

(по содержанию кортизола и инсулина в крови), которые являются важными составляющими процесса выздоровления.

Исследование проведено до лечения, в конце курса общепринятой комплексной терапии и через 8-10 месяцев после окончания реабилитационных курсов.

По результатам проведенных исследований у пациенток до лечения выявлена высокая степень напряжения глюкокортикоидной функции надпочечников и повышение активности ваго-инсулярной системы, которые сочетались с торможением активности и снижением резервных возможностей САС; отмечены нарушения вегетативного гомеостаза, характеризующиеся снижением активности симпатической нервной системы и повышением тонуса и реактивности парасимпатической.

После окончания лечения у больных сохраняются на том же уровне, что и до лечения, сниженная активность и резервные возможности САС, та же степень напряжения глюкокортикоидной функции надпочечников и активность ваго-инсулярной системы; остаётся такой же характер дисфункции вегетативной нервной системы с односторонним преобладанием активности парасимпатического отдела и недостаточность компенсаторного резерва организма.

Выявленный характер взаимоотношений между изученными нейроэндокринными функциональными системами является типичным для нейродистрофического процесса, развивающегося в половом аппарате и нервной системе у больных, и свидетельствует о значительных отклонениях в течение процесса выздоровления, которые сохраняются и через 8-10 месяцев после проведения 3-х курсов реабилитационной терапии, что позволяет констатировать её недостаточную эффективность и дает основания рекомендовать включение в комплексную терапию у этих больных средств, устраняющих выявленный нейроэндокринный дисбаланс.

РАННІ ПРЕДИКТОРИ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ВАГІТНИХ З ПЕРЕДЧАСНИМ РОЗРИВОМ ПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК, ТРИВАЛИМ БЕЗВОДНИМ ПЕРІОДОМ ПРИ НЕДОНОШЕНІЙ ВАГІТНОСТІ

Пучков В.А., Круть Ю.Я.

Запорізький державний медичний університет
кафедра акушерства і гінекології

Вступ. Однією з найчастіших причин ранніх передчасних пологів є передчасний розрив плодових оболонок (ПРПО), який спостерігається при цій патології у 34,9-56% жінок. Високий ризик розвитку гнійно-септичних ускладнень матері на фоні ПРПО обмежує широке поширення тактики

активної пролонгації вагітності, вимагає правильної і своєчасної оцінки чинників ризику гнійно-септичних ускладнень і розробки прогностичних і ранніх діагностичних критеріїв реалізації інфекційного процесу [Craig Rubens, MD, PhD, 2012].

Мета роботи визначення ранніх предикторів запалення, їх ролі в розвитку гнійно-септичних ускладнень та характеру змін цитокинового профілю у вагітних з ПРПО.

Матеріал та методи дослідження. Було проведено обстеження 92 вагітних в терміни вагітності від 22 до 28 тижнів з передчасним розривом плодових оболонок при недоношеній вагітності. Вагітні були поділені на дві групи: основну (n=62) вагітні з ПРПО та тривалим безводним проміжком (більше 48 годин), та контрольну групу (n=30) здорових вагітних з фізіологічним перебігом вагітності. За допомогою твердофазного імуноферментного аналізу визначали сироватковий вміст цитокінів – інтерлейкінів: ІЛ-2, ІЛ-6, ІЛ-10, ФНП- α , γ -ІФН з використанням тест-систем ("Вектор-Бест", Росія), на фотометрі «Digi Scan 400». Дослідження проводились протягом першої доби після відходження навколоплідних вод, до призначення глюкокортикоїдної терапії, порівнювались отримані дані в залежності від наявності гнійно-септичних ускладнень.

Результати та обговорення. Виконаний аналіз вмісту визначених цитокінів у сировотці крові показав патологічно високий вміст ІЛ-6, ІЛ-10 у вагітних основної групи. Так, рівень ІЛ-6 складав 50,9 пг/мл, що перевищувало контрольний показник в 50 разів від контрольної групи ($p < 0,05$). Рівень сироваткового γ -інтерферону (γ -ІФН) мав суттєве підвищення у вагітних основної групи (13,5 пг/мл) відносно показника групи здорових вагітних (8,24 пг/мл) ($p < 0,05$). Інтерлейкін-10 (ІЛ-10), який відноситься до антизапальних цитокінів, також мав вірогідне підвищення у вагітних основної групи майже в 3 рази (61,6 пг/мл) у порівнянні з контрольною групою (21,01 пг/мл) ($p < 0,05$). В показниках рівня сироваткового ФНП- α та ІЛ-2 між групами достовірної різниці не виявлено. Аналіз показників у 16 вагітних з хоріоамніонітом показав підвищений рівень цитокінів ІЛ-6 та ІЛ-10 за 2 - 3 тижні до появи клінічної симптоматики запалення.

Висновки.

Таким чином, встановлено, що при ПРПО у вагітних в термінах гестації 22-28 тижнів з тривалим безводним періодом вагітність протікає на тлі системного запалення. Що підтверджується високим вмістом цитокінів ІЛ-6 та ІЛ-10. Отримані дані дозволяють визначати ранні предиктори гнійно-септичних ускладнень у вагітних з ПРПО, а своєчасне проведення відповідної терапії дає можливість запобігти гнійно-септичним ускладненням у вагітних високого ризику та пролонгувати вагітність.