

Всім пацієнткам основної групи вищезазначений діагностичний комплекс було дубльовано на наступну добу після введення тригера овуляції.

В контрольній групі повторне обстеження було виконано на наступну добу після овуляції, яку підтверджено ультразвуковим моніторингом фолікулогенезу.

Статистичний аналіз виконали, використовуючи програму Statistica for Windows 13 (StatSoft Inc., №JPZ804I382130ARCN10-J), з оцінюванням вірогідності відмінностей середніх для незв'язаних вибірок – за критеріями Стюдента (t); вірогідність відмінностей якісних показників – за критерієм Хі-квадрат Пірсона (χ^2), у тому числі з поправкою Йетса (Yates corrected), точним критерієм Фішера.

Результати дослідження: Середній вік обстежених жінок в програмі екстракорпорального запліднення склав $28,6 \pm 1,3$ роки у основній групі та $23,6 \pm 2,5$ – у контрольній групі ($p > 0,05$). Індекс маси тіла – $21,9 \pm 1,5$ кг/м² у основній групі та $22,4 \pm 0,8$ кг/м² у контрольній групі ($p > 0,05$).

Аналізуючи анамнестичні та клініко-лабораторні дані обстежуваних жінок, було проаналізовано особливості порушень водно-сольового обміну у жінок при ЕКЗ.

Більшість вивчених показників основної групи достовірно відрізняються від контрольної групи, оскільки порушення водно-сольового обміну мали як клінічні, так і лабораторні ознаки порушення електролітної рівноваги в крові. Підвищення показників натрію та калію спостерігається у пацієток основної групи (натрій – $143,3 \pm 1,7$ ммоль/л, $p < 0,05$; калій – $4,4 \pm 0,9$ ммоль/л, $p < 0,05$) у порівнянні з контрольною групою (натрій – $125,2 \pm 1,7$ ммоль/л; калій – $3,3 \pm 0,14$).

Висновки: У пацієток в програмі ЕКЗ, при застосуванні стандартних протоколів індукції овуляції мають місце порушення водно-сольового обміну у вигляді підвищення концентрації натрію та калію в сироватці крові.

Ключові слова: репродуктивне здоров'я, екстракорпоральне запліднення, водно-сольовий обмін, натрій, калій, синдром гіперстимуляції яєчників.

ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКІВ ВИНИКНЕННЯ ПЕРЕДЧАСНОГО РОЗРИВУ ПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК ПРИ НЕДОНОШЕНІЙ ВАГІТНОСТІ

Любомирська К.С., Круть Ю.Я.

Запорізький державний медичний університет

Актуальність проблеми: Частота реєстрації передчасних пологів (ПП) у різних регіонах країни коливається від 3 до 12 %, які без перебільшення зберігають «пальму лідерства» серед численних форм акушерської патології. Маючи основними етіологічними чинниками порушення функціонування материнського організму, ПП призводять до тяжких перинатальних наслідків.

Мета дослідження – розробити модель прогнозування ризику розвитку ПРПО при недоношеній вагітності за результатами визначення клініко-анамнестичних, лабораторних та молекулярно-генетичних предикторів.

Матеріали та методи дослідження: обстежили 80 жінок з ПРПО при недоношеній вагітності (основна група) та 50 вагітних з фізіологічним перебігом

вагітності та терміновими пологами без ускладнень (група контролю). Критерій залучення у дослідження – добровільна інформована згода на участь в дослідженні, наявність ПРПО в терміні гестації 26-34 тижні, відсутність важкої екстрагенітальної патології. Генотипування за допомогою TaqMan проб проводилося на ампліфікаторі CFX96™Real-Time PCR Detection Systems («Bio-RadLaboratories, Inc.», США). Полімеразну ланцюгову реакцію (ПЛР) для TaqMan генотипування проводили згідно інструкції Applied Biosystems, США. У периферичній крові визначали кількість загальну кількість лейкоцитів (WBC), лімфоцитів (LYM), гранулоцитів (GRAN) на автоматичному гематологічному аналізаторі Swelab Alfa («Boule Medical AB», Sweden).

Результати дослідження: За даними ROC аналізу оптимальна точка відсічки (cut-off value) для прогнозування ПРПО при недоношеній вагітності за критерієм максимального балансу між чутливістю і специфічністю, відповідала для WBC >12,3 ⁹/л, для LYM <19 %, GRAN >76 %, NLR >3,87. Шанси невиношування вагітності вірогідно (p<0,01) зростають у мешканок віддалених сіл та районів у 2,25 рази (95 % CI 1,22-4,14), у жінок з показником GRAN >76 % в 11,46 рази (95 % CI 3,75-35,03), при збільшенні WBC > 12,3 ⁹/л в 3,54 рази (95 % CI 1,91-6,58), при наявності передчасних пологів в анамнезі – у 8,13 (95 % CI 1,08-61,37) рази, LYM ≤19% – в 7,25 (95% CI 3,10-16,97) рази, при підвищенні рівня NLR понад 3,87 – у 6,15 (95% CI 2,85-13,26) разів. Нам не вдалось знайти тенденцію, що набула статистичної значущості в зв'язку з передчасними пологами безсимптомної бактеріурії (OR=1,00, 95% CI 0,30-3,28), хронічного аднекситу в анамнезі (OR=0,50, 95 % CI 0,17-1,50) та хронічного пієлонефриту (OR=0,50, 95% CI 0,17-1,50). Протективним ефектом наділені AG генотип поліморфізму RLN2 (rs3758239), CC генотип поліморфізму RLN2 (rs4742076), TG генотип поліморфізму IL10 (rs1800872). В популяції України наявність СТ генотип поліморфізму RLN2 (rs4742076) підвищує ризик ПРПО при недоношеній вагітності в 17 разів, GG генотип поліморфізму IL10 (rs1800872) в 12,5 разів та AA генотип поліморфізму RLN2 (rs3758239) в 1,74 рази.

Висновки: На антенатальному етапі, за даними нашого дослідження, достовірними прогностичними критеріями реалізації інтраамніального інфікування та подальшого розвитку ПРПО та передчасних пологів можуть використовуватись дані гематологічних показників рівня ендогенної інтоксикації (WBC >12,3 ⁹/л, GRAN >76%, LYM <19%, NLR >3,87), інтегративного індексу анамнезу, перебігу вагітності та наявність СТ генотипу поліморфізму RLN2, GG генотипу поліморфізму IL10.