

стгипоксическим синдромом может трансформироваться в патологию со срывом и дисфункцией в жизненно-важных органах и систем. Ведущим патологическим фактором при этом является гипоксия, которая обуславливает мембрано-патологические процессы в различных системах и органах. Изучен метаболический статус у 25 новорожденных с гипоксией в анамнезе с использованием аппарата KONE (аналитические системы t<sup>0</sup>AnalyticalSystems) 2002. Развитие пролонгированной неонатальной гипербилирубинемии (таблица) в сочетании с умеренным увеличением печеночных ферментов, выраженное увеличением щелочной фосфатазы, указывает на тенденцию к развитию холестатической желтухи, что на фоне внутриутробной гипоксии может быть связано с незрелостью ферментных систем печени и задержкой постнатального созревания желчных протоков и их дифференцировки. Повышение уровня холестерина обычно сочетается с гипотиреозом, что настораживает в связи со сложившейся йоддефицитной экологической ситуацией. Фосфор в свою очередь, играет существенную роль в миелинизации нервных воло-

кон, а постгипоксическое снижение уровня фосфора имеет определенное место в углублении неврологической симптоматики у наблюдаемых нами больных. Сложившаяся гипофосфатемия с тенденцией к снижению указывает на ограничение участия фосфора в синтезе белка и уменьшения в составе АТФ. Гипофосфатемия сочетается со снижением уровня белка в сыворотке крови. Эти особенности взаимосвязи гипербилирубинемии и гипофосфатемии при гипоксических осложнениях у новорожденных надо учитывать при дифференциальной диагностике неврологической симптоматики периода адаптации новорожденных. Снижение уровня белка, в свою очередь, способствует высвобождению и накоплению токсичного непрямого билирубина и длительному сохранению пролонгированной неонатальной гипербилирубинемии с нарастанием неврологической симптоматики билирубиновой энцефалопатией. Эти изменения могут быть выявлены на доклинической стадии заболевания, как фактор риска и поэтому могут служить чувствительным маркером предрасположенности к мембранной патологии.

### **КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФАГОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ ЭОЗИНОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТОВ КРОВИ ПРИ ВЕРИФИКАЦИИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ**

*Белашова О.В.*

*Научный руководитель: профессор Колоскова Е.К.  
Кафедра педиатрии и детских инфекционных болезней  
(Заведующий кафедрой профессор Колоскова Е.К.)  
Буковинский государственный медицинский университет,  
Черновцы, Украина*

**Цель исследования.** Изучение диагностической ценности показателей фагоцитарной активности эозинофильных гранулоцитов периферической крови при атопическом фенотипе бронхиальной астмы (БА) детского возраста. **Материал и методы исследования.** Для достижения поставленной цели сформированы две клинические группы. Первую (I) группу составили 19 детей с атопической бронхиальной астмой (БА) (наличие положительного аллергологического собственного и/или семейного анамнеза), во II клиническую группу вошли 17 пациентов с диагнозом БА без признаков атопии. По основным характеристикам группы были сопоставимы. Исследование фагоцитарной активности (ФА) и фагоцитарного числа (ФЧ) эозинофилов крови проводили по методу Мосягиной Е.Н. Полученные результаты анализировали с помощью методов биостатистики и клинической эпидемиологии. Между группами сравнения обнаружены статистически достоверные различия по показателям

фагоцитарной активности эозинофильных лейкоцитов крови. У детей с фенотипом атопической БА показатели ФА и ФЧ эозинофилов были достоверно ниже по отношению к больным детям с нетопической БА, что может свидетельствовать о функциональном истощении данных гранулоцитов крови. Комплексное использование результатов изучения фагоцитарной функции эозинофильных гранулоцитов крови, в частности, показателя ФА менее 60% и ФЧ менее 2,0 у.е., обладало удовлетворительными показателями диагностической ценности в верификации атопической БА. Так, чувствительность этого комплексного теста составила -63,3%, специфичность-70%, положительная предсказуемая ценность-74, 5%, отрицательная предсказуемая ценность-56, 8%. Показатели клинко-эпидемиологического риска наличия атопического фенотипа БА были такими: относительный риск-3, 8 [2,1-6,9], соотношение шансов-1, 7 [1,2-2,4], атрибутивный риск - 0,3. **Выводы.** Таким образом, дан-

ный комплексный тест целесообразно использовать для верификации атопического фенотипа

БА детского возраста и совершенствования адресного противовоспалительного лечения.

### СОСТОЯНИЕ СИСТЕМ ГЕМОСТАЗА, ФИБРИНОЛИЗА И ПРОТЕОЛИЗА У ЖЕНЩИН С УГРОЗОЙ НЕВЫНАШИВАНИЯ В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

*Бербец А.Н., Бурлак Л.Ю., Костиненко С.Ю.*

*Научный руководитель: профессор Андриец О.А.*

*Кафедра акушерства и гинекологии с курсом детской и подростковой гинекологии*

*(Заведующий кафедрой профессор Андриец О.А.)*

*Буковинский государственный медицинский университет,*

*Черновцы, Украина*

Проблема невынашивания занимает одно из ведущих мест в современном акушерстве. В последнее время внимание исследователей обращено на изменения в системе свертывания крови у беременных. Диагностика и своевременная коррекция этих изменений существенно повышают шансы на благоприятный исход беременности. **Цель исследования.** Изучить значения показателей системы гемостаза, фибринолиза и протеолиза у беременных с угрозой прерывания в I триместре. **Материалы и методы исследования.** Обследовано 49 пациенток с признаками угрозы прерывания беременности в I триместре. Контрольную группу составили 30 женщин с нормальным течением беременности. Женщины с тяжелой экстрагенитальной патологией, TORCH-инфекциями, истмико-цервикальной недостаточностью, иммунными конфликтами исключались из групп обследования. Признаки угрозы невынашивания (выкидыша) в первом триместре беременности включали: ноющие боли в нижней части живота, мажущие кровянистые выделения из половых путей, ультразвуковые признаки (сегментарные сокращения матки). У беременных изучалось состояние гемостаза, фибринолитической и протеолитической систем крови в 6-8 и 12-13 недель беременности. **Результаты исследования.** Было установлено, что

у беременных с угрозой невынашивания в сроке 12-13 недель время рекальцификации достоверно укорачивается ( $95,47 \pm 1,37$  с, в контрольной группе  $99,50 \pm 1,03$  с,  $p < 0,05$ ), так же как и протромбиновое время ( $18,87 \pm 0,36$  с, в контрольной группе  $21,47 \pm 0,44$  с,  $p < 0,05$ ). Суммарная фибринолитическая активность плазмы между группами достоверно не отличалась: в 6-8 недель -  $1,32 \pm 0,06 E_{440}/мл/час$  в основной группе,  $1,27 \pm 0,04 E_{440}/мл/час$  в контроле, в 12-13 недель -  $1,20 \pm 0,05 E_{440}/мл/час$  в основной группе,  $1,27 \pm 0,07 E_{440}/мл/час$  в контроле. Однако, у женщин с угрозой выкидыша было обнаружено замедление Хагеман-зависимого фибринолиза: в сроке беременности 6-8 недель лизис сгустка происходил за  $32,33 \pm 0,72$  мин (в контрольной группе - за  $26,37 \pm 0,59$  мин,  $p < 0,05$ ), в 12-13 недель - за  $31,68 \pm 0,68$  мин (в контрольной группе - за  $26,17 \pm 0,70$  мин,  $p < 0,05$ ). При изучении системы протеолиза (лизис азоальбумина, азоказеина и азокола) существенных различий между группами обнаружено не было. **Выводы.** Полученные данные указывают на некоторое повышение общего коагуляционного потенциала крови у беременных с угрозой выкидыша в I триместре на фоне снижения активности Хагеман-зависимого фибринолиза.

### МИКРОЭКОЛОГИЯ МОЧИ У ДЕВУШЕК С САЛЬПИНГООФОРИТОМ НА ФОНЕ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ГЕНЕЗА

*Боднарюк О.П., Андриец О.А.*

*Научный руководитель: профессор Андриец О.А.*

*Кафедра акушерства и гинекологии с курсом детской и подростковой гинекологии*

*(Заведующий кафедрой профессор Андриец О.А.)*

*Буковинский государственный медицинский университет,*

*Черновцы, Украина*

Украина переживает состояние, которое некоторые специалисты характеризуют как «глубокий демографический кризис». На фоне неблагоприятной демографической ситуации чрезвычайного значения приобретают вопросы сохранения и укрепления репродуктивного здоровья, которое

является важным компонентом популяционного здоровья и основной составной национальной медико - демографического развития. Значительные нагрузки испытывает организм девушки в подростковом возрасте когда происходит биологическое развитие, начиная с пубертатного