

Найбільш сприятливо перебігав гестоз у вагітних з еукінетичним типом кровообігу, основні параметри ЕхоКГ не відрізнялись від показників контрольної групи. Залежності між типом гемодинаміки і ступенем підвищення АТ не виявлено.

Доведено, що найбільш несприятливим щодо перебігу прееклампсії і перинатальних втрат є гіпокінетичний тип кровообігу, оскільки при ньому підвищується загальний периферичний опір судин і порушується кровообіг в маткових і спіральних артеріях. При застосуванні небівололу у вагітних з гіпокінетичним типом кровообігу протягом перших двох днів нормалізації АТ не настало. Тому препарат замінили нормодипіном, що привело до нормалізації АТ на 2-гу добу лікування.

При застосуванні небівололу у вагітних 2-ї групи не виявлено негативного впливу на добове коливання АТ, найбільш ефективною була антигіпертензивна дія протягом 2-8 годин. У вагітних з еукінетичним типом гемодинаміки АТ нормалізувався з 2-го дня лікування. Максимальна добова доза у них була 5 мг на добу. Стабілізація САТ в межах 130 мм рт.ст. і нижче, ДАТ – нижче 90 мм рт.ст. у вагітних з гіперкінетичним типом гемодинаміки на фоні застосування до 10 мг на добу небівололу відбулася на 2-3-й день лікування. Побічної негативної дії при вживанні небівололу не було. Повний ефект щодо нормалізації АТ проявлявся, як правило, на 8-12-й день лікування.

Вагітним з прееклампсією і гіпертензивними розладами третьої групи призначали нормодипін. Аналіз результатів добового моніторингу АТ показав, що середньодобовий рівень як систолічного, так і діастолічного АТ вірогідно знизився ($p < 0,05$) вже в першу добу від початку лікування. Завдяки повільному початку дії і пролонгованому ефекту, нормодипін не викликав вираженої артеріальної гіпотензії, що негативно впливає на плід, забезпечував плавне зниження АТ упродовж 24 годин, позитивно впливав на рівень САТ і ДАТ, зменшував ступінь гіпертрофії міокарда лівого шлуночка, гальмував агрегацію тромбоцитів, підвищував швидкість клубочкової фільтрації. Виявлена достатня ефективність препарату, оскільки вже через 24-48 годин від початку лікування у 78,9 % вагітних АТ нормалізувався.

Оптимального антигіпертензивного ефекту у обстежених 3-ї групи було досягнуто упродовж 5-10-денного регулярного приймання нормодипіну.

Важливо відмітити, що своєчасна і адекватна антигіпертензивна терапія при гестаційній гіпертензії та прееклампсії – найбільш реальний спосіб профілактики перинатальних ускладнень у матері, плода і новонародженого. Сьогодні перевагу надають препаратам, які не лише ефективно контролюють АТ, але й впливають на основні патогенетичні ланки формування гестозу. Відносно невелику кількість антигіпертензивних препаратів дозволено застосовувати під час вагітності, серед них відповідне місце займають небіволол і нормодипін.

ВИСНОВКИ Таким чином, нормодипін можна з успіхом застосовувати при лікуванні гестозів у вагітних з еукінетичним і гіпокінетичним типами гемодинаміки, оскільки вже перша доза препарату має здатність поступово знижувати рівень АТ і утримувати досягнутий ефект упродовж доби. Поряд з антигіпертензивною дією, нормодипін зменшує добову варіабельність АТ і в цілому показники навантаження тиском. Поступове зниження АТ, попередження надмірних його коливань добре впливає на плід, позитивно сприймається вагітними і забезпечує гарну переносимість препарату. При лікуванні гестозу у вагітних з еукінетичним та гіперкінетичним типами кровообігу для стабільної корекції АТ рекомендовано застосовувати небіволол – суперселективний β_1 -блокатор III покоління.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ведення вагітності та пологів при пізніх гестозах, їх прогнозування, діагностика, лікування і профілактика: методичні рекомендації. – Київ, 1999. – 42 с.
2. Воронов Л.Г. Бета-адреноблокатор III покоління небіволол: перспективи применения при хронической сердечной недостаточности // Мислетьство лікування. – 2003. – №6. – С. 72-75.
3. Давидович И.М., Блощинская И.А., Петриченко Т.А. Гестационная артериальная гипертония. Механизмы формирования. Лечение нормодипином // Терапевтический архив. – 2003. – №10. – С. 5-54.
4. Маколкин В.И. Небиволол – представитель нового поколения β -адреноблокаторов // Кардиология. – 2000. – №1. – С. 69-71.
5. Черных В.П., Зупанец И.А., Зайченко А.В., Шевченко О.И. Фармацевтические аспекты рационального применения лекарственных препаратов в перинатологии // Клиническая фармация. – 2003. – Т.7, №3. – С. 3-10.

УДК 618.3:616.366–002

Ісламова О.В.

ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ З ХРОНІЧНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ З ХРОНІЧНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ – У статті представлена сучасна тактика ведення вагітних з хронічним холециститом в умовах жіночої консультації і стаціонарі. Показані основні принципи діагностики та лікування даної патології.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ – В статье представлена современная тактика ведения беременных с хроническим холециститом в условиях женской консультации и стационара. Показаны основные принципы диагностики и лечения данной патологии.

THE MANAGEMENT OF PREGNANT WOMEN WITH CHRONIC CHOLECYSTITIS – In this article there was shown the modern tactics of the management of pregnant women with chronic cholecystitis in maternity advice bureau and in-patient department. There were presented the basic principles of diagnostics and treatment of the given pathology.

Ключові слова: хронічний холецистит, вагітність, діагностика, лікування.

Ключевые слова: хронический холецистит, беременность, диагностика, лечение.

Key words: chronic cholecystitis, pregnancy, diagnostics, treatment.

ВСТУП Захворювання жовчного міхура та жовчовивідних шляхів посідають одне з провідних місць серед патологій органів травлення [1]. Частіше цією патологією страждають жінки, серед вагітних вона зустрічається у 3 % випадків [3].

Хронічний холецистит – це хронічне рецидивуюче патологічне захворювання, пов'язане із загальними змінами у стінці жовчного міхура [1]. Основну роль в розвитку холециститу відіграють: інфекція, застій жовчі, харчова алергія. Розвитку інфекції сприяє зниження імунітету, наявність вогнищ хронічної інфекції (карієс, хронічний тонзиліт, коліт, пієлонефрит, синусит, андексит, період після перенесеного вірусного гепатиту) [2]. В жовчі знаходять переважно кишкову флору – кишкову паличку, ентерококи, а також стафілококи, стрептококи та інші. Певну роль відіграють гепатотропні віруси та паразитарні інвазії (лямбліоз, опісторхоз, аскаридоз тощо) [2,5].

Виділяють два види хронічного холециститу – калькульозний та безкам'яний, три стадії процесу – загострення, неповної ремісії та ремісії [1].

КЛІНІКА І ДІАГНОСТИКА При загостренні хронічного холециститу характерні такі скарги, як тупий, ниючий біль у правому підребер'ї з іррадіацією у праву половину грудної клітки, праве плече, лопатку, що підсилюється після вживання смаженої та жирної їжі, тяжкість у правому підребер'ї, надчеревній ділянці, нудота, гіркота в роті, "пуста" відрижка, здуття живота, зниження апетиту, порушення випорожнення, іноді головний біль, субфебрильна пропасниця, прискорення серцебиття, біль у суглобах, в ділянці серця, слабкість [3-5].

Діагноз загострення хронічного холециститу встановлюється на підставі скарг хворої, анамнезу, даних об'єктивного обстеження і додаткових методів дослідження: ультразвукового дослідження (УЗД) жовчного міхура, дуоденального зондування, бактеріологічного дослідження жовчі. При УЗД жовчного міхура відмічається потовщення стінок, пластивчастий вміст, наявність сонографічного симптому Мерфі, паравезикальний ехонегативний обідок набряку, можливі конкременти [6].

При дуоденальному зондуванні виявляється наявність помутніння в порції з жовчного міхура, наявність слизу, великої кількості лейкоцитів, їхніх скупчень, клітин циліндричного епітелію, поява кристалів холестерину, можливі паразитарні інвазії, патогенна флора за даними бактеріологічного посіву. Диференційна діагностика проводиться з наступними захворюваннями: інфекціями сечових шляхів, сечокам'яною хворобою, патологією шлунка та дванадцятипалої кишки, захворюваннями підшлункової залози [1].

ЛІКУВАННЯ ВАГІТНИХ З ХРОНІЧНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ Спостереження вагітних з хронічним холециститом проводиться в жіночій консультації спільно з терапевтом (огляд хворої, УЗД внутрішніх органів).

При відсутності загострення процесу рекомендується:

- раціональне харчування (дієта №5);

- лікувальні дуоденальні зондування (тільки при безкам'яному холециститі) – 1 раз на тиждень 4-6 разів підряд.

В якості жовчних засобів – 2 склянки відвару шипшини чи мінеральної води, 1-2 столові ложки оливкової олії, 50-60 мл 25-33 % розчину сульфату магнію, 20 г сорбіту чи ксиліту, розчинених в 100 мл води. Більшість з них потрібно вживати у теплому вигляді [8];

- жовчогінні засоби (за відсутності конкрементів): препарати, які містять жовчні кислоти (хологон, холензим, ліобіл, алохол), препарати рослинного походження (фламін, холагол, холосас, гепабене та ін.), гідрохолеретики (мінеральні води "Єсентуки" 17 та 4, "Трускавецька", "Смирновська", "Слав'янська", "Нафтуся" та ін.), холекінетики (ксиліт, сорбіт, сульфат магнію, рослинні олії);

- вітамінотерапія.

При помірному загостренні процесу лікування проводиться в умовах жіночої консультації під наглядом терапевта. Рекомендується:

- звільнення від роботи;

- напівліжковий режим;

- дієтичне харчування (дієта №5);

- при больовому синдромі: при супутній гіпертонічно-гіперкінетичній дискінезії жовчного міхура призначаються міотропні спазмолітики (дротаверин, папаверин), М-холінолітики (платифілін, бускапан); при гіпотонічно-гіпокінетичній дискінезії слід призначити прокінетики (метаклопромід), холекінетики (ксиліт, сорбіт);

- фізіотерапевтичні процедури (до 32 тижнів вагітності);

- антибактеріальна терапія за показаннями упродовж 1-2 тижнів у загальних терапевтичних дозах (ампіцилін/сульбактам, амоксицилін/клавулонова кислота та інші);

- при лямбліозі показана антипаразитарна терапія після 16 тижнів вагітності (метронідазол) [9];

- пробіотики (хілак, лінекс та інші) після проведення антибактеріальної терапії.

При відсутності будь-якого ефекту від лікування протягом 7 днів жінка направляється в лікарню. Іншими показаннями для госпіталізації у стаціонар є виражене загострення безкам'яного холециститу або загострення калькульозного холециститу (до 22 тижнів гестації – госпіталізація проводиться у терапевтичне або гастроентерологічне відділення, після 22 тижнів – у відділення патології пологового будинку).

На рисунках 1 і 2 схематично представлена тактика ведення вагітних з безкам'яним і калькульозним холециститом в умовах стаціонару.

Розродження жінок з хронічним холециститом проводиться відповідно до акушерської ситуації при доношеній вагітності.



Рис. 1. Тактика ведення вагітної з калькульозним холециститом в умовах стаціонару.

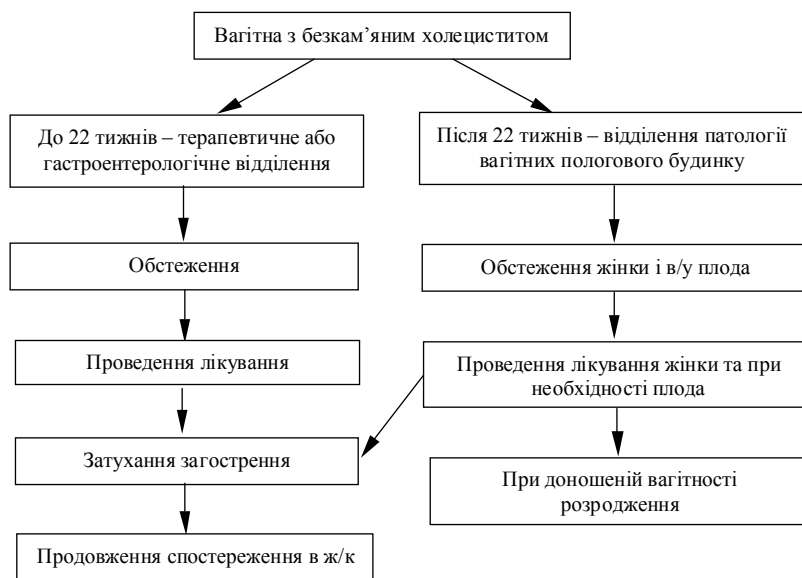


Рис. 2. Тактика ведення вагітної з безкам'яним холециститом в умовах стаціонару.

ЛІТЕРАТУРА

1. Клиническая гастроэнтерология / Под ред. Н.В. Харченко. – К.: Здоров'я, 2000. – 444 с.
 2. Щербиніна М.Б. Біліарна патологія: причини, механізми розвитку, принципи діагностики та лікування// Лікування та діагностика. – 2003. – №3. – С. 25-30.
 3. Шехтман М.М. Руководство по эстрагенитальной патологии у беременных. – Москва, 1999. – 815 с.
 4. Дейнеко Н.Ф., Яблчанский Н.И., Бабак О.Я. Диагностика и лечение заболеваний органов пищеварения в клинике внутренних болезней. – Харьков, 1991. – 267 с.

5. Передерий В.Г., Ткач С.М. Клінічні лекції з внутрішніх хвороб. – Т. 2. – К., 1998. – 448 с.
 6. Руководство по ультразвуковой диагностике / Под ред. П.Е.С. Пальмера. – Калифорнийский университет "Дейвие", штат Калифорния, США. Женева, 2000. – 334 с.
 7. Лейтнер У. Практическое руководство по заболеванию желчных путей. – Москва: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 264 с.
 8. Огороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов: Руководство. – Т. 1. – 1997. – 533 с.
 9. Справочник Калифорнийского университета / Под ред. К. Нисвандера, А. Эванса. – М.: Практика. – 1999. – 703 с.

УДК 618.1072.1

Рак Л.М.

ОБҐРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ГІСТЕРОСКОПІЇ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ НА ЕТАПІ ПІДГОТОВКИ ЇХ ДО ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Буковинська державна медична академія

ОБҐРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ГІСТЕРОСКОПІЇ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ НА ЕТАПІ ПІДГОТОВКИ ЇХ ДО ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ – У пацієнок з безпліддям на етапі підготовки до допоміжних репродуктивних технологій застосовано гістероскопію з біопсією ендометрія і додатковим дослідженням біоптатів в якості обов'язкового обстеження. Вивчено роль гістероскопії та обґрунтовано доцільність її застосування у даного контингенту пацієнок. Встановлено наявність значної кількості патологій, діагностованої лише гістероскопічно.

ОБСНОВАННЯ НЕОБХОДИМОСТІ ІСПОЛЬЗОВАНИЯ ГИСТЕРОСКОПИИ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ НА ЭТАПЕ ПОДГОТОВКИ ИХ К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ РЕПРОДУКТИВНЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ – У пациенток с бесплодием на этапе подготовки к дополнительным репродуктивным технологиям использовано гистероскопию с биопсией эндометрия и дополнительным исследованием биоптатов в качестве обязательного исследования. Изучено роль гистероскопии и обосновано целесообразность её использования у данного контингента больных. Установлено наличие значительного количества патологии, которая диагностирована только при гистероскопии.

SUBSTANTIATION OF THE NECESSITY OF USING HYSTEROSCOPY IN WOMEN WITH STERILITY AT THE STAGE OF THEIR PREPARATION FOR SUPPLEMENTAL REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES – Hysteroscopy with endometrial biopsy and accessory study of tissue samplings as an obligatory examination have been used in patients with sterility at the stage of their preparation for supplemental reproductive technologies. The role of hysteroscopy has been studied and the expediency of its application in the cohort of patients under study has been substantiated. The author has established the availability of a great deal of pathology that has been diagnosed only hysteroscopically.

Ключові слова: безпліддя, гістероскопія, біопсія, допоміжні репродуктивні технології.

Ключевые слова: бесплодие, гистероскопия, биопсия, вспомогательные репродуктивные технологии.

Key words: sterility, hysteroscopy, biopsy, supplemental reproductive technologies.

ВСТУП Сьогодні однією з актуальних проблем репродуктології є проблема підвищення ефективності лікування безпліддя методами допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), ефективність яких на даному етапі знаходиться в межах 20-30 %. Важливим є питання вибору методів діагностики патологічних станів порожнини матки та ендометрія – структур, які мають безпосередній вплив на процеси імплантації, плацентації та виношування вагітності [1].

Метою роботи було уточнення та обґрунтування доцільності застосування гістероскопії в програмі підготовки жінок з безпліддям до штучного запліднення.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Відповідно до поставленої мети було проведено гістероскопічне обстеження порожнини матки у 36 пацієнок віком від 26 до 43 років, яким було показано лікування безпліддя методами допоміжних репродуктивних технологій. Усім жінкам проведена рідинна гістероскопія