

супроводжувалося наявністю ішемічних болів, та наступне розсмоктування вузлів через 5-6 місяців. На 2-3 добу після операції – стан хворих задовільний. Ніч спали спокійно, шкірні покриви – звичайного кольору. АТ та пульс – в межах норми. Перистальтика кишечника – в нормі, виділення зі статевих органів – відсутні, діурез – достатній. Всі жінки на 3-5 добу виписані у задовільному стані для наступного спостереження в жіночих консультаціях. При контрольному обстеженні через 1 місяць скарг нема.

Таким чином, отримані дані проведених клініко-лабораторних спостережень за жінками із фіброміомою матки дозволяють висловити певні думки стосовно комплексних діагностично-лікувальних заходів, які мають бути впроваджені в практику. Так, наші дані свідчать про те, що у жінок зростання розміру фіброматозних вузлів матки супроводжується значним зростанням в крові вмісту ФНП, що свідчить про розпал запального процесу в матці. Слід відзначити, що серед всіх досліджуваних представників сімейства прозапальних цитокінів змінювалася лише концентрація ФНП, що, за нашою думкою, може бути діагностичним критерієм можливості виникнення фіброматозу у обстежених осіб. Вартим уваги може стати один з фрагментів отриманих результатів про те, що вміст ІЛ-1 β (особливо!) та ІЛ-6 залишається незмінним впродовж розвитку хвороби. Нам здається, що цей факт можна пояснити тим, що ФНП- α індукує синтез деяких нейротрофічних факторів, до яких належить і ІЛ-1 β [13]. При цьому логічно припустити, що за умов запальної реакції організму при фіброміомі синтез ІЛ-1 β трохи “відстає” у терміновому аспекті від синтезу ФНП- α , котрий “запускає” механізм формування вказаного патологічного стану.

Застосована з лікувальною метою рентгенендоваскулярна емболізація маткової артерії свідчить про принципово новий методичний підхід до лікування вказаного контингенту жінок. Застосований нами різновид лікування фіброміоми матки є принципово новим, оскільки дозволяє зберегти тіло матки, звільнивши його від фіброматозного вузла чи вузлів, є також клінічно легше відтворюваним та надає можливість безпосередньо впливати на причину патологічного стану. Механізм рентгенендоваскулярної емболізації маткової артерії (чи маткових артерій) полягає в тому, що будучи артеріями кінцевого типу, за умов нестачі кровопостачання розвивається ішемія фіброматозних вузлів (чи вузла), що насамперед сприяє їхньому розсмоктуванню, склерозуванню або асептичному некрозу. В той же час міометрій залишається непошкодженим внаслідок розвитку колатералей судин, які постачають кров до нього, з артеріями таза.

ВИСНОВКИ Беручи до уваги всі отримані нами результати, слід наголосити наступне:

1. Формування фіброміоми матки супроводжується значним зростанням концентрації ФНП в сироватці крові, що ми вважаємо як найбільш ранній діагностичний критерій розвитку вказаного патологічного стану.

2. У жінок із фіброміомою матки ефективним лікувальним методом є застосування міні-інвазивного рентгенендоваскулярного хірургічного втручання з метою емболізації маткової артерії (чи маткових артерій), які живлять матковий вузол (чи вузли).

3. Визначення з діагностичною метою ФНП в якості раннього фактора ризику виникнення фіброміоми, а також застосування рентгенендоваскулярної емболізації маткових артерій є складовою частиною комплексу діагностично-лікувальних заходів, вживання яких дозволить підвищити ефективність діагностики та лікування жінок із фіброміомою матки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Сидорова И.С. Миома матки: возможности лечения и профилактики // Русский мед. журн. – 2002. – Т. 10, №7. – С. 33-37.
2. Чеплат О. Современные принципы лечения фибромиом // Лечащ. Врач. – 2000. – №4. – С. 76-80.
3. Rayr C. Les fibromes et leurs chirurgies // Gyn. Obs. – 1997. – N 363. – P. 4-7.
4. Kharbach A., Zouhal A., Rhrab B. et al. Necrobiose aseptique des fibromes uterins. A propos de soixante-trois cas // Rev. Fr. Gynecol. Obstet. – 1996. – N1-2. – P. 20-23.
5. Taylor S., Kadoch O., Capella-Allouc S. Fibromes: Fertilité apres traitement hysteroscopique // Gyn. Obs. – 1998. – N 391. – P. 11-13.
6. Leser H.G., Gross V., Scheibenbogen C. et al. Elevation of serum interleukin-6 concentration precedes acute-phase response and reflects severity in acute pancreatitis // Gastroenterol. – 1991. – Vol. 101. – P. 782-785.
7. Pamper S. Dysregulation of the cytokine network in the uterus of the diabetic rat // Am. J. Reprod. Immunol. – 2001. – N 45, N6. – P. 375-381.
8. Patiag D., Gray S., Idris I., Donnelly R. Effects of tumour necrosis factor-alpha and inhibition of protein kinase C on glucose uptake in L6 myoblasts // Clin. Sci. – 2000. – Vol. 99, N4. – P. 303-307.
9. Semkova I., Krieglstein J. Neuroprotection mediated via neurotrophic factors and induction of neurotrophic factors // Brain Res. Rev. – 1999. – Vol. 30, N1. – P. 176-188.
10. Дильман В.М. Эндокринологическая онкология. – М.: Медицина, 1983. – 408 с.
11. De Leo V., Morgante G. Fibromioni uterini e pattern ormonale: Considerazioni terapeutiche // Minerva Ginecol. – 1996. – N12. – P. 533-538.
12. Ищенко А.И., Кудрина Е.А., Бабурина И.П. и др. Лапароскопическая надвлагалищная ампутиация матки с помощью петлевой лигатуры // Акуш. и гин. – 1996. – № 5. – С. 44-46.
13. Dinarello C.A., Wolff S.M. The role of interleukin-1 in disease // N. Engl. J. Med. – 1993. – Vol. 328, N 1. – P. 106-113.

УДК 618,4/5–089.5

Артимович А.І.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОГО ЗНЕБОЛЮВАННЯ ПОЛОГІВ

Клінічний пологовий будинок №1, м. Тернопіль

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОГО ЗНЕБОЛЮВАННЯ ПОЛОГІВ – Знеболювання у пологах часто викликає дискусію: чи не перевищує ризик застосування анагезії тих негативних явищ, які мають місце у акушерстві? Слід врахувати, скільки небажаних наслідків для плода і роділлі несуть саме ті реакції, які виникають в організмі матері у відповідь на больовий синдром [1].

Зважаючи на багатогранну дію препаратів, які застосовують для знеболювання пологів, серйозне занепокоєння викликає інтранатальна гіпоксія плода [2]. Застосування іонів магнію з метою підвищити стійкість організму плода до гіпоксії дає можливість зменшити кількість новонароджених із високим ступенем ризику ураження центральної нервової системи гіпоксичного генезу і розширює межі анагетичного впливу на больовий синдром в пологах. Головна роль магнію в організмі зводиться до стимуляції активності ферментів вуглеводного обміну, а також до зниження збудливості нервової системи [3].

Зростання інтенсивності синтетичних реакцій в обмінні вуглеводів збільшує запаси макроергічних сполук [3], що підвищує стійкість організму до гіпоксії.

Застосування препарату Магне-В₆, як складової частини методики, розв'язує ряд ключових завдань, які стоять перед знеболюванням в акушерстві. Прямим наслідком застосування методики є зниження рівня пологових травм у матері і дитини.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ РОДОВ – Обезболивание в родах часто вызывает дискуссию: не превышает риск применения анагезии над теми отрицательными явлениями, которые имеют место в акушерстве? Много плохих последствий для плода и матери несут именно те реакции, которые возникают в ответ на боль.

Препараты для обезболивания родов действуют многогранно. Вызывает беспокойство интранатальная гипоксия плода. Ионы магния повышают устойчивость организма плода к гипоксии. Это уменьшает

количество новорождённых с высоким риском поражения центральной нервной системы от гипоксии. Это расширяет границы нашего влияния на боль в родах. Главная роль магния в организме это стимуляция активности ферментов углеводного обмена и снижение возбудимости нервной системы.

Интенсивность синтетических реакций в обмене углеводов увеличивает запасы образованной энергии. Это повышает устойчивость организма к гипоксии.

Препарат Магне-В₆ есть составной частью нашей методики. Это решает ряд ключевых задач, которые стоят перед обезболиванием в акушерстве. Прямое следствие применения нашей методики есть снижение уровня родовых травм у матери и ребёнка.

MODERN APPROACHES TO COMPLEX ANESTHESIA OF LABOUR – Anesthesia in labor frequently causes discussion: does not the risk of analgesia application exceed those negative phenomena, which take place in obstetrics? Many undesirable consequences for a fetus and woman are caused by the reactions, which arise in reply to pain.

Preparations for anesthesia of labor have many-sided effect. Intranatal hypoxia of a fetus causes serious anxiety. Ions of magnesium raise stability of fetus organism to hypoxia. It reduces quantity of newborns with high risk of defeat of the central nervous system by hypoxia. It expands borders of our influence on pain during the labor. The main role of magnesium in an organism is stimulation of activity of carbohydrate exchange enzymes and decrease of excitability of nervous system.

Intensity of synthetic reactions in carbohydrate exchange increases stocks of macroergic combinations. It raises stability of an organism to hypoxia.

The preparation "Magne-V₆" is a component of our technique. It solves a number of key problems, which face to anesthesia in obstetrics. Direct consequence of application of our technique is a decrease of a level of patrimonial traumas of a mother and a child.

Ключові слова: знеболювання пологів, інтранатальна гіпоксія, плід.
Ключевые слова: обезболивание родов, интранатальная гипоксия, плод.

Key words: anaesthetizing of births, delivery intranatal hypoxia, fetus.

ВСТУП Акушерська аналгезія і анестезія – це одна із перших областей анестезіології, на якій зупиняє свою увагу ВООЗ. Переважно більшість вагітних – молоді і здорові люди, але вони наражаються на високий ризик різних ускладнень. Всі, хто поступає в пологове відділення, є потенційними кандидатками на планову чи екстрену анестезію. Тому кожній пацієнтці, після відповідної підготовки, слід надавати комплекс психологічних і нефармакологічних заходів, серед яких ключову роль відіграє навчання родиль і створення у них позитивної настанови на пологи [1]. Страх перед невідомістю і негативний досвід посилюють біль в пологах. Ефективність цих методів коливається в досить широкіх межах, що залежить від моделі поведінки, яка формується на основі патофізіологічних реакцій організму. Саме тому часто виникає потреба в застосуванні інших видів знеболювання, зокрема – фармакологічних засобів [4].

Практично всі опіоїди і седативні речовини проникають через плаценту і мають негативно впливати на плід. Через ризик виникнення асфіксії новонародженого ці препарати мають ряд обмежень для застосування в акушерстві [4, 5].

Передумовою розвитку асфіксії може стати інтранатальна гіпоксія, викликана дією чинників: медичних препаратів, механічних перешкод кровотоку в пуповині, чи внаслідок супровідної патології. Потужним чинником інтранатальної гіпоксії є поява метаболічного ацидозу у матері, який розвивається у відповідь на не купірований надмірний больовий синдром [6]. Він досить ефективно компенсується організмом роділлі, зате сприяє виникненню "індукційного" ацидозу у плода. Біль викликає порушення адаптаційних реакцій у жінки, які в свою чергу погіршують стан плода. Крім того, психоемоційна напруга веде до змін скоротливої діяльності матки. Порушення нормального перебігу пологів, в свою чергу, знову ж таки, посилює біль. Якщо не розірвати цього замкненого кола, то це приведе до вкрай негативних наслідків для матері і плода [6].

Аналіз структури цієї проблеми показує, що впливаючи на стійкість організму до гіпоксії, можна усунути або значно ослабити несприятливі фактори. Ми зупинили свою увагу на препараті, який вирішує це завдання комплексно: з однієї

сторони дає підвищення стійкості організму до гіпоксії, з іншої – помірний седативний ефект, який потенціює аналгетичний вплив анестезіологічних середників, що дозволяє зменшити їх дозування, а це додатково знижує ризик пригнічуючого впливу знеболювання як на плід, так і на перебіг пологів. Таким вимогам відповідає широко відомий в акушерстві препарат Магне-В₆ від фірми Sanofi, Франція. Суттєвою перевагою Магне-В₆ є те, що він містить магній у формі лактату. Це сприяє його кращому засвоєнню і, знову ж таки, дає можливість зменшити ефективну дозу, що забезпечує відсутність токолітичної і спазмолітичної дії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ Об'єктом дослідження були 165 жінок, віком від 17 до 32 років. Всі поступили на термінові пологи. З них: у 32-х термін вагітності був 39 тижнів; у 129-ти – 40 тижнів і в 4-х – 41 тиждень. Першороділь було – 107, повторні пологи – 58, три пацієнтки мали супровідну патологію (ревматизм, недостатність мітрального клапана без серцевої декомпенсації; резидуальна енцефалопатія, судомний синдром; хронічна цитомегаловірусна інфекція).

Роділь поділили на дві рандомізовані групи. У першу входило 62 жінки, які народжували під епідуральною аналгезією з 1 % розчином лідокаїну гідрохлориду або внутрішньовенною аналгезією 0,2 % розчином стадолу. Такі дози анестетиків забезпечують аналгезію без виключення притомності, що гарантує відсутність пригнічуючого впливу на пологову діяльність. В другій групі, з 103 роділь, на фоні вищенаведених методик знеболювання, застосовувався препарат Магне-В₆ у дозі 0,15 мл офіційного розчину на 1 кг маси пацієнтки, per os, за 40-45 хвилин до початку знеболювання пологів.

У всіх роділь введення знеболювальних засобів розпочиналося після встановлення регулярних перейм і при відкритті шийки матки на 5-6 см. Припиняли введення – за 1,5-2 години до закінчення I-го періоду пологів. Ефект аналгезії захоплював повністю I-й і II-й періоди пологів.

Оцінку ефективності знеболювання в пологах проводили за шкалою Н.Н. Растрігіна і Б.В. Шнайдера. За станом системної гемодинаміки проводили моніторинг апаратом PHYSIO CONTROL LIFESTAT 1600. Стан новонароджених оцінювали за шкалою Apgar і шляхом контролю насичення киснем артеріальної крові. На протягом I-го і II-го періодів пологів проводився моніторинг частоти серцевих скорочень у плода апаратом ELA – medikal 2654.

Статистичну обробку результатів здійснювали з допомогою параметричного критерію t Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Середня сума балів в оцінці знеболювального ефекту дорівнювала 9,2 (при максимально можливій сумі 10 балів). Всі роділлі відмічали усунення спастичного болю в черевній порожнині в I-му періоді пологів.

Рівень АТ і ЧСС на висоті перейм зростав, порівняно з показниками між переймами: у I-й групі – на 25-35 %, а в II-й – на 8-12 %. Середній артеріальний тиск на висоті перейм в середньому підвищувався: у I-й групі – на 12-14 мм рт.ст., в II-й – на 9-11 мм рт.ст. Наведені результати динаміки АТ, ЧСС і САТ свідчать про більш достатній рівень знеболювання в пологах у роділь, які приймали Магне-В₆.

Частота серцевих скорочень плода від жінок з I-ї групи коливалася в межах 115-135 уд/хв., тоді як в II-й – 130-148 уд/хв. У новонароджених з I-ї групи оцінка за шкалою Apgar – 6 балів була в 4-х, 7 – у 31-го, 8 і більше – в 27-ми; насичення артеріальної крові 85 % і менше – у 10-ти, 86-92 % – у 28-ми. Новонароджені з II-ї групи розподілилися наступним чином: 8 балів – в 32-х, 9 і більше – в 71-ї; насичення киснем артеріальної крові 95-96 % – в 38-ми, 97-100 % – в 65-и. Виявлено покращання стану дітей від матерів, які приймали Магне-В₆: насичення киснем артеріальної крові зростало з 95±2 до 98±2 %, оцінки за шкалою Apgar підвищувалися з 7±2 до 9±1 балів.

При забезпеченні роділь комплексним знеболюванням, тривалість пологів не подовжувалася, скоротлива активність матки не пригнічувалася. Слід вказати на те, що у жінок з комплексним знеболюванням практично не було важких пологових травм, що пояснюється адекватністю аналгезії в комплексі родопомічних заходів.

ВИСНОВКИ Застосування препарату Магне-В₆ на фоні базових методик знеболювання пологів: 1) підвищує стійкість організму плода до гіпоксії; 2) пролонгує і потенціює аналгетичний ефект; 3) знижує травматизм в пологах.

Перспективним є подальше вдосконалення методики за рахунок посилення аналгетичного і антигіпоксичного компонентів, що розширить межі впливу на больовий синдром при пологах.

УДК 616-006.52

ЛІТЕРАТУРА

1. МакМорланд Г.Х., Маркс Г.Ф. Руководство по акушерской аналгезии и анестезии // Москва: Медицина, 1998. – с. 194.
2. Маркова И.В., Шабалов Н.П. Клиническая фармакология новорожденных // Санкт-Петербург: СОТИС, 1993. – с. 376.
3. Тезисы докладов 5-го Гродненского симпозиума 20-22 сентября 1978 г., Пентозофосфатный путь превращения углеводов и его регуляция // Гродно, 1978 г., – 190 с.
4. Зильбер А.П., Шифман Е.М. Акушерство глазами анестезиолога // Петрозаводск: Издательство Петрозаводского университета. – 1997. – с. 396.
5. Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М. Анестезия и реанимация в акушерстве и гинекологии // Москва: Триада, 2000. – с. 384.
6. Дж. Эдвард Морган-мл., Мегид С.Михаил Клиническая анестезиология // Москва: Бином, 2003. – с. 298.

Хміль С.В., Федорейко Л.Р., Ботюк Я.В.

ПАПІЛОМАВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ ЛЮДИНИ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

ПАПІЛОМАВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ ЛЮДИНИ – У статті висвітлено сучасні погляди на папіломавірусну інфекцію, особливості різних типів вірусів папіломи людини, патогенетичні механізми провокування нею пухлин, клінічні варіанти перебігу інфекційного процесу, описано сучасні методи лікування.

ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ ЧЕЛОВЕКА – В статье отражены современные взгляды на папилломавирусную инфекцию, особенности разных типов вирусов папилломы человека, патогенетические механизмы развития опухолей, клинические варианты течения инфекционного процесса, описаны современные методы лечения.

HUMAN PAPILLOMAVIRUS INFECTION – The modern views on a papillomavirus infection are shown in the article, features of different types of papillomaviruses, the pathogenetic mechanisms of tumours development, clinical variants of infectious process course, modern methods of treatment are described.

Ключові слова: папіломавірусна інфекція, пухлина, гострокінцеві кондиломи, генітальні бородавки.

Ключевые слова: папилломавирусная инфекция, опухоль, остроконечные кондиломы, генитальные бородавки.

Key words: papillomavirus infection, tumour, pointed condylomas, genital warts.

В розвинутих країнах світу кожна п'ята людина помирає від раку. Здоровий організм людини є дуже специфічним об'єднанням клітин, які приречені на співпрацю. При ракових процесах окремі клітини прагнуть тільки власного процвітання на шкоду іншим і руйнують всю спільноту клітин та гинуть разом з ними. Сьогодні є багато доказів, що причиною виникнення деяких типів раку людини є віруси. ДНК- і РНК-вмісні віруси можуть сприяти неопластичній трансформації інфікованих клітин. З раковими захворюваннями у людини пов'язані такі ДНК-вмісні віруси: 1) родина гепаднавірусів (вірус гепатиту В: рак печінки); 2) родина герпес-вірусів (вірус Епштейна-Барра: лімфома Беркітта, носоглотковий рак); 3) родина паповавірусів (папіломавірус: гострокінцеві кондиломи, генітальні бородавки, рак шийки матки). ДНК-вмісні віруси проникають в клітинний геном і активізують клітинну систему реплікації ДНК, яка є матрицею для синтезу інших компонентів вірусу.

Папіломавірусна інфекція. Поширеність папіломавірусної інфекції, за даними деяких авторів, складає від 36 % у жінок, молодших 25 років, до 2,8 % у жінок 45 років і старше. Генітальна інфекція, що викликана вірусом папіломи людини (ВПЛ) 16 типу, є вагомим фактором ризику виникнення цервікальної інтраепітеліальної неоплазії (ЦІН), а визначення ДНК даного вірусу має прогностичну цінність при ЦІН високого ступеня тяжкості. Описано нові генітальні віруси, схожі на потенційно онкогенний ВПЛ-38 (10). Їх виділили з

клітин ЦІН низького ступеня тяжкості і папіломи вульви. Відмінності в онкогенних властивостях ВПЛ проявляються на рівні передракових уражень, оскільки тип вірусу впливає на частоту мітозів. Проведені методом ПЛР дослідження показали, що більше 28 % випадків цервікального раку, включаючи плоскоклітинну карциному і аденокарциному шийки матки, асоціюється з присутністю ВПЛ високого ступеня тяжкості. Наявність ВПЛ низького ступеня онкогенного ризику не асоціюється з прогресуванням ЦІН. Приблизно в 50 % випадків вірус виводиться з організму жінки протягом року, і в 85 % випадків – протягом 4 років. Прогресування латентної папіломавірусної інфекції з виникненням субклінічних уражень і цервікальної неоплазії може залежати від вмісту в плазмі ретинолу, α-токоферолу, вітамінів С і Е, глутатіону. Папіломавірусна інфекція супроводжується зниженням вмісту в плазмі глутатіону та підвищенням рівня глутатіону дисульфіді. Різниця в кількісному вмісті глутатіону і глутатіону дисульфіді прямо пропорційна патологічним змінам шийки матки [15]. Урогенітальний тракт найчастіше уражають ВПЛ 6, 11, 16, 18, 31 і 35. Інфікування ВПЛ 6 і 11 в дитячому і підлітковому віці не призводять до швидкого розвитку тяжких захворювань, але ранній контакт з вірусом може прискорити розвиток аногенітального раку. ВПЛ 6 і 11 можуть передаватися трансплацентарним шляхом, чи під час проходження плода по пологових шляхах [14]. Інфекції шийки матки, викликані ВПЛ 16 і 18 типів, частіше поєднуються з цервікальною інтраепітеліальною неоплазією різних ступенів тяжкості. Доведено, що існують два різновиди епідермоїдної карциноми вульви. Одна з них асоційована з інфекцією, що викликана ВПЛ високого ступеня онкогенного ризику і є злоякісним утвором, який гістологічно відповідає базолоїдній чи бородавковій карциномі. Друга різновидність – це кератинізована плоскоклітинна карцинома, яка значно рідше асоціюється з папіломавірусною інфекцією [13]. До цього часу повністю не вивчені масштаби поширення і онкогенний потенціал рідкісних типів ВПЛ (59,61,62, 70,73) при розвитку передракових і ракових уражень геніталій.

Роль папіломавірусної інфекції в етіології пухлин людини. Сьогодні відомо близько 120 генотипів ВПЛ [8]. Ці віруси відносяться до сімейства паповавірусів. Паповавіруси – найдрібніші віруси з дволанцюговою ДНК. Вони містять капсидні білки трьох типів і комплекс замкнутої кільцевої ДНК з клітинними глістами. Оболонка має 72 морфологічні одиниці, які організовані так, що утворюється решітка в формі ікосаедрa. ВПЛ не має зовнішньої мембрани,