

[у 4 т.] Захворювання пародонта [Т.З.] / [Данилевський М.Ф., Борисенко А.В., Політун А.М. та ін.] - К.: Медицина, 2008. - 616 с.
 Царев В.Н. Антимікробна терапія в стоматології: руководство / В.Н.Царев, Р.В.Ушаков. - М.: Мед.информ.агентство, 2004. - 144 с.
 Muhlemann H.R. Gingival sulcus bleeding - a leading symptom in initial gingivitis / H.R.Muhlemann, S.Son / Helv. Odontol.Acta. - 1971. - Vol.15. - P. 107-110.
 Parma C. Parodontopathien / Parma C. - I.A.Verlag, Leipzig, 1960. - 203 s.

Исакова Н.М., Филимонов Ю.В., Исаков Ф.А., Кынина Е.С., Романяк И.В., Даных В.Н.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕЛЯ И ОПОЛАСКИВАТЕЛЯ С ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЭФФЕКТОМ У БОЛЬНЫХ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ПАРОДОНТИТОМ

Резюме. В данной статье исследована эффективность и проведена сравнительная оценка влияния противовоспалительного геля и ополаскивателя Тебодонт на состояние тканей пародонта и профилактику рецидивов воспалительных процессов в пародонте. Установлено, что гель и ополаскиватель Тебодонт обладает более выраженными противовоспалительными, противомикробными свойствами по сравнению с Метрогил Дента. Клинически доказано, что использование геля и ополаскивателя более 14 дней приводит к уменьшению количества пародонтопатогенных микроорганизмов, устраняет симптомы воспаления и позитивно влияет на течение генерализованного пародонтита.

Ключевые слова: гель и ополаскиватель Тебодонт, пародонтопатогенные микроорганизмы, генерализованный пародонтит.

Isacova N. M., Filimonov Y. V., Isacov F. A., Kynina O. S., Romanyac I. V., Danykh V. M.

EFFICACY OF ANTI-INFLAMMATORY GEL AND MOUTH RINSE FOR PREVENTIVE CARE AND TREATMENT OF PATIENTS WITH GENERALIZED PERIODONTITIS

Summary. In the article the comparative investigation of efficacy of anti-inflammatory gel and mouth rinse Tebodont on prevention recurrence inflammatory process in periodontium has been conducted. It has been revealed that the anti-inflammatory gel and mouth rinse Tebodont has an more expressed anti-inflammatory properties compared to the Metrogil Denta. It has been clinically proved that usage of anti-inflammatory gel and mouth rinse Tebodont during 14 days lead to the increasing of parodontopathological microorganism which remove inflammatory process and positively influence on the generalized periodontitis course.

Key words: Tebodont anti-inflammatory gel and mouth rinse, parodontopathological microorganism, generalized periodontitis.

Стаття надійшла до редакції 04.11.2013 р.

Исакова Наталья Михайлівна - к.мед.н., доц. кафедри стоматології дитячого віку кафедра стоматології дитячого віку Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 35-93-15;

Філімонов Юрій Вікторович - к.мед.н., доц. завідувач кафедри стоматології дитячого віку кафедра стоматології дитячого віку Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 35-93-15;

Исаков Пилип Анатолійович - лікар-стоматолог приватної стоматологічної клініки "Імпл плюс"; +38 097 35-39-876;

Кинина Елена Семеновна - к.б.н., лікар-бактеріолог Вінницького міського центру бактеріологічних досліджень; +38 0432 67-03-13;

Романяк Ирина Василівна - завідувач Вінницького міського центру бактеріологічних досліджень; +38 0432 67-03-13;

Даных Віталій Миколайович - асистент-сумісник кафедри стоматології дитячого віку Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 35-93-15.

© Кацал В.А.

УДК: 616.346.2-002.31-089

Кацал В.А.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра хірургії №2 (вул. Пирогова 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ПРОГРАМА КОМПЛЕКСНОГО ПЕРІОПЕРАЦІЙНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РОЗПОВСЮДЖЕНИЙ ГНІЙНИЙ ПЕРИТОНІТ

Резюме. Проведена порівняльна оцінка традиційної та оптимізованої лікувальних програм на основі спостереження за маркерами системного запалення, ендогенної токсемії та динаміки внутрішньоочеревинного тиску в 137 хворих з розповсюдженим гнійним перитонітом, визначено ефективність оптимізованої програми комплексного лікування, що дозволяла коригувати метаболічні розлади та суттєво зменшити частоту ускладненого перебігу післяопераційного періоду.

Ключові слова: традиційна та оптимізована програма лікування, розповсюджений гнійний перитоніт, ендогенна токсемія, системна запальна відповідь, внутрішньоочеревинний тиск, ускладнення післяопераційного періоду.

Вступ

Сучасний етап розвитку клінічної хірургії характеризується суттєвим прогресом технологічного та інноваційного рівня оперативних технологій та розвитком клінічної хімотерапії в лікуванні ургентної абдомінальної патології. Проте ці досягнення не мали кардинального впливу на показники загальної та післяопераційної летальності хворих з розповсюдженим гнійним пе-

ритонітом (РГП) [Гусак, 2004]. Складність проблеми лікування хворих з РГП полягає у загрозі прогресування синдрому поліорганної дисфункції, що виникає на тлі ендогенної токсемії та ентеральної недостатності в умовах постійного зростання рівня внутрішньоочеревинного тиску (ВОТ) [Campbell, 2006; Finfer, 2006; Hardaway, 2006]. А тому досягнення прогресу в лікуванні хворих з

РГП мають бути спрямовані на розробку оптимальних лікувальних програм, що спрямовані на корекцію ініціюючих поліорганну недостатність факторів [Kotzampassi, 2006; Kuo, 2006].

Мета дослідження - провести порівняльний аналіз результатів лікування хворих з РГП при застосуванні оптимізованої та традиційної програми на основі динамічного спостереження маркерів системного запалення, ендотоксемії та внутрішньоочеревинного тиску (ВОТ) та оцінки частоти післяопераційних ускладнень.

Матеріали та методи

У клініці хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова спостерігалося 137 хворих з ургентною хірургічною патологією, що ускладнилася розвитком РГП, що для досягнення поставленої мети дослідження були розподілені на репрезентативні за гендерно-віковими та нозологічним показниками та ступенем важкості контрольну (72 хворих, середній вік $47,2 \pm 3,72$ років) та основну (65 хворих, середній вік $48,1 \pm 4,26$) групи. Пацієнти жіночої статі становили 51 (45,5%) та чоловічої - 76 (55,5%) хворих. Оцінку важкості стану хворого здійснювали згідно інтегральних бальних шкал APACHE II ($12,7 \pm 2,12$ балів) та Мангеймського індексу перитоніту ($24,9 \pm 0,64$ балів). Середній термін основного захворювання, що призвів до розвитку явищ РГП, становив $45,5 \pm 7,47$ годин. Середня тривалість передопераційної підготовки становила $7,1 \pm 1,24$ годин. Важка супутня соматична патологія, що потребувала додаткової медикаментозної корекції, діагностовано у 93 хворих (67,9%).

Традиційна передопераційна підготовка хворих з РГП, що включає назогастральну декомпресію та інтенсивну інфузійну терапію, направлену на стабілізацію гемодинаміки та зменшення проявів ендотоксемії, показників водно-електролітного, кислотного-лужного та білкового обміну та корекцію діяльності основних вітальних систем організму, у хворих з РГП основної групи застосовувалася в вигляді запропонованої оптимізованої програми періопераційної курації, у відповідності до якої через назогастральний зонд з метою травної декомпресії вводили розчин сіметикону одномоментно 10 мл, а потім кожні 2 години по 5 мл додатково та здійснювали доопераційну абдомінальну декомпресію шляхом лапароскопічного дренажу очеревиної порожнини з виконанням перитонеального лаважу антимікробними чинниками (декасан, палісан) із швидкістю 1000 мл/годину (декларційний патент України на корисну модель №9326) з одночасним виконанням катетеризації ретроперіонеальної клітковини мікроіригаторами та регіонарною антибактеріальною терапією в комбінації з внутрішньотканинним електрофоретичним спрямуванням заряджених іонів антимікробних препаратів (декларційний патент України на корисну модель №9403).

Інтраопераційно для антеградної чи ретроградної інтестинальної інтубації застосовували запропонований інту-

баційний зонд (декларційний патент України на корисну модель №5428), що дозволяє здійснювати в післяопераційному періоді дозовану пролонговану ентеросанацію та ентеросорбцію та інтраінтестинальний медикаментозний електрофорез для зменшення проявів ентеральної недостатності та ендогенної токсемії.

Порівняльний аналіз ефективності запропонованої періопераційної лікувальної програми хворих з РГП здійснювали на основі динамічного моніторингу маркерів ендотоксемії (значення еритроцитів, гемоглобіну, сечовини, креатиніну, протеїнограми, лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ), гематологічного показника інтоксикації (ГПІ), молекул середньої маси (МСМ)) та системного запалення (температура, пульс, середній артеріальний тиск, С-реактивний протеїн (СРП), фактор некрозу пухлин - альфа (ТНФ-альфа), інтерлейкін-6 (ІЛ-6)) та вимірів ВОТ.

Формування та редагування бази даних проведено на "Pentium 4 PC" в середовищі "Windows XP Professional Second Edition" пакетом "Microsoft Excel". Обчислення статистичних показників та параметрів розподілу даних в цілому та по окремих групах виконано процедурою "Descriptive Statistics" за допомогою програмного пакета "Statistica for Windows - 6.0".

Результати. Обговорення

Клініко-лабораторний аналіз маркерів системного запалення та ендогенної токсемії і динамічний вимір ВОТ у хворих з РГП на етапі передопераційної підготовки та післяопераційного лікування виявив цілу низку відмінностей у досліджуваних величинах у хворих контрольної та основної груп.

На етапі госпіталізації в клініку перед початком передопераційної підготовки значення ВОТ, досліджуваних маркерів ендотоксемії та системного запалення вірогідної різниці значень не виявив, що й підтверджує репрезентативність вибірки контрольної та основної груп.

Проте, після виконання передопераційного лікування в традиційному варіанті у хворих контрольної та оптимізованому у хворих основної груп констатовано вірогідну різницю досліджуваних значень.

У контрольній групі хворих після проведення традиційної передопераційної підготовки рівень ВОТ не змінювався ($p > 0,05$). Тоді як в дослідній групі при госпіталізації хворих ВОТ був на рівні $24,8 \pm 1,85$ см вод. ст., то після проведення передопераційної підготовки знижувався до $20,1 \pm 1,76$ ($p < 0,05$).

Зниження ВОТ на доопераційному етапі завдяки оптимізованій передопераційній підготовці дозволило зупинити пускові ланки в формуванні ендогенної токсемії та ССЗВ у вигляді зниження їх окремих маркерів. Так була виявлена вірогідна різниця значень в основній групі хворих у вигляді зниження ЛІІ з $7,51 \pm 0,76$ ум. од. до $6,02 \pm 0,37$, ГПІ з $25,98 \pm 4,28$ ум. од. до $19,17 \pm 1,64$ ($p < 0,05$), дозволяло зменшити частоту пульсу з $120,2 \pm 4,32$ /хв. до $106,1 \pm 4,2$ ($p < 0,01$), кількість лейкоцитів з

16,2±2,19 x10⁹/л до 11,2±1,41 (p<0,05), а також підвищити САТ з 83,3±2,31 мм рт. ст. до 89,4±1,93 (p<0,05).

Отримані дані засвідчили, що розроблений спосіб передопераційної підготовки хворих з РГП дозволяє частково знизити рівень ендогенної інтоксикації та зменшити прояви системної запальної відповіді на доопераційному етапі, що створює умови для більш сприятливих умов виконання етапу оперативної корекції джерела перитоніту та формує засади для сприятливого перебігу післяопераційного періоду в цілому.

Подальше спостереження в післяопераційному періоді за досліджуваними показниками також констатувало про наявність вірогідної різниці між показниками контрольної та основної груп хворих з РГП.

Показники ВОТ мали швидку динаміку і достовірно різнилися від показників контрольної групи. Так, вже через добу після операції рівень ВОТ зменшувався і був достовірно нижчим (p<0,05), ніж в групі контрольній групі, і складав 11,6±1,62 см вод. ст. проти 16,6±1,65. Тенденція до зниження ВОТ спостерігалась на 5, 9 та 12 доби спостереження і склали 9,2±1,26, 5,1±0,92 і 2,9±0,58 відповідно, при цьому різниця між показниками контрольної групи була достовірною (p<0,01) і зберігалась до закінчення терміну стаціонарного лікування (3,2±0,36; 1,5±0,22 см вод. ст. (p<0,001)).

Спостереження за динамікою ШОЕ виявило вірогідну різницю значень з 12 доби післяопераційного періоду та до виписки хворого (контрольна група - 32,2±4,5; 21,7±1,9; основна - 21,1±3,2 (p<0,05); 12,9±2,1 (p<0,01).

Подібна тенденція була характерна для післяопераційної динаміки значень еритроцитів та гемоглобіну, коли вірогідна різниця значень виявлена з 12 доби та зберігалась до виписки з стаціонару.

Про покращення білоксинтезуючої функції печінки та відновлення її основних функцій свідчило достовірне збільшення загального білка у хворих основної групи з 9 доби (63,6±0,86) (в контрольній - 54,7±0,94 (p<0,001)). На 12 добу зросла до 68,7±0,92 г/л і перед випискою стала 72,4±0,87 г/л, це відповідало нормальному показнику і було вище за контрольну групу (p<0,001).

Показники сечовини і креатиніну зменшувались з 9 доби (7,39±0,26 ммоль/л та 92,3±4,24 мкмоль/л) в основній групі, що було нижчим (p<0,05) за контрольну групу. Тоді як, у хворих контрольної групи значення сечовини та креатиніну нормалізувались лише з 12 доби і на момент виписки становили відповідно 7,23±0,2 ммоль/л і 91,7±3,27 мкмоль/л, що достовірно (p<0,001) відрізнялося від показників основної групи.

Після проведення оперативного втручання на 1 добу мало місце підвищення рівня ЛПІ в обох групах до 7,94±0,52 ум. од в контрольній групі та 6,56±0,46 в основній групі, хоча достовірно менше (p<0,05). На 5 добу ЛПІ знижувався до 4,82±0,27, тоді як в контрольній групі до 6,58±0,34 (p<0,05). На 9 добу різниця між показниками стала ще більш достовірною (p<0,001) (2,62±0,2 в основній і 4,88±0,24 в контрольній) та зберігалась до

закінчення терміну стаціонарного лікування, наближаючись до нормальних значень у хворих основної групи.

З першої післяопераційної доби рівень ГПІ у хворих основної групи достовірно (p<0,05) зменшився до 22,16±1,62 ум. од., а значення в контрольній групі залишилися на рівня при госпіталізації хворих. В подальшому у хворих основної групи рівень ГПІ знижувався більш інтенсивно і був меншим весь період спостереження (p<0,001), а перед випискою складав 2,26±0,32 проти 3,92±0,26 (p<0,001) у хворих контрольної групи.

Динаміка змін МСМ також підтвердила ефективність оптимізованого лікування хворих основної групи. Відмічалась тенденція до росту цього показника до 1 доби післяопераційного періоду в обох групах без різниці між ними (p>0,05). На 5 добу рівень МСМ знижувався в обох групах, але в основній групі був нижчим і складав 0,345±0,012 і 0,402±0,014 (p<0,01) відповідно. На 9 та 12 добу в основній групі 0,294±0,012, 0,236±0,012 на відміну від контрольної групи 0,387±0,012, 0,306±0,014 (p<0,001) відповідно. Перед випискою в основній групі не різнився від норми, складаючи 0,201±0,01, що менше за контрольну групу 0,256±0,01 (p<0,001).

Разом із зниженням показників ендотоксемії приходили до норми маркери ССЗВ. Різниця температурної реакції, починаючи з 5 післяопераційної доби, набувала достовірних значень (p<0,05). У контрольній групі хворих на 9 добу температура тіла складала 37,3±0,14°C, що було вище (p<0,05), ніж в основній групі. І тільки з 12 доби різниця температури була недостовірною (p>0,05).

Після оперативного втручання відмічалось зростання частоти серцевих скорочень в обох групах хворих. Через 5 днів після операції пульс в основній групі 98,2±3,46/хв., а в контрольній 109,4±3,68/хв. (p<0,05). В основній групі нормалізація пульсу спостерігалась починаючи з 9 доби, залишаючись достовірно нижчою (p<0,05) впродовж терміну спостереження і тільки перед випискою хворих показник набував нормальних значень в обох групах спостереження.

У післяопераційному періоді різниця між САТ в основній і контрольній групах була достовірною (p<0,05) на 1 добу - 79,9±2,42 та 87,3±2,12 відповідно, на 5 добу - 93,7±2,23 (p < 0,01) і на 12 добу.

Починаючи з 9 доби відмічалось достовірне зменшення (p<0,05) кількості лейкоцитів в порівнянні з контрольною групою 9,1±0,96x10⁹/л та 12,3±1,52x10⁹/л відповідно. На 12 добу спостереження в контрольній групі показник склав 10,6±0,84x10⁹/л, а в основній 8,3±0,62x10⁹/л (p<0,05) наближався до нормальних показників. Перед випискою в дослідній групі кількість лейкоцитів складала 6,2±0,41x10⁹/л проти 8,6±0,53x10⁹/л (p<0,01) в контрольній.

СРП на 9 добу спостереження в основній групі хворих (p<0,05) знижувався до 24,3±1,76 мг/л, тоді як в контрольній групі його кількість складала 30,3±1,82 і продовжувала знижуватись до 12 доби до 16,4±1,42

($p < 0,001$), залишаючись нижчими до терміну закінчення стаціонарного лікування.

Починаючи з 9 доби відмічалась різниця ($p < 0,01$) між показником в основній групі $15,1 \pm 0,86$ нг/л проти $18,9 \pm 1,02$ в контрольній групі, передвипискою $8,5 \pm 0,46$, тоді як в контрольній групі цей показник залишався високим, складаючи $12,3 \pm 0,51$ ($p < 0,001$).

Спостерігалась тенденція до росту ТНФ з моменту госпіталізації до 5 післяопераційної доби з $284 \pm 25,2$ до $314 \pm 23,6$ нг/л в контрольній групі і $272 \pm 16,3$ до $302 \pm 19,1$ в основній групі ($p > 0,05$). Починаючи з 9 доби спостереження показник в основній групі стрімко зменшувався до $198 \pm 12,6$ і був нижчим від 251 ± 17 в контрольній ($p < 0,05$). Більш виражена різниця між показниками ТНФ була з 12 доби - $192 \pm 14,7$ в контрольній та $134 \pm 10,2$ в дослідній ($p < 0,01$) і з вірогідною різницею значень зберігалася до завершення терміну стаціонарного лікування.

Порівняльний аналіз клінічного перебігу післяопераційного періоду у хворих основної групи, яким застосовувалась оптимізована програма пері операційного лікування, встановлено, що післяопераційний період мав більш сприятливий перебіг за контрольну групу, де застосовувалась традиційна програма лікування. Перистальтика травного каналу відновлювалась на $2,9 \pm 0,3$ доби в основній групі проти $3,8 \pm 0,5$ ($p < 0,05$) в контрольній. Гази відходили на $3,4 \pm 0,3$ доби в основній проти $4,1 \pm 0,6$ ($p < 0,05$) в контрольній.

Позитивні зміни клінічного перебігу та моніторингу маркерів системного запалення та ендотоксемії мали підтвердження при визначенні змін очеревинної забрудненості у хворих основної групи. Вже з 3 доби після

операції посіви перитонеального вмісту хворих основної групи давали ріст мікроорганізмів $8,7 \times 10^4 \pm 1,2 \times 10^4$ КУО/мл, що було менше ($p < 0,01$) за контроль. На 5 добу кількість бактерій складала $5,1 \times 10^2 \pm 0,9 \times 10^2$ КУО/мл, що також було достовірно нижчим ($p < 0,05$), ніж у групі хворих, які лікувались традиційними методами. На 7 добу в дослідній групі одиничні бактерії були висіяні тільки у 4, тоді як в контрольній групі мікроорганізми визначались у 23 хворих і їх кількість складала $2,2 \times 10^2 \pm 0,3$.

Аналіз спостережень констатував, що застосування у хворих з РГП основної групи розробленої лікувальної програми дозволило зменшити кількість гнійно-септичних раньових ускладнень з 75% до 42,0% ($p < 0,01$), респіраторних ускладнень з 41,0 % до 24,4% ($p < 0,01$), кількість РЛ на 9,8 % ($p < 0,05$), терміни стаціонарного лікування хворих з $37,4 \pm 3,2$ до $25,1 \pm 2,8$ ($p < 0,05$) діб та післяопераційну летальність з 29,9% до 15,4% ($p < 0,05$).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Застосування опрацьованої програми комплексного лікування хворих з РГП дозволяє зменшити терміни лікування та кількість повторних оперативних втручань, супроводжується зниженням показників загальної та післяопераційної летальності та зменшити прояви ендотоксемії, системної запальної відповіді та абдомінальної гіпертензії.

Подальші наукові доробки будуть спрямовані на визначення об'єктивних критеріїв ускладненого перебігу післяопераційного періоду з опрацюванням індивідуалізованих схем курації на основі метаболічних порушень, важкості стану та соматичної патології.

Список літератури

- Гусак І.В. Визначення, частота та головні причини виникнення абдомінального сепсису /І.В.Гусак //Харківська хірургічна школа. - 2004. - №4(13). - С. 59-62.
- Benefits of synbiotic formula (Synbiotic 2000Forte) in critically ill trauma patients: early results of a randomized controlled trial /K.Kotzampassi, E. J. Giamarellos-Bourboulis, A.Voudouris [et al.] //World J. Surg. - 2006. - №30(10). - P. 1848-1855.
- Campbell J.E. Clinical peritoneal dialysis solutions modulate white blood cell-intestinal vascular endothelium interaction /J.E.Campbell, R.N.Garrison, el R.Zakaria //Am. J. Surg. - 2009. - №192(5). - P. 610-616.
- Comparison of the effects of thoracic epidural analgesia and i.v. infusion with lidocaine on cytokine response, postoperative pain and bowel function in patients undergoing colonic surgery /C.P.Kuo, S.W.Jao, K.M.Chen [et al.] //Br. J. Anaesth. - 2010. - №97(5). - P.640-646.
- Effects of baseline serum albumine concentration on outcome of resuscitation with albumine or saline in patients in intensive care units: analysis of data from the saline versus albumine fluid evaluation (SAFE) study /S.Finfer, R.Bellomo, S.McEvoy [et al.] //BMJ. - 2011. - №333 (7577). - P. 1044.

Кацал В.А.

ПРОГРАММА КОМПЛЕКСНОГО ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАЗЛИТЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Резюме. Выполнена сравнительная оценка традиционной и предложенной предоперационных лечебных программ на основании наблюдения за маркерами системного воспаления, эндогенной интоксикации и динамики уровня внутрибрюшного давления у 137 больных с разлитым гнойным перитонитом, установлена высокая эффективность оптимизированной программы комплексного лечения, которая позволяла выполнить коррекцию возникающих метаболических нарушений и существенно снизить частоту осложненного течения послеоперационного периода.

Ключевые слова: традиционная и оптимизированная программа лечения, разлитой гнойный перитонит, эндогенная интоксикация, системная воспалительная реакция, внутрибрюшное давление, осложнения послеоперационного периода.

Katsal V.A.

THE PROGRAMS OF COMPLEX PERIOPERATIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH TOTAL PURULENT PERITONITIS

Summary. The comparative mark of the traditional and offered preoperative medical programs was carried out on the base of the observation by the markers of the system inflammatory, the endogenous intoxication and the dynamic of the intrauterine

pressure of 137 patients with total purulent peritonitis, the high effect of the optimized program of the complex treatment was established, which allowed us to perform the correction of the appearing metabolic disease and to reduce sufficiently the frequency of the complicated running in the postoperative period.

Key words: traditional and optimization treatments programs, total purulent peritonitis, endotoxemia, systemic inflammatory response, intraabdominal pressure, complications of postoperative period.

Стаття надійшла до друку 19.11.2013 р.

Кацал Віталій Анатолійович - к.мед.н., доцент кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; am034892@mail.ru

© Тарасюк С.А.

УДК: 612.63:616.67

Тарасюк С.А.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра акушерства та гінекології №2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ПРИ НЕУСКЛАДНЕНИХ ІНФЕКЦІЯХ СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

Резюме. Представлені результати лікування безсимптомної бактеріурії у 54 вагітних без супутніх захворювань, 28 з яких протягом 7 днів 4 рази на добу отримували ампіцилін і 26 вагітних, яким проводили терапію монуралом. Встановлено, що безсимптомна бактеріурія у вагітних після лікування монуралом визначалась достовірно рідше порівняно із лікованими ампіциліном (25% проти 3,85%; $p < 0,05$).

Ключові слова: вагітні, інфекція сечовивідних шляхів.

Вступ

Незважаючи на значну кількість наукових досліджень та прогрес у створенні нових антибактеріальних засобів, проблема інфекції сечових шляхів (ІСШ) жінок дотепер залишається актуальною. Серед причин, що обумовлюють важливість ІСШ можна виокремити їх високу поширеність, схильність до рецидивування та загрозливі наслідки для репродуктивного здоров'я жінки. До інфекцій нижніх сечових шляхів належать уретрит та цистит, верхніх - пієлонефрит. Неускладнені інфекції сечовивідних шляхів виникають у хворих при відсутності будь-яких порушень відтоку сечі із нирок чи сечового міхура, без структурних змін в нирках або сечових шляхах і без суттєвих супутніх захворювань. ІСШ - це наявність бактерій у сечі (бактеріурія) в поєднанні із запальною реакцією епітелію сечових шляхів. Частота запальних захворювань сечо-статевих органів жінок не знижується і становить 55-70% випадків у структурі всіх гінекологічних захворювань, з яких 40-50% - припадає на вагінальні інфекції. Запальні захворювання є найчастішою причиною негормонального безпліддя, ектопічних вагітностей, можуть призводити до патології шийки матки (ектопії, дисплазії) та лейоміоми матки.

ІСШ відноситься до числа станів, які часто зустрічаються у вагітних. Гострота проблеми у вагітних обумовлена явною гіпердіагностикою і, часто, неадекватністю призначуваного лікування та наслідками [Медведь, Туманова, 2007]. Поширеність безсимптомної бактеріурії серед вагітних становить близько 8%, гострої інфекції нижніх сечових шляхів - 1-4%, верхніх - 1-2,5% [Nicolle et al., 2005; Smaill, 2001]. Відомо, що незважаючи на відсутність клінічної картини, безсимптомна бактеріурія при вагітності в 20-30% випадках провокує розви-

ток циститу і пієлонефриту та потребує специфічного лікування. За даними ряду авторів безсимптомна бактеріурія діагностується в середньому у 6% (2-13%) випадків, гострий цистит, гострий пієлонефрит в 1-2%, хронічний пієлонефрит зустрічається у 10-30% вагітних [Боровкова и др., 2010; Delzell, Lefevre, 2000; Smaill, 2003; Nicolle et al., 2005]. При цьому частота гострих маніфестних ІСШ, зокрема пієлонефриту, залежить від виявлення та лікування у вагітних безсимптомної бактеріурії: у разі активного лікування менше ніж у 5% таких жінок клінічно розвивається ІСШ, за відсутності лікування - у 15-57% [Энкин и др., 2003].

Клінічне значення ІСШ у вагітних полягає у підвищенні ризику передчасних пологів (у 2 рази), народження дітей з низькою масою тіла (в 1,5 рази), фетоплацентарної недостатності, захворювання плода та новонародженого, неонатальної смертності, а також виникненню хронічної ІСШ у майбутньому [Набер и др., 2002; Энкин и др., 2003].

Слід зазначити, що у 40% випадків трапляються хибно-позитивні результати та призначається зайве антибактеріальне лікування, ймовірно, у зв'язку з тим, що бактеріологічне дослідження сечі досить кошторисне і тому не завжди виконується обов'язкова умова постановки діагнозу - проведення повторного засіву з метою підтвердження результату, тобто виділення в обох засівах ідентичного збудника [Nicolle et al., 2005]. Окрім того, досить поширеною є практика діагностики пієлонефриту лише на підставі змін в аналізі сечі (піурії), що є недопустимим. Необґрунтованість призначень антибактеріального лікування зумовлена, в тому числі, і тим, що лікарі нерідко при вагітності кваліфікують ІСШ як