

систем, що призводить до неадекватної імунореактивної відповіді, як супроводжується недостатньою продукцією імуноглобулінів різних класів.

На фоні морфо-функціональної незрілості організму у недоношених активізації умовно-патогенної мікрофлори спричиняє порушення формування ефективності біологіки на поверхні травного каналу, а також патологічні зміни локальної імунної відповіді слизової кишечника за участю імуноглобулінів. Урахованим вище вказаного дітям, народженим при терміні гестації менше 37 тижнів, з метою профілактики ПНС у дітей доцільно призначення в комплексі традиційного лікування замісної імуноглобулінової терапії.

Препарат Біовен моно® є імунологічно активною білковою фракцією, яка виділена із сироватки або плазми крові людини, перевірена на відсутність антитіл до ВДЛ-1, ВДЛ-2, до вірусу гепатиту С та поверхневого антигену вірусу гепатиту В. Очищеною та концентрованою методом фракціонування спиртового осаджуючими розчинами, яка пройшла стадію вірусної інактивації сольвент-детергентним методом. Препарат не містить консерванту та антибіотиків. Кількісний та якісний склад препарату: діючі речовини: імунологічно активна білкова фракція імуноглобуліну G (4,5 - 5,5% білка), допоміжні речовини: мальтоза - від 8% до 10%. Препарат має низьку антикомпліментарну активність в результаті додаткової очистки імуноглобулінів, отриманих спиртовим методом, від атретованих білків і домішок. Активним компонентом препарату є імуноглобуліни, які володіють активністю антиглі різної специфічності. Препарат має також неспецифічну активність, що проявляється в підвищенні резистентності організму.

Препарат Біовен моно® вводять внутрішньовенно крапельно. Швидкість введення для дітей повинна становити від 0,08 до 0,5 мл / хв. залежно від маси тіла. Більш швидке введення може викликати розвиток колагеноїдної реакції.

При профілактиці та лікуванні ПНС у недоношених дітей разова доза препарату складає 3-8 мл (0,15-0,4 г/кг на 2-3 добу життя (на першому етапі) та на 2-3 тиждень життя (на 2 етапі). Препарат вводять одно або дворазово.

Принципова терапія препаратом Біовен моно® може поєднуватися із лікуванням інших лікарських засобів.

Висновки. Застосування препарату Біовен моно® з урахуванням механізму його дії надає змогу попередити розвиток ПНС у новонароджених з нестатичним віком менше 37 тижнів, зменшити тяжкість проявів SIRS при ПНС.

Література

1. Щеплягіна Л.А. Возрастные особенности иммунитета у детей. Лекция для врачей. / Л.А. Щеплягина, В.М. Чернов, И.В. Крутлова, В.М. Делягин // - М. - 2008. - С. 36.
2. Шунько Е.Е. Физиологические основы формирования здоровья новорожденных и детей раннего возраста / Е.Е. Шунько, Н.М. Писецкая, Е.А. Костюк и др. // Современная педиатрия. - 2004. - №2(3). - С.114-116.
3. Shapir R. Liver enzyme abnormalities in gram-negative bacteremia of premature infants / R.Shapir, A.Maayan-Metzger, Y.Vujanover et al. // Pediatr. Infect. Dis. J. - 2000. - Vol.19, №6. - P.495-500.
4. Singhal A. Dietary nucleotides and fecal microflora in formula-fed infants: a randomized controlled trial. / A. Singhal, G. Macfarlane, S. Macfarlane et al. // Amer. J. Clin. Nutr. - 2008. - №87 (6). - P.1785-92.
5. Sondergaard C. Smoking during pregnancy and infantile colic / C. Sondergaard, T.V. Henriksen, C. Obel, K. Wisborg // Pediatrics. - 2001. - Vol.108(2). - P.342-346.

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ БІОХІМІЧНОГО СПЕКТРУ

ТА ФЕРМЕНТАТИВНОЇ АКТИВНОСТІ КРОВІ ПРИ

ФУНКЦІОНАЛЬНИХ КАРДІОВАСКУЛЯРНИХ ПОРУШЕННЯХ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ЗА УМОВ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Голованець Ю.Д., Черижняк А.І.

Бужовинський державний медичний університет, м. Чернівці

Актуальність. Актуальною проблемою сучасної перинатології та педіатрії є гіпоксичний синдром - пусковий момент серії патолофізіологічних

змін, що впливають на функціональний стан всіх органів і систем, зокрема серцево-судинної системи. Гіпоксичні ураження міокарду займають одне з провідних місць в структурі захворюваності новонароджених і зустрічаються 40-70% дітей, які перенесли внутрішньоутробну або перинатальну гіпоксію. Проблема діагностики та лікування функціональних порушень серцево-судинної системи у новонароджених, незважаючи на досягнуті успіхи залишається актуальною. Тому важливого значення набуває розробка простих надійних способів її діагностики.

Метою роботи було дослідження діагностичної інформативності комплексу показників біохімічного спектру та кардіоспецифічних ферментів крові у новонароджених з проявами кардіоваскулярних порушень за умов перинатальної патології.

Матеріали і методи дослідження. Проведено комплексне обстеження новонароджених, з яких: ІА групу склали доношені новонароджені із загальним станом середньої тяжкості (54 чол.), ІВ групу - діти з тяжкою перинатальною патологією (47 чол.). Контрольну (ІІ групу) склали 55 здорових новонароджених дітей.

Результати дослідження та їх обговорення. Було відзначено зниження рівня загального білка та альбуміну при зростанні ступеня тяжкості перинатальної патології (ІІ гр. $-59,2 \pm 2,93$ г/л, ІА та ІВ гр. $-49,7 \pm 2,46$ та $47,3 \pm 2,35$ г/л, $p < 0,05$). Вміст альбумінів дорівнював $34,4 \pm 1,41$, $25,2 \pm 1,31$ та $24,3 \pm 1,19$ г/л відповідно ($p < 0,05$). Виявлено підвищення рівня білірубіну за рахунок непрямої фракції. Рівень тригліцеридів у сироватці крові дітей ІА та ІВ груп був значно вищим, ніж у здорових. Рівень глюкози на момент забору був відносно стабільний. Спостерігалось зростання ферментативної активності, а саме: рівень активності креатинфосфокінази (КФК) у дітей ІВ групи ($329,4 \pm 16,39$ од / л) вище в 2 рази порівняно з ІА групою ($161,2 \pm 7,96$ од / л) і в 2,5 рази вище, ніж показники у новонароджених ІІ групи ($130,0 \pm 6,5$ од / л), $p < 0,05$. Активність креатинкінази-МВ (КФК-МВ) відповідно становила у новонароджених ІВ групи ($176,5 \pm 8,02$ од / л), у дітей ІА групи ($58,7 \pm 6,79$ од /

л), що достовірно вище у порівнянні з контрольною групою ($43,2 \pm 2,16$ од / л), $p < 0,05$. Це свідчить за наявність значних структурно-функціональних та дисфунктивних порушень мембран кардіоміоцитів і судин у дітей з тяжкою перинатальною патологією у першу добу після народження. Показник аспіратаміногтрансферази (АсАТ) у дітей ІВ групи склав ($45,7 \pm 2,29$ од / л), ІА групи ($39,3 \pm 1,97$ од / л) при нормі у контролі ($30,9 \pm 1,55$ од / л), $p < 0,05$. Лицне підвищення активності ферменту АсАТ, за даними літератури, в нестрому періоді захворювання пояснюється як компенсаторними механізмами, що спрямовані на забезпечення клітин енергією у вигляді АТФ та утворення живильних біохімічних молекул, у тому числі, ацетил КоА, НАД, ФАД. Високі показники активності АсАТ є проявом цитолітичного синдрому. Порівняння активності лактатдегідрогенази (ЛДГ) показало, що вищим був показник у дітей ІВ групи ($1113,3 \pm 25,72$ од / л), що у 1,5 рази вище в порівнянні з ІА групою ($719,1 \pm 24,03$ од / л) і в 2 рази вище, ніж у ІІ (контрольній) групі ($527,2 \pm 20,26$ од / л), $p < 0,05$. Отримані результати також свідчать про зростання метаболічних порушень при перинатальній гіпоксії з урахуванням ступеня тяжкості загального стану новонароджених.

Висновки. Зниження у плазмі крові рівня загального білка та альбумінів, підвищення рівня білірубіну, зростання активності ферментів КФК, КФК-МВ, АсАТ і ЛДГ вказують на порушення енергоутворюючих механізмів і пригнічення клітинних функцій міокарду при гіпоксії у новонароджених і корелює зі ступенем тяжкості перинатальної патології, що вимагає своєчасної корекції від народження. Загалом, ферментативна активність крові відіграє провідну роль у підтримці метаболізму. Кількісна недостатність ферментів, а також зміни в утворенні фермент-ферментних комплексів відбиваються у зниженні рівня метаболічної адаптації, ферментемія пояснюється логічно шляхів трансформації метаболізму в нових умовах існування. Співвідношення трансаміназ визначає ступінь надійності адаптивно-функціональних резервів організму. Тому, на думку сучасних вчених, показники ферментативної активності слід більш широко використовувати в якості критеріїв

внутрішньоклітинних дисметаболических змін при гіпоксичному ураженні новонароджених.

Література

1. Знаменська Т. К. Особливості дитячого енергетичного метаболізму новонароджених з гіпоксично-ішемічною енцефалопатією внаслідок асфіксії / Т. К. Знаменська, В. І. Похилько, О. М. Ковальова // Лікарська справа. — 2007. — № 8. — С. 40—44.
2. Нагорная Н.В. Энергетический обмен клетки в норме и при патологии. Возможности его оценки. / Н.В. Нагорная, Н.А. Четверик, А.А. Федорова [и др.] // Здоровье ребенка. — 2008. — №6(15). — С. 23—27.
3. Пищора Н. С. Клініко-біохімічні маркери ураження міокарду новонароджених з синдромом аспірації меконію / Пищора Н.С. // Таврический медико-биологический вестник. — 2010. — Т. 13. — № 2 (50). — С. 42—44.
4. Похилько В. І. Особливості мітохондріального енергетичного обміну у новонароджених, які перенесли перинатальну асфіксію. Нейропротекторний та метаболічний захист / В. І. Похилько, О. М. Ковальова, Н. Р. Касянчук // Міжнар. неврологічний журнал. — 2009. — № 2 (24). — С. 27—35.
5. Состояние миокарда новорожденных после перинатальной гипоксии и методы коррекции постгипоксической патологии сердца / В.П. Булагов, Л.К. Фазлеева, М.Н. Алиева [и др.] // Вопросы современной педиатрии. — 2008. — № 5. — С. 98—100.
6. Феномен «Оглушенного» миокарда при транзиторной ишемии миокарда новорожденных / О.С. Третьякова, И.В. Заднипрятный, Енглусан, [и др.] // Неонатология, хирургия та перинатальна медицина. — 2012. — Т. II. — №1(3). — С. 65—70.
7. Chowdhury U. K. Myocardial injury coronary artery bypassgrafting: on-pump versus off-pump comparison by measuring high-sensitivity C-reactive protein, cardiac troponin I, heart-type fatty acid-binding protein,

creatinekinase-MB, and myoglobin release / U. K. Chowdhury [et al.] // J.Thorac.Cardiovasc. Surg. — 2008. — Vol. 135, (5). — P. 1110—1119.

8. Collinson P.O. Biomarkers of cardiovascular damage and dysfunction / P.O. Collinson, D.C. Gaze // Med Princ Pract. 2007. — N 16. — P. 247-61.

КОМПЛЕКСНА МІСЦЕВА ПРОФІЛАКТИКА ЗАПАЛЕНИХ ЗАХВОРИЮВАНЬ В ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Гошовська А.В., Гошовський В.М

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Актуальність. Корекція порушень мікробіоценозу піхви після перенесених запальних захворювань на сьогодні є досить актуальною проблемою в гінекологічній практиці. Вибір лікувального засобу для терапії вагінальних інфекцій передусім визначення всіх факторів, які сприяли інфікуванню і подальшому розвитку інфекції. У разі недотримання правил особистої гігієни, проведення хибних гігієнічних заходів (часте спринцювання, спринцювання із застосуванням антисептиків, травматичне гоління шкіряних поверхонь вульви і лобка), травматичні ушкодження вульви і промежини в пологах, травматичні гінекологічні маніпуляції, ранній початок статевого життя, тяжка екстрагенітальна патологія стають причиною ушкодження та призводять до послаблення анатомічних біологічних біохімічних і імунологічних факторів захисту і знищення колонізації резистентності біоценозу піхви[1,2].

Науковцями доведено, що місцеве використання комбінованих протимікробних препаратів (антипротозойна, протигрибкова, антибактеріальна дія), дозволяє ефективно впливати на всі етапи патогенеза запалення. Висока ефективність місцевої терапії пояснюється безпосереднім потраплянням діючих речовин у вогнище інфекції [3].

Мета роботи. Вивчення ефективності комбінованого місцевого препарату Неотрізол, який зареєстрований в Україні та випускається у вигляді