

Программа профилактики и лечения парезов желудочно-кишечного тракта включает компоненты, каждый из которых выполняет задачи нескольких лечебных направлений: снижение тонуса симпатической нервной системы Бензогексонием; декомпрессия желудка; инфузия полиионных растворов на основе многоатомных спиртов (Сорбилакт, Реосорбилакт, Глюксил, Ксилат); рациональное применение прокинетики.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПРОГНОЗУВАННЯ РАННІХ ГЕСТОЗІВ У ЖІНОК

Т. В. Ковалюк

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ.

У наш час з розвитком новітніх технологій провідне місце в медицині займає профілактичний напрямок. Одним із зручних, простих, доступних та економічно вигідних методів прогнозування патологічних станів є оцінка трофологічного статусу.

Нашою метою було виявлення характеристик трофологічного статусу, які можуть служити критерієм прогнозування раннього гестозу у вагітних жінок.

Нами обстежено 235 вагітних з проявами раннього гестозу, які звернулися за допомогою в жіночу консультацію. Оцінку трофологічного статусу організму проводили за допомогою антропометричних методів: визначення індексу маси тіла Кетле, каліперометрія товщини шкірно-жирових складок в чотирьох стандартних точках, розрахунок відсотку вмісту жирового компоненту.

Результати проведених обстежень показали, що чотири з п'яти жінок, що страждали на ранній гестоз мали надмірний трофологічний статус різного ступеню вираженості: надмірне харчування спостерігалось у 17,9±5,2% (ІМТ=23,0-27,4) жінок, ожиріння 1-го ступеню – у 21,7±3,5% (ІМТ=27,5-29,9), ожиріння 2-го ступеню – у 30,6±4,3% (ІМТ=30,0-34,9), ожиріння 3-го ступеню – 10,2±1,7% (ІМТ=35,0-39,9) обстежених жінок. Вагітних з тяжким ступенем ожиріння було 2,6±0,4% (ІМТ=40,0 і >). Серед обстежених вагітних лише 17,0±4,3% мали ейтрофічний (ІМТ=19,5-22,9) або гіпотрофічний трофологічний статус (ІМТ<19,4). У 74,0% обстежених вагітних вміст жиру в організмі був вищим 22%.

Таким чином, визначення трофологічного статусу та відсоткового вмісту жиру в організмі може бути одним із критеріїв прогнозування розвитку раннього гестозу у жінок.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДЕНЕБОЛА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Д. Г. Коньков, О. А. Таран, А. Г. Богомол

Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова, г. Винница.

Проблема послеоперационного обезболивания (ПО) у гинекологических больных по-прежнему остается актуальной и до конца нерешенной. Анализ методов ПО показал, что наиболее распространенной методикой в большинстве отечественных и зарубежных клиник является системное введение опиоидных анальгетиков «по требованию», которая в 33-75% случаев не обеспечивает в полной мере эффективности проводимой терапии. В стратегии терапии боли мультимодальная концепция предусматривает назначение неопиоидных анальгетиков. Многими исследователями демонстрируется, что системное введение НПВП позволяет эффективно проводить обезболивание. Основным механизмом действия всех НПВП является подавление циклооксигеназы (ЦОГ). В настоящее время хорошо изучены две ее изоформы – ЦОГ-1 и ЦОГ-2. Однако широкое применение НПВП ограничено потенциальным риском развития серьезных нежелательных явлений в раннем послеоперационном периоде. Необходимость тщательного гемостаза, особенно на фоне антикоагулянтной терапии, отсутствие противопоказаний являются клиническими аспектами, которые следует учитывать при назначении НПВП. В послеоперационном периоде многие больные находятся в группе риска возникновения данных побочных эффектов по причине вынужденного голодания, обезвоживания, травмы тканей. Возможной альтернативой для таких больных является назначение ингибиторов ЦОГ-2. Поэтому наше внимание привлек Денебол – инновационный высокоселективный ингибитор ЦОГ-2 для парентерального введения, что позволяет его использовать в послеоперационном периоде для купирования болевого синдрома.

Цель: оценить терапевтическую эффективность Денебола при ПО. Исследования проводились на базе Винницкого ГКРД №1, который является базой кафедры акушерства и гинекологии №1 ВНМУ им. Н.И. Пирогова.

В данное исследование были включены 38 пациенток, которым была проведена лапароскопическая операция на органах малого таза в период сентябрь-декабрь 2011 г. Больные в раннем послеоперационном периоде один раз получали 50 мг Денебола в/м введением. Следующие введения Денебола проводились 2 суток послеоперационного периода в той же дозе. Группа сравнения – 18 женщин, получавших Омнопон. Интенсивность брюшной боли в покое, на глубоком вдохе, и при движении оценивалась с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Оценки боли проводились при пробуждении, а затем через 1, 4, 8, 12 и 24 часа. Тошнота и сонливость (заторможенность) также отмечались на ВАШ.

Проведенное исследование показало, что введение 40 мг Денебола больным, перенесшим лапароскопические вмешательства в послеоперационном периоде, оказывало более выраженный анальгетический эффект, чем таковой при использовании Омнопона. Так, отметки интенсивности боли при движении были достоверно ($p \leq 0,05$) ниже в группе больных, получавших в качестве послеоперационной анальгезии Денебол, чем в группе сравнения. При этом ни у одной из больных, получавших Денебол, не были отмечены эпизоды рвоты.

Применение Денебола оптимизирует течение послеоперационного периода за счет редукции болевой симптоматики и быстрого восстановления витальных функций организма. Высокая эффективность и хорошая переносимость Денебола дают все основания рекомендовать препарат для широкого применения в комплексной терапии у больных, перенесших лапароскопические операции на органах малого таза.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ МИКСТ-ВАГИНИТОВ

Д. Г. Коньков, Г. В. Чайка, О. А. Таран

Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова, г. Винница.

Несмотря на значительные успехи в фармакологии и клинической микробиологии, вопросы лечения бактериальных вагинозов (БВ) и, в особенности, вагинитов, обусловленных двумя и более возбудителями продолжают оставаться актуальными в гинекологии и акушерстве. В репродуктивном возрасте вагиниты в 40-50% случаев обусловлены бактериальными инфекциями, в 20-25% – грибами рода *Candida*, а также вирусами, у 15-80% женщин вагиниты вызваны смешанными инфекциями (микст-вагиниты). Необходимость проведения лечебных и профилактических мероприятий при данной патологии обусловлена не только выраженной клинической симптоматикой, а также установленной прямой корреляционной зависимостью между дисбиотическими состояниями вагинального микроценоза и персистенцией микроорганизмов в эндометрии. Последнее способствует перспективному увеличению частоты преждевременных родов, невынашивания беременности, а также влияет на формирование микробиоценоза новорожденного. Частота возникновения таких заболеваний, как микст-вагиниты, первым этапом лечения которых является антимикробная терапия, не имеет тенденции к снижению. Данные литературы убедительно свидетельствуют о том, что от интенсивности лечения зависит его эффективность. Однако интенсификация лечения содержит в себе определенную опасность, связанную, в первую очередь, с гепатотоксичным действием используемых препаратов, что наиболее выражено у Метронидазола и Тинидазола. Преимуществами Орнидазола перед Метронидазолом являются лучшая переносимость, более выраженный эффект, меньшая частота рецидивов, меньший процент связывания с белками плазмы крови, более высокая концентрация в тканях и в месте поражения, низкая резистентность и большая чувствительность возбудителей.

В связи с этим целью настоящего исследования было клиническое изучение терапевтической активности препарата «Мератин Комби» при лечении микст-вагинитов у женщин репродуктивного возраста.

В данное исследование были включены 46 пациенток с ассоциативной флорой: условно-патогенные микроорганизмы факультативно-анаэробного происхождения (*Fusobacterium* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Corynebacterium* spp 10^6 - 10^8 КОЕ/мл). Пациентки 1-й клинической группы (n=24) получали Мератин Комби по 1 таблетке интравагинально 2 раза в день в течение 10 дней. Пациентки 2-й клинической группы (n=22) получали Тержинан. Контроль качества проведенного нами лечения проводили сразу после окончания курса лечения и спустя 10 дней после окончания лечения путем микроскопического исследования мазков.

Проведенное исследование показало высокую клиническую эффективность препарата Мератин Комби, чем у женщин, принимающих Тержинан ($p \leq 0,05$), которая проявлялась в качественном улучшении общего состояния пациенток, уменьшении отечности и гиперемии слизистой влагалища, начиная со 2 дня терапии, нормализацией вагинального микроценоза в 87,5% случаев, титр лактобацилл соответствовал норме репродуктивного возраста – 10^6 - 10^8 КОЕ/мл в вагинальном секрете. Побочных реакций при лечении среди пациенток обеих групп выявлено не было. Описанные данные соответствуют результатам других

исследований и свидетельствуют о высокой эффективности Мератина Комби в лечении смешанных инфекций влагалища.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о достаточной клинической эффективности, хорошей переносимости и безопасности лечения больных микст-вагинитом при применении препарата «Мератин Комби» производства компании «Мири Хелскере Лимитед» (Великобритания), что позволяет добиться сокращения продолжительности лечения, стойкой ремиссии и уменьшения периода рецидива заболевания.

ОЗОНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВАГІТНИХ З ПОРУШЕННЯМИ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ

В. В. Корсак, І. І. Пацкань

Ужгородський Національний університет, м. Ужгород.

Проблема порушень вуглеводного обміну під час вагітності знаходиться в центрі уваги акушерів, ендокринологів, неонатологів, так як ця патологія пов'язана з великою кількістю акушерських ускладнень, високою перинатальною захворюваністю і смертністю та небезпекою для здоров'я матері і дитини. Полісистемний характер патологічних проявів у вагітних вимагає одночасного призначення великої кількості медикаментів, які негативно впливають як на матір, так і на плід. Враховуючи багатofакторну неспецифічну дію медичного озону на організм матері і плода, відсутність побічних проявів, ми вирішили ввести озонотерапію в комплекс лікування вагітних з порушеннями вуглеводного обміну.

Під спостереженням знаходилося 80 вагітних жінок з порушеннями вуглеводного обміну. 40 жінок з передгестаційним цукровим діабетом I типу, з них 20 вагітних отримували в поєднанні з медикаментозними методами лікування озонотерапію (I група), а 20 вагітних – традиційну терапію (II група). Крім того, обстежено 40 вагітних жінок з гестаційним цукровим діабетом, які розподілені відповідно (III та IV групи). Контролем служили 40 вагітних без даної патології.

Озонотерапія проводилася на апараті «Медозонс-БМ», щоденно, один раз на добу, шляхом внутрішньовенних інфузій 400 мл озонованого 0,9% розчину натрію хлориду з концентрацією озону 400 мкг/л протягом 5 днів. Проведено 3-4 курси з інтервалом в 4 тижні. Ефективність лікування оцінювалася в динаміці на основі клініко-лабораторних даних і контролю за станом плода. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою критерію Стьюдента.

Виявлено, що найбільш частими ускладненнями під час вагітності при порушеннях вуглеводного обміну є самовільне переривання вагітності, пізні гестози, багатоводдя, запальні захворювання сечовивідних шляхів, анемія. Частота самовільного переривання вагітності становила 35,6%, в контрольній групі – 11,0%, $p < 0,05$. Пізні гестози частіше виникали до 34 тижнів вагітності і їх частота становила 28,0%, в той час як в контрольній групі – 4,0%, $p < 0,05$. Специфічним ускладненням передгестаційного цукрового діабету при вагітності є багатоводдя, яке спостерігалось у 74,0% випадків, в контрольній групі – 1,0%, $p < 0,05$. Дуже частим ускладненням вагітності при передгестаційному цукровому діабеті є інфекція сечовивідних шляхів, яку відмічено у 43,4% хворих, в контрольній групі – у 13% жінок, $p < 0,05$. Необхідно підкреслити, що приведені ускладнення характерні для тяжких форм захворювання. При легкому ступеню тяжкості передгестаційного цукрового діабету, гестаційному цукровому діабеті частота цих ускладнень наближається до показників контрольної групи. В родах вірогідно частіше, ніж в контрольній групі, спостерігалися передчасне злиття навколоплодових вод, макросомія, аномалії родової діяльності, дистрес плода, оперативні розродження, асфіксії новонароджених, $p < 0,05$.

З метою корекції виявлених порушень нами проводилася поряд з традиційним лікуванням озонотерапія. Після проведеного лікування рівень глікемії знизився у вагітних всіх груп, однак в I та III групі він був достовірно нижчим за показники II та IV груп, $p < 0,001$. В зв'язку з змінами показників вуглеводного обміну в процесі лікування у вагітних проводилася корекція інсулінотерапії. В I групі при строках вагітності до 22 тижнів доза інсуліну знизилася на 20,0%, в II групі – на 4,0%, $p < 0,05$. При строкові вагітності 23-38 тижнів доза інсуліну в I групі знизилася на 3,7%, а в II групі зросла на 13%, $p < 0,05$. Озонотерапія також сприяла зниженню глікозильованого гемоглобіну у вагітних I групи з $10,4 \pm 0,2\%$ до $7,1 \pm 0,1\%$ ($p < 0,05$) у порівнянні з II групою, а саме: до лікування – $10,3 \pm 0,4\%$, після лікування – $9,8 \pm 0,7\%$ ($p > 0,05$). Під впливом озонотерапії відбувалося суттєве збільшення рівня естріолу, загального білка плазми крові, в основному за рахунок альбумінів, альфа-1 та альфа-2 глобулінів, яким властива антиоксидантна активність. В II та IV групах таких змін не виявлено. Доплерометрія судин пуповини засвідчила нормалізацію систоло-діастолічного коефіцієнта після курсу озонотерапії (з $3,78 \pm 0,05$ до $3,10 \pm 0,02$, $p < 0,01$). В II та IV групах даний показник суттєво не змінився (з $3,72 \pm 0,04$ до $3,51 \pm 0,04$, $p > 0,05$). Визначення показників біофізичного профілю плода і кардіотокографії, зокрема комп'ютерної, свідчать про достовірне покращення стану плода у вагітних після проведення озонотерапії в порівнянні з II та IV групами, що підтверд-