

парату. По закінченню 14 денного курсу лікування досліджуваним і референтним препаратом і подальшого 8 тижневого спостереження за даними кольпоцервікоскопії з цитологічним, вірусологічним, імунологічним дослідженням показано, що препарат Протефлазид® (супозиторії), має добрий профіль ефективності та безпеки і за терапевтичною ефективністю не поступається препарату порівняння Протефлазид® (краплі), у вигляді вагінальних тампонів з розчином препарату. Препарат Протефлазид® (супозиторії), рекомендований для впровадження в практику охорони здоров'я як ефективний і безпечний засіб для лікування хворих з дисплазією епітелію шийки матки, що обумовлена папіломавірусної інфекцією.

Ключові слова: Протефлазид® (супозиторії), Протефлазид® (краплі), папіломавірусна інфекція, дисплазія епітелію шийки матки.

SUMMARY

TERAPEUTIC EFFECTIVENESS OF THE PROTEFLASID®, IN PATIENTS SUFFERED FROM EPITHELIAL DYSPLASIA OF THE CERVIX

The article represented materials of comparative clinical trial of the effectiveness and

tolerability of Proteflasid®, suppository and Proteflasid®, drops in patients suffered from epithelial dysplasia of the cervix, elicited by Papilloma Viral Infection. The 76 women have taken participation in study. For patients of main group (n = 38) have been prescribed study drug Proteflazyd® (suppository), for control group (n = 38) – drug Proteflazyd® (drops) in vaginal swab with drug solution.

After 14-th day of care and proceeding 8-th weeks observation according to results of colposcopy-cervicoscopy with cytological, virological, immunological study's principal investigator made the conclusion drug Proteflasid® (suppository) possess good effectiveness and safety profiles which equals or betters to Proteflazyd® (drops) in vaginal swab with drug solution. The drug Proteflazyd® (suppository) is recommended for implementation to wide clinical use as effective and safety drugs for treatment of patients with epithelial dysplasia of the cervix, elicited by Papilloma Viral.

Keywords: Proteflasid® (suppository), Proteflasid® (drops) Papilloma Viral Infection, epithelial dysplasia of the cervix.

УДК 618.29:613.2

КАМІНСЬКИЙ В.В.^{1,2}, ШВЕЦЬ О.В.³, ГЕРВАЗЮК О.І.¹

¹Кафедра акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО, імені П.Л.Шупика,

²Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини,

³ДП «Державний науково-дослідний центр з проблем гігієни харчування МОЗ України»

ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧУВАННЯ ВАГІТНИХ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

У статті наведені принципи раціонального харчування під час гестації, ґрунтуючись на змінах в організмі вагітної жінки. Представлена модель правильного харчування, як допомога лікарям щодо адаптації дієти вагітних з метою попередження клінічних прояв дисфункції травної системи та мінімального застосування фармакотерапії при фізіологічному перебігу вагітності.

Ключові слова: правильне харчування, фізіологія травлення, вагітність.

Сучасні лікарі докладають багато зусиль для опанування сучасними діагностичними і лікувальними технологіями. Багато уваги фахівців привертають досягнення фармакологічної індустрії. Таким чином, значна частина спілкування і ведення пацієнтів присвячується високотехнологічним діагностичним і терапевтичним маніпуляці-

ям, призначенню численних фармакологічних препаратів.

Водночас, наші пацієнти прагнуть взагалі обійтись без прийому ліків або виконання складних маніпуляцій. Тому сучасний лікар повинен бути озброєним знаннями і навичками із профілактики патологічних станів. Значну частину таких втручань

складають рекомендації із корекції способу життя. Кожна жінка, яка не планує вагітність, розмірковує про це, докладає зусиль, щоб завагітніти, вже вагітна або народила і годує груддю, потребує поради по харчуванню, фізичній активності, відмові від шкідливих звичок.

Дієта і харчування – це питання, яке завжди цікавить здорових людей і наших пацієнтів. Слід намагатись максимально використати потенціал від практичних рекомендацій щодо обґрунтованих необхідних змін у харчуванні. Особливо важливою проблемою є належна організація харчування

вагітних жінок. Значні зміни у фізіологічних потребах жінки, разом із постійно зростаючими потребами плода, потребують перегляду звичайного раціону. Крім того, слід враховувати зміни, які відбуваються у фізіології травлення.

Протягом вагітності відбувається перебудова низки фізіологічних процесів, що спричинює функціональні зміни практично у всіх органах та системах організму жінки шляхом регуляції нейроендокринної системи. Основні зміни фізіології травлення у вагітних наведені у таблиці 1.

Таблиця 1

Особливості фізіології травлення вагітної жінки

Зміни секреції та абсорбції у системі травлення вагітних	Вагітність не впливає або впливає незначно на процеси секреції і абсорбції у травній системі
Вплив вагітності на гастроінтестинальну моторику	Зміни моторики відмічаються на всьому протязі шлунково-кишкового тракту і пов'язані із зростанням кількості статевих гормонів
Зміни анатомічного розташування органів	Збільшена матка на останніх термінах вагітності зумовлює порушення анатомічного розташування кишечника, що може спричинити певні розлади: від закріпів до атипової клініки гострого апендициту
Трактування результатів лабораторних і візуальних тестів	Для точної інтерпретації результатів загальноклінічних, біохімічних та інших досліджень слід користуватись нормами для вагітних

Під час вагітності значно зростає синтез і секреція стероїдних гормонів, які впливають на травну систему, змінюючи моторну функцію деяких її органів. Зокрема, прогестерон знижує тонус гладкої м'язової тканини стравоходу, шлунку і кишечника.

Гормональні зміни разом із анатомічними можуть спричинити виникнення таких симптомів як печія. Збільшена матка зміщує шлунок і анатомічно змінює градієнт тиску між черевною порожниною та грудною клітиною. Тонус нижнього стравохідного сфінктеру знижується за рахунок високого рівня прогестерону і зниження пептидного гормону мотиліну. Підвищений тиск у шлунку призводить до рефлюксу шлункового вмісту до стравоходу [6].

Також встановлено послаблення автоматичної ритмічної діяльності кишечника у вагітних внаслідок підвищення порогу збудливості його рецепторів до біологічно активних речовин. Простагландини, впливаючи на тонус гладкої мускулатури, мають потенціуючий вплив на діяльність кишечника. Однак, при вагітності останній набуває толерантності до звичайних фізіологічних подразників. Це біологічно виправдано, оскільки при спільній з маткою іннервації

будь-яке надмірне посилення перистальтики могло б спровокувати скоротливу діяльність матки, викликавши тим самим загрозу переривання вагітності [4].

Проведені дослідження (Christofides ND, 1982) встановили, що секреція гормону мотиліну, який активує гладкі м'язи і стимулює пересування по шлунково-кишковому тракту, знижена у вагітних жінок. У роботі Lawson M та ін. було доведено, що транзитний час по тонкому кишечнику значно збільшується протягом кожного триместру вагітності (перший триместр 125 ± 48 хв; другий триместр 137 ± 58 хв; третій триместр 75 ± 33 хв) і після пологів поступово повертається до вихідного рівня. Це пов'язане з підвищенням рівня прогестерону під час нормальної вагітності [8].

З першого тижня вагітності збільшується концентрація у сироватці крові холестерину і його фракцій, що призводить до підвищення літогенності жовчі. Разом із зростанням кількості холестерину відбувається зниження концентрації жовчних кислот. У результаті виникають умови для утворення конкрементів жовчного міхура [2].

Збільшення об'єму плазми крові при вагітності, посилення ниркової фільтрації,

а також підвищення витрат і потреби у вітамінах і мінеральних речовинах пояснює зниження їх вмісту в крові [1].

Найпоширенішими скаргами, що відображають дисфункцію травної системи, при виключенні патологічного процесу, є нудота, печія, запори, відчуття абдомінального дискомфорту в області живота тощо.

При інтерпретації результатів лабораторних і візуальних досліджень, у тому числі тих, що відображають стан органів системи травлення, слід враховувати фізіологічні зміни, які відбуваються протягом вагітності, та відповідні нормативні показники.

Клінічні прояви, пов'язані зі змінами у функціонуванні травної системи під час гестації, можуть значною мірою бути попереджені та скореговані за рахунок адаптації дієти вагітної. Адже, прийом будь-яких фармакологічних препаратів є небажаним у цей час та має залишатись у якості останнього вибору.

Неоптимальне харчування може призвести до таких патологічних станів як дефіцит маси тіла, або навпаки її надлишок,

недостатність мікроелементів та інших корисних речовин з відповідними акушерськими та перинатальними ускладненнями. Так, при індексі маси тіла більше 30 кг/м² підвищується ризик розвитку наступних патологічних станів: преєклампсія, синдром затримки росту плода, макросомія, синдром раптової смерті плода [7,9]. Навпаки, у вагітних з дефіцитом маси тіла найчастіше виявляються самовільні викидні та передчасні пологи, а також народження дітей з низькою масою тіла порівняно з іншими соматотипами вагітних [3,5].

Водночас, харчування має визначальний вплив на перебіг вагітності і на здоров'я ще ненародженої дитини.

Збалансована та адекватна за калорійністю дієта забезпечує нормальний набір ваги протягом вагітності, вчасне народження здорової дитини.

Для поліпшення якості виконання рекомендацій із харчування розроблена дуже проста і зручна модель правильного харчування, яка має назву «Здорова тарілка» (рис. 1).



Рис. 1. Модель «здорової тарілки»

Призначення цієї моделі – це заохочення споживання збалансованого набору здорових продуктів разом із корисними напоями під час кожного прийому їжі.

Режим харчування повинен включати в собі три регулярних основних прийоми їжі на день та перекуси, коли жінка відчуває голод.

Фрукти та овочі є обов'язковими для споживання під час усіх головних прийомів їжі та перекусів. Серед інших корисних речовин вони містять:

- Фолієву кислоту, яка приймає участь у формуванні плаценти, росту та розвитку дитини, особливо мозку та нервової системи;
- Вітамін С, який допомагає організму засвоювати залізо;

- Харчові волокна, що забезпечують нормальну функцію кишечника та належний рівень цукру в крові.

Ця група продуктів корисна у будь-якому вигляді: свіжі, сушені, морожені, консервовані.

Злакові продукти включають дуже великий асортимент від хліба до гречаної каші. Вони постачають:

- Крохмаль та цукор – важливі джерела енергії;
- Вітаміни групи В, залізо, цинк, магній, вітамін Є;
- Харчові волокна, які допомагають у розвитку та роботі серцево-судинної, травної та нервової системи дитини.

Молоко, кисломолочні продукти та сир є головним джерелом таких речовин, як:

- Кальцій та фосфор, що є абсолютно необхідними для формування та здоров'я кісток та зубів малюка;
- Білку, якій забезпечує формування органів та м'язів.

Споживання молочних продуктів має бути під час кожного прийому їжі у кількості понад 500 мл на добу.

М'ясо та продукти, що адекватні йому за харчовою цінністю, є важливим джерелом енергії та харчових речовин. Серед інших вони є постачальниками:

- Білків, які допомагають у розвитку та рості органів та м'язів, а також у їх відновленні;
- Заліза, необхідного для утворення крові;
- Омега-3 та Омега-6 жирних кислот, які приймають активну участь у розвитку мозку та органу зору та інших важливих органів малюка.

Необхідно споживати не лише м'ясо, є продукти, що дуже подібні йому за харчовою цінністю та навіть мають певні переваги – це бобові, риба, яйця та горіхи. Морська риба має бути в раціоні один-два рази на тиждень. Не слід вживати окремі типи риби, яка може містити велику кількість ртуті. До них належать акула, меч-риба, королівська скумбрія та кафельник.

Норми споживання енергії та важливих харчових речовин, які прийняті у деяких розвинутих країнах:

- кількість калорій повинна бути збільшена на 340 ккал/день у другій третині вагітності та на 452 ккал/день у останній третині в порівнянні із рекомендованим споживанням до вагітності;
- вагітна жінка повинна споживати 1,1 г білка на кг власної ваги щоденно;
- рівень споживання вуглеводів складає 175 г/день у порівнянні з 130 г/день для невагітних жінок, слід віддавати перевагу складним вуглеводам та обмежувати вживання простих, таких як цукор;
- для попередження дефіциту заліза вагітна жінка без анемії повинна споживати від 15 мг/день до 30 мг/день заліза;
- рекомендоване добове надходження кальцію для вагітних жінок у віці від 19 до 50 років складає 1000 мг. Вагітні, молодші 18-ти років, мають споживати 1300 мг кальцію;

- для забезпечення нормального розвитку нервової системи малюка необхідно додатково до збалансованої дієти отримувати 600 мкг фолієвої кислоти з дієтичними добавками щоденно;
- щоденне споживання йоду вагітними жінками має бути на рівні 250 мкг.

Вага тіла перед вагітністю та її набір під час виношування дитини мають вплив на перебіг вагітності та вагу дитини при народженні.

Набір ваги до кінця перебігу вагітності вважається нормальним при наступних його показниках:

- Індекс маси тіла (ІМТ - відношення ваги до квадрату росту) перед вагітністю менше 18,5 кг/м² (недостатня вага) – нормальний набір ваги від 12,5 до 18,0 кг;
- ІМТ від 18,5 до 24,9 кг/м² (нормальна вага) – нормальним є набір 11,5 – 16,0 кг;
- ІМТ від 25,0 до 29,9 кг/м² (зайва вага) – набір ваги має бути в межах від 7,0 до 11,5 кг;
- ІМТ понад 30,0 кг/м² (ожиріння) – набір ваги має бути від 5,0 до 9,0 кг.

Рекомендованим потижневим набором ваги у другу та третю третину (13-40 тижднів вагітності):

- ІМТ менше 18,5 кг/м² (недостатня вага) – 500 (400 – 600) г/тиждень;
- ІМТ від 18,5 до 24,9 кг/м² (нормальна вага) – 400 (350 – 450) г/тиждень;
- ІМТ від 25,0 до 29,9 кг/м² (зайва вага) – 270 (220 – 315) г/тиждень;
- ІМТ понад 30,0 кг/м² (ожиріння) – 220 (180 – 270) г/тиждень.

При багатоплідній вагітності рекомендований наступний набір ваги:

- ІМТ менше 18,5 кг/м² (недостатня вага);
- ІМТ від 18,5 до 24,9 кг/м² (нормальна вага) – 16.8–24.5кг;
- ІМТ від 25,0 до 29,9 кг/м² (зайва вага) – 14.1–22.7кг;
- ІМТ понад 30,0 кг/м² - 11.4–19.1кг.

Окремим, надзвичайно важливим питанням постає безпечність харчування вагітних жінок. Виникнення харчових отруєнь і кишкових інфекцій є ще більш небажаним при вагітності, зважаючи на обмеження у використанні фармакотерапії. Для гарантування харчової безпеки слід дотримуватись звичайних правил:

- Забезпечення чистоти всього, що має контакт з їжею: від рук до посуду, а також ретельне миття рослинних харчових продуктів;
- Окреме розташування готових страв і сирих харчових продуктів;
- Належні умови транспортування і зберігання продуктів і страв, включаючи температурний режим;
- Приготування страв за умови адекватної температури і належної кулінарної обробки;
- Придбання і вживання лише якісних продуктів і страв.

У вагітних жінок існує підвищений ризик генералізації небезпечних інфекцій, спричинених *Escherichia coli*, *Listeria monocytogenes* та деякими іншими патогенами.

Тому, окрім дотримання основних принципів безпечного харчування, доцільно рекомендувати вагітним жінкам наступні заходи харчової безпеки:

- Не споживати м'ясопродуктів і страв із м'яса без їх повноцінного розігрівання, не використовувати для цієї мети мікрохвильову піч, так як можливе нерівномірне розігрівання м'ясних страв;
- Не споживати салати із м'ясом, яйцями, рибою і морепродуктами, приготовлені у кулінарії;
- Уникати вживання м'якого сиру: фета, брі, камамбер, сирів з пліснявою, якщо на їх пакуванні точно не зазначено, що вони вироблені з пастеризованого молока.
- Не вживати паштетів з м'яса, які зберігаються у холодильнику. Вживання консервованих паштетів можливе.
- Не споживати копчених морепродуктів і риби, які повинні зберігатись у холодильнику і продаються у холодильних камерах.
- Бактерії, включаючи *Listeria monocytogenes*, можуть зростати та розмножуватись за низьких температур. Не можна вживати раніше відкритих продуктів, навіть якщо вони знаходились у холодильнику.

Висновок

Адекватне за калорійністю, збалансоване і безпечне харчування є важливим

внеском у здоров'я вагітної жінки. Медичні працівники повинні приділяти достатньо часу для обговорення питань, пов'язаних із харчуванням, з вагітними. Поради, які надаються під час консультацій, повинні бути науково-обґрунтованими, зрозумілими і легко відтворюваними у повсякденному житті. Слід пам'ятати також і про задоволення, яке вагітна отримує від харчування. Заборона багатьох улюблених продуктів і страв, особливо необґрунтована є контрпродуктивною і призводить до невиконання Ваших рекомендацій.

ПЕРЕЛІК ЛІТЕРАТУРИ

1. Комшилова К.А., Дзгоева Ф.Х. Беременность и ожирение // Ожирение и метаболизм. – 2009. - №4. – С. 9 – 13.
2. Мироджова С.Г. Особенности течения беременности и родов при ранней стадии желчно-каменной болезни - Дис. на соискание ученой степени кандидата мед. наук, Душанбе, 2006.
3. Савкина Е.А., Сычева О.Ю. Влияние дефицита массы тела на исход беременности // Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI Веке». – 2010. - №9. – С. 465 – 466.
4. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. - М.: Триада-Х, 2003. - 816 с.
5. Abenheim HA, Kinch RA, Morin L, Benjamin A, Usher R. Effect of prepregnancy body mass index categories on obstetrical and neonatal outcomes. Arch Gynecol Obstet. 2007;275:39-43.
6. Arvydas Vanagunas, MD Gastrointestinal Complications in Pregnancy, Vanagunas, A, Glob. libr. women's med., (ISSN: 1756-2228) 2008; DOI 10.3843/GLOWM.10172.
7. Kristensen J, Vestergaard M, Wisborg K, Kesmodel U, Secher NJ. Pre-pregnancy weight and the risk of stillbirth and neonatal death. BJOG. 2005; 112(4):403-408.
8. Lawson M, Kern F Jr, Everson GT: Gastrointestinal transit time in human pregnancy: Prolongation in the second and third trimesters followed by post-partum normalization. Gastroenterology 89:996-999, 1985.

9. *Nohr EA, Vaeth M, Bech BH, Henriksen TB, Cnattingius S, Olsen J. Maternal obesity and neonatal mortality according to subtypes of preterm birth. Obstet Gynecol. 2007;110(5):1083–1090.*

минимального использования фармакотерапии при физиологическом течении беременности.

Ключевые слова: правильное питание, физиология пищеварения, беременность.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ

*КАМИНСКИЙ В.В., ШВЕЦ О.В.,
ГЕРВАЗЮК О.И.*

В статье приведены принципы рационального питания во время гестации, основываясь на изменениях в организме беременной женщины. Представлена модель правильного питания, как помощь врачам по адаптации диеты беременных с целью предупреждения клинических проявлений дисфункции пищеварительной системы и

SUMMARY

NUTRITION FEATURES IN PREGNANCY

The article presents the principles of a balanced diet during gestation, based on changes in the pregnant woman's body. Presents a model of proper nutrition, how to assist doctors to adapt the diet of pregnant women for the prevention of clinical manifestations of dysfunction of the digestive system and minimize of pharmacotherapy usage in the physiological course of pregnancy.

Key words: proper nutrition, physiology of digestion, pregnancy.

Поступила 5.07.2015

УДК 618.3-06:616-03

КОВАЛЬ С.Д.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
Кафедра акушерства і гінекології №3, м. Київ,
ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології» АМН України

АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ ВЕН МАЛОГО ТАЗУ ТА НИЖНІХ КІНЦІВОК У ВАГІТНИХ

Проведено дослідження 125 вагітних з варикозним розширенням вен (ВРВ) нижніх кінцівок. Шляхом кольорового дуплексного картування судин малого тазу у 52% жінок виявлено ВРВ малого тазу. При вивченні гемостазу у обстежуваних жінок виявило порушення згортання крові: підвищення рівня фібриногену, протромбінового індексу, тромбоеластограми, зниження рівня антитромбіну ІІІ. Для лікування ВРВ призначали комплексну терапію, що включала компресію та капіляростабілізуючий засіб, біофлавоноїд. В результаті лікування відзначено клінічне поліпшення, нормалізацію матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровотоку, відновлення показників гемостазу.

Ключові слова: варикозне розширення вен, дуплексне сканування, компресія, біофлавоноїд.

В останні роки предметом поглиблених досліджень стала варикозна хвороба вен малого тазу та нижніх кінцівок. В дослідженнях останніх років вказано, що однією з найчастіших причин хронічного тазового болю у жінок репродуктивного віку є повнокрів'я вен тазу [2, 5]. Це стали виявляти у хворих з хронічним тазовим болем після широкого застосування доплерографії судин малого тазу шляхом кольорового дуплексного сканування. Даний метод дослідження дозво-

ляє не лише діагностувати ВРВ малого тазу, але й оцінювати ефективність проведеного лікування [3, 6, 7].

Найбільший інтерес представляє діагностика ВРВ малого тазу у вагітних, оскільки її наявність може сприяти розвитку акушерської та перинатальної патології [1,4].

Мета дослідження

Оптимізація діагностики та лікування варикозного розширення вен малого тазу у вагітних жінок.