профілю плода СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ у 25 - 27 тижнів вагітності на початок застосування різних схем лікування стан плода в основній групі і групі порівняння не відрізнявся між ними та достовірно відрізнявся від контрольної групи.

Так, спостерігали достовірне зниження кількості випадків стану плода, оціненого у 2 бали за показниками нестресового тесту (НСТ) (16,95 % - в основній групі і 21,88 % - у групі порівняння проти 80,77 % - у контрольній групі; p<0,001) та достовірне підвищення кількості випадків стану плода, оціненого в 1 бал (64,41 % і 59,38 % проти 19,23 %, p<0,001; відповідно), декомпенсований стан плода був встановлений за даними НСТ у 11 та 12 проти 0 (18,64 % і 18,75 % проти 0 %, при p<0,01 відповідно) випадках. У 25 (42,37 %) плодів основної групи та у 29 (45,31 %) плодів групи порівняння відмічали достовірне пониження дихальної активності, оціненої в 1 бал (p<0,001), у 14 (23,73 %) та 13 (20,31 %) плодів обох груп відповідно відмічено різке зниження даного параметра, оціненого в 0 балів, порівняно з контрольними значеннями (p<0,01). Подібну картину спостерігали для рухової активності плода та його тонусу (див. табл. 1). Кількість навколоплодових вод, визначена у 2 бали, встановлена у 36 (61,02 %) випадках в основній групі та 37 (57,81 %) випадках у групі порівняння; патологічна кількість навколоплодових вод, оцінена в 1 бал, виявлена у 14 (23,73 %) ви-

падках основної групи та у 16 (25,0 %) випадках групи порівняння, а в 0 балів - у 9 (15,25 %) випадках та в 11 (17,19 %) випадках відповідно, що також достовірно відрізнялось від показників контрольної групи ($p < 0,05$; $p < 0,01$; див. табл. 1).

За загальною сумою набраних балів біофізичного профілю плода СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ у 25 - 27 тижнів вагітності на початок застосування різних схем лікування стан плода в основній групі і групі порівняння не відрізнявся між собою та достовірно відрізнявся від контрольної групи (табл. 2). У терміні вагітності 25 - 27 тижнів вагітності у СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ порівняно з контрольною групою задовільний стан плода визначався достовірно рідше (у 61,02 % і 57,81 % проти 96,15 %), а сумнівний (у 15,25 % і 18,75 % проти 3,85 %) і незадовільний (у 23,73 % і 23,44 % проти 0 %) - достовірно частіше.

Дані біофізичного профілю плода у СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ у 32 - 34 тижнів вагітності на фоні застосування 2 схем лікування представлені в таблиці 3.

Порівняння параметрів біофізичного профілю плода між групами СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ, лікованих за новозапропонованою схемою і лікованих за традиційною схемою (станом на 32 - 34 тиждень вагітності) свідчить, що кількість плодів, реактивність серцевої діяльності котрих після їх рухів за даними КТГ, оцінена у 2 бали, достовірно збільшувалась на фоні нової схеми лікування (47 (73,44 %) випадка проти 12 (20,34 %), $p < 0,001$), а плодів з ареактивним НСТ не було взагалі (0 випадків проти 7 (11,86 %) плодів, $p < 0,01$) (див. табл. 3). Кількість плодів, у котрих реєстрували зниження дихальної активності, достовірно зменшувалась (3 (4,69 %) випадків проти 10 (16,95 %), $p < 0,05$), а кількість плодів, дихальну активність котрих оцінено у 2 бали, достовірно збільшувалась (36 (56,25 %) випадків проти 22 (37,29 %), $p < 0,05$) на фоні нашого лікування. При аналізі рухової активності плода встановлено зменшення кількості плодів з руховою активністю, оціненою в 1 і 0 балів (7 (10,94 %) проти 26 (44,07 %) випадків, $p < 0,001$ і 0 проти 8 (13,56 %) випадків, $p < 0,01$, відповідно). Аналогічну картину спостерігали при аналізі тонуусу плода (7 (10,94 %) випадків проти 27 (45,76 %), $p < 0,001$ і 0 проти 7 (11,86 %) випадків, $p < 0,01$, а також 57 (89,06 %) проти 25 (42,38 %) випадків, $p < 0,001$) (див. табл. 3). Слід відмітити достовірне збільшення випадків з нормальною кількістю навколоплодових вод у групі порівняння порівняно з основною групою: 52 (81,67 %) проти 38 (64,41 %), $p < 0,05$, а також достовірне зменшення випадків з оцінкою кількості навколоплодових вод в 1 бал: 7 (10,69 %) проти 15 (25,42 %) $p < 0,05$ (див. табл. 3).

Сумарні дані щодо визначення стану плода у СГВ-вагітних після ЕКЗ за загальною сумою набраних балів біофізичного профілю у 32 - 34 тижнів вагітності на фоні застосування двох схем лікування представлені в таблиці 4.

Таблиця 3. Біофізичний профіль плода у СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ в 32 - 34 тижні вагітності на фоні застосування двох схем лікування.

Параметри БГП	Основна група (n=59 плодів)		Група порівняння (n=64 плода)		p
	а		б		
	п	%	п	%	
Реактивність серцевої діяльності плода після його рухів за даними КТГ (нестресовий тест)					
2 бали	12	20,34	47	73,44	<0,001
1 бал	40	67,80	17	26,56	<0,001
0 балів	7	11,86	0	0	<0,01
Дихальні рухи плода					
2 бали	22	37,29	36	56,25	<0,05
1 бал	27	45,76	25	39,06	>0,05
0 балів	10	16,95	3	4,69	<0,05
Рухова активність плода					
2 бали	25	42,37	57	89,06	<0,001
1 бал	26	44,07	7	10,94	<0,001
0 балів	8	13,56	0	0	<0,01
Тонус плода					
2 бали	25	42,38	57	89,06	<0,001
1 бал	27	45,76	7	10,94	<0,001
0 балів	7	11,86	0	0	<0,01
Кількість навколоплодових вод					
2 бали	38	64,41	52	81,67	<0,05
1 бал	15	25,42	7	10,69	<0,05
0 балів	6	10,17	5	7,64	>0,05

Таблиця 4. Стан плода у СГВ-вагітних після ЕКЗ за загальною сумою набраних балів біофізичного профілю у 32 - 34 тижні вагітності на фоні застосування двох схем лікування.

Кількість балів	Основна група (n=59 плодів)		Група порівняння (n=64 плода)		p
	а		б		
	п	%	п	%	
7-10	47	79,66	60	93,75	<0,05
5-6	10	16,95	4	6,25	>0,05
4 і менше	2	3,39	0	0	<0,001

За результатами підсумкової характеристики біофізичного профілю плода у СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ в 32 - 34 тижні вагітності на фоні застосування двох схем лікування в групі порівняння достовірні відмінності встановлені для плодів, які набрали максимальну та мінімальну кількість балів. Для кількості 5 - 6 балів достовірних відмінностей не встановлено (див. табл. 4).

Отримані дані свідчать про суттєве покращення біофізичного стану плода у СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ, котрих лікували за новозапропонованою схемою у терміні 32 - 34 тижнів вагітності, що свідчить на користь більшої ефективності застосування новозапропонованої схеми лікування порівняно із традиційною.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. У СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ у 25 - 27 тижнів гестації на початок застосування різних схем лікування порівняно з контрольною групою при оцінці результатів проведення нестресового тесту, дихальної та рухової активності плода, визначенні його тону та кількості навколоплодових вод встановлено достовірне зниження кількості випадків стану плода, оціненого в 2 бали, і одночасне достовірне підвищення кількості випадків стану плода, оціненого в 1 і 0 балів. За загальною сумою набраних балів біофізичного профілю задовільний стан плода визначався достовірно рідше (у 61,02 % і 57,81 % у дослідних групах проти 96,15 % - у групі контролю), а сумнівний (у 15,25 % і 18,75 % проти 3,85 % відповідно) і незадовільний (у 23,73 % і 23,44 % проти 0 % відповідно) - достовірно частіше в обох дослідних групах, що є підставою для підтвердження негативного впливу стрептокока групи В на внутрішньоутробний стан плода при умові його наявності в урогенітальному і/або ректальному шляхах вагітної.

2. У СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ у 32 - 34 тижні гестації при порівнянні параметрів біофізичного профілю плода після застосування різних схем лікування встановлено, що на фоні новозапропонованої схеми лікування, порівняно із традиційною, збільшується кількість плодів, реактивність серцевої діяльності котрих оцінена у 2 бали (у 3,92 рази, $p < 0,001$), відсутні плоди з ареактивним НСТ, зменшується кількість плодів

зі зниженням дихальної (у 3,33 рази, $p < 0,05$) та рухової активності, оціненої в 1 бал (3,71, $p < 0,001$), відсутні плоди з руховою активністю, оціненою в 0 балів; аналогічну картину спостерігали при аналізі тону плода; збільшується кількість випадків з кількістю навколоплодових вод, оцінених у 2 бали (в 1,37 рази, $p < 0,05$), зменшується кількість випадків, оцінених в 1 бал (у 2,14 рази, $p < 0,05$). За результатами підсумкової характеристики біофізичного профілю плода у СГВ-позитивних вагітних після ЕКЗ в 32 - 34 тижні вагітності на фоні застосування двох схем лікування в групі із застосуванням новозапропонованої схеми достовірно відмінності встановлені для плодів, які набрали максимальну (60 (93,75 % проти 47 (79,66 % випадків, $p < 0,05$) та мінімальну (0 (0 % проти 2 (3,39 % випадків, $p < 0,001$) кількість балів.

3. Запропонована нами методика ведення вагітних після ЕКЗ має позитивний вплив на ті ланки патогенезу, на котрі загально прийнята терапія впливає недостатньо, про що свідчило достовірне покращення показників біофізичного профілю плода.

Моніторинг основних параметрів біофізичного профілю фетоплацентарної системи дозволяє отримати об'єктивну інформацію про умови життєдіяльності плода, тому при СГВ-інфікуванні плода вагітних після ЕКЗ повинен обов'язково здійснюватись для своєчасного застосування адекватних терапевтичних заходів для обрання оптимального часу та тактики розродження для запобігання перинатальної смертності.

Список літератури

- Агаева З. А. Комплексная оценка функционального состояния системы "мать - плацента - плод" у беременных с высоким инфекционным индексом : дис. ... канд. мед. наук / З. А. Агаева. - Краснодар, 2003. - 154 с.
- Бабар Т. В. Тактика ведення лактації при інтраамніальному інфікуванні : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук : 14.01.01 / Т. В. Бабар. - Київ, 2011. - 21 с.
- Боровкова Е. И. Взаимодействие возбудителей инфекции с организмом беременной как фактор риска внутриутробного инфицирования плода / Е. И. Боровкова // Росс. вестник акушера-гинеколога. - 2005. - Т. 4, № 5. - С. 45 - 49.
- Каліновська І. В. Плацентарна недостатність: патогенез, рання діагностика, тактика ведення вагітності та родорозродження : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра наук : спец. 14.01.01 "Акушерство та гінекологія" / І. В. Каліновська. - К. : ДУ "Ін-т педіатрії, акушерства і гінекології АМН Укр.", 2009. - 32 с.
- Корнева М. Ю. Критерии диагностики врожденной инфекции и состояние здоровья внутриутробно инфицированных детей : дис. ... канд. мед. наук / М. Ю. Корнева. - Москва, 2005. - 150 с.
- Сидорова И. С. Состояние фетоплацентарной системы при высоком риске внутриутробного инфицирования плода / И. С. Сидорова, И. О. Макаров, Н. А. Матвиенко // Росс. вестник перинатол. и педиатрии. - 2000. - № 2. - С. 5 - 8.
- Шкоба Л. С. Профілактика інтраамніального інфікування у вагітних після допоміжних репродуктивних технологій : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня к. мед. наук : спец. 14.00.01 "Акушерство та гінекологія" / Л. С. Шкоба. - К., 2005. - 19 с.
- Beitune P. El. Colonization by Streptococcus agalactiae during pregnancy: maternal and perinatal prognosis / P. El. Beitune, G. Duarte, Cl.M. Leite Maffei // Braz. J. Infect. Dis. - 2005. - Vol.9, № 4. - Режим доступу до жур-лу: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-86702005000400002>
- Nandyal R. R. Update on group B streptococcal infections: perinatal and neonatal periods / R. R. Nandyal // J. Perinat. Neonatal. Nurs. - 2008. - Vol. 22 (3). - P. 230 - 237.
- Weber E. Grundriss der biologischen statistik / E. Weber // Aufl. Jena. - 1961. - Vol. 4. - P. 13 - 42.

Булавенко О.В., Перебендюк Т.В.

ОСОБЕННОСТИ БИОФИЗИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПЛОДА СГВ-ПОЗИТИВНЫХ БЕРЕМЕННЫХ ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Резюме. Обнаружено негативное влияние стрептококка группы В на внутриутробное состояние плода при условии его наличия в урогенитальном и/или ректальном путях беременной после ЭКО, о чем свидетельствует достоверное снижение количества случаев с параметрами биофизического профиля плода, оцененного в 2 балла, и одновременно достоверное повышение количества случаев состояния плода, оцененного в 1 и 0 баллов. При этом удовлетворительное состояние плода определяется достоверно реже, а сомнительное и неудовлетворительное - достоверно чаще. При сравнении ре-

зультатов применения традиционно принятой и новоразработанной схем лечения установлено улучшение показателей биофизического профиля плода в условиях использования предложенной нами методики ведения беременных после ЭКО.
Ключевые слова: плод, биофизический профиль, экстракорпоральное оплодотворение, стрептококк группы В.

Bulavenko O.V., Perebendyuk T.V.

FEATURES OF BIOPHYSICAL TYPE OF FETUS OF GBS-POSITIVE PREGNANT WOMEN AFTER IVF

Summary. We found out the negative influence of the group B streptococcus on the intra-uterine state of the fetus on condition of its presence in the urogenital and/or the rectal tracts of pregnant women after IVF, to what the reliable decline of the amount of cases testifies with the parameters of the biophysical type of the fetus, appraised in 2 marks, and simultaneous reliable increase of the amount of cases of the state of fetus, appraised in 1 and 0 marks. Thus the satisfactory state of the fetus is determined for certain rarely, and doubtful and unsatisfactory - for certain more frequently. At comparison of the results of application traditionally accepted and newdevelopment charts of treatment the improvement of the indexes of the biophysical type of the fetus is set in the conditions of the use of the method of the conduct of pregnant offered by us after IVF.

Key words: fetus, biophysical type, extracorporal fertilization, group B streptococcus.

Стаття надійшла до редакції 24 квітня 2014 р.

Булавенко Ольга Василівна - завідувач кафедри акушерства та гінекології №2 ВНМУ імені М.І. Пирогова
 Перебендюк Тетяна Володимирівна - аспірант кафедри акушерства та гінекології №2 ВНМУ імені М.І.Пирогова; zadvornatv@mail.ru

© Назарчук О. А.

УДК: 615.28

Назарчук О. А.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова кафедра мікробіології, вірусології та імунології (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця Україна, 21018)

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ І ВИКОРИСТАННЯ АНТИСЕПТИКІВ В МЕДИЦИНІ

Резюме. В роботі наведені результати дослідження, які показують високі протимікробні властивості антисептиків декаметоксину (ДКМ), декасану (ДС), антимікробної композиції декаметоксину (АМК), хлоргексидину біглюконату (ХГ) по відношенню до музейних та клінічних штамів (*S. aureus* (n 65), *E. coli* (n 55), *K. pneumoniae* (n 16), *P. aureginosa* (n 18), *C. albicans* (n 10) в несприятливих умовах (мікробне навантаження, зміна рН, підвищений вміст білків). Доведено повільне формування стійких варіантів *S. aureus*, *E. coli* до ДКМ, ДС, АМК.

Ключові слова: антисептики, декаметоксин, декасан, антимікробна композиція, хлоргексидин.

Вступ

В наш час помітно зростає число первинних гнійно-запальних захворювань, інфекційних ускладнень в посттравматичному та післяопераційному періодах, досягаючи 30 - 35 % всіх хірургічних захворювань, а після деяких операцій 50 %. Зберігається тенденція до росту числа гнійно-запальних ускладнень та збільшується кількість випадків генералізації інфекції. Провідними факторами, які сприяють зниженню ефективності лікування антибіотиками, є невинні зміни структури патогенної мікрофлори і прогресування резистентності мікроорганізмів до дії лікарських засобів. Згідно сучасних уявлень про етіологію і перебіг інфекційних ранових процесів застосовують багатоетапний та комплексний підхід до їх лікування, який передбачає в умовах високого рівня антибіотикорезистентності, крім системного призначення антибіотикотерапії, місцеве введення антисептиків [Палій та ін., 2010; Савельев, 2009].

Антисептики наділені рядом переваг перед хіміотерапевтичними препаратами. На думку дослідників пріоритетом антисептиків є їх місцеве застосування, локальна ліквідація збудників запалення, попередження проникнення мікроорганізмів у системний кровообіг, лімфатичне русло. Відомо, що стійкі варіанти мікроорганізмів значно рідше формуються до антисептиків, ніж

до хіміотерапевтичних засобів, антибіотиків. Механізми селекції таких варіантів мало ефективні, частота розповсюдження стійких серед клінічних штамів бактерій до антисептиків невисока. На відміну від антибіотиків, антисептики, зокрема, поверхнево-активні речовини, позбавлені специфічної вибіркової дії на мікроби, завдяки чому пригнічують або згубно діють на різних мікробних представників. До суттєвих переваг антисептичних лікарських засобів є їх висока протимікробна дія в малих концентраціях. Встановлено, що мікроорганізми, котрі вижили після дії антисептика мають низьку вірулентність, що сприяє їх знешкодженню факторами імунної системи організму. Антисептики знищують бактеріальні клітини в будь-якій фазі їх клітинного циклу. В даний час найефективнішими антисептичними засобами вважають поверхнево-активні речовини, в основі механізму дії яких покладена здатність до руйнівного впливу на оболонки клітин, завдяки дифільній структурі молекули [Палій та ін., 1997; Ковальчук, 2006].

При видовій мінливості мікробів, зростанню їх стійкості до антибіотиків профілактика, лікування гнійно-запальних захворювань вимагає місцевого застосування протимікробних матеріалів на основі антисептиків багатокomпонентної дії. Проте, використання антисеп-