

**ЗБІРНИК
наукових праць**

*Асоціації
акушерів-гінекологів
України*

Київ
“Інтермед”
2006

ривні ($17,57 \pm 0,24$) мкмоль/л, МДА — ($0,026 \pm 0,001$) мкмоль/л, СОД — ($1,35 \pm 0,02$) у.о. У жінок з неускладненою вагітністю ці показники дорівнювали ($12,77 \pm 0,24$) мкмоль/л, ($0,019 \pm 0,001$) мкмоль/л, ($1,41 \pm 0,02$) у.о., відповідно.

На 4—5-ту добу після початку комплексної медикаментозної терапії у пацієнок основної групи відзначалося клінічне поліпшення загального стану: припинялися нудота, блювота, поліпшувався апетит. Виявлялася тенденція до нормалізації гемодинамічних показників — підвищення систолічного АТ, збільшення пульсового тиску, зменшення тахікардії, були відсутні епізоди неперитомних станів, що виникали раніше за типом судинного колапсу.

Визначалась також виразна тенденція до зниження ендотоксичності: показники МСМ і ЛШ достовірно знизилися до ($0,187 \pm 0,018$) у.о. й ($1,6 \pm 0,1$) відповідно. У крові підвищився вміст СОД — до ($1,41 \pm 0,02$) у.о. Показники рівнів ДК, МДА також достовірно знижувалися до ($13,71 \pm 0,34$) мкмоль/л, ($0,023 \pm 0,002$) мкмоль/л, відповідно.

Висновки.

1. За наявності у пацієнток блювання вагітних середнього ступеня тяжкості внаслідок метаболічних розладів розвивається синдром ендегенної інтоксикації, який потребує своєчасної корекції.

2. Застосування в комплексній терапії есенциале з глутаргіном має позитивний клінічний вплив на функціональний стан гепатобіліарної системи, що дозволяє зменшити прояви ендотоксичності шляхом стимуляції фізіологічних процесів знешкодження ксенобіотиків в організмі вагітної.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ветцківський Б.М., Запорожан В.М., Сенчук А.Я. Гестози вагітних: Навч. посібник. — К.: Аконіт, 2002. — 112 с.
2. Колодійцева А.Г. Профілактика і терапія ранніх гестозів вагітних // Журнал практичного лікаря. — 2000. — № 1. — С. 34—35.
3. Пасюк О.С., Пасюк В.О. Вплив комплексної антиоксидантної терапії раннього гестозу на перебіг вагітності і пологів // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. — Київ, 1999. — С. 367—370.
4. Ловягин А.Н. Энциклопедический справочник современных лекарственных препаратов. — Донецк: ООО ПКФ "БАО", 2005. — С. 73—74.
5. Гудимок І.І., Поліщук І.І. Профілактика функціональної поліорганної недостатності у вагітних з преєклампсією // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. — Київ, 2005. — С. 125—128.
6. Виноградова Н.А. Многоатомная окись азота // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. — 1997. — № 2. — С. 6—11.
7. Степанов Ю.М. Везикулярный оксид азота "за" и "против" в гепатологии // Здоров'я України. — 2005. — № 18 (127). — С. 30.
8. Габриэлян И.Н., Левинский Э.Р., Щербатова О.Н. Гипотеза средних молекул в практике клинической нефрологии // Терапевтический архив. — 1983. — № 6. — С. 76—78.
9. Кайль-Кайль Я.Я. О "лейкоцитарном индексе интоксикации" и его практическом значении // Врач. Дело. — 1941. — № 1. — С. 31—36.
10. Сталывая И.Д., Гаринцева Г.Г. Метод определения дневовой конъюгации ненасыщенных ацилов жирных кислот // Современные методы в биохимии (Под ред. В.Н. Ореховича. — М.: Медицина, 1977. — С. 63—64.
11. Сталывая И.Д., Гаринцева Г.Г. Метод определения малонового диальдегида с помощью тиобарбитуровой кислоты // Современные методы в биохимии (Под ред. В.Н. Ореховича. — М.: Медицина, 1977. — С. 66—68.

12. Дубинина Е.Е., Сальникова Л.А., Ефимова Л.Ф. Активность и изоферментный спектр супероксиддисмутазы эритроцитов и плазмы крови человека // Лаб. дело. — 1983. — № 10. — С. 30—33.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ КОНСТИПАЦІЇ У ПАЦІЄТОК З ФІЗІОЛОГІЧНОЮ ВАГІТНІСТЮ

Павловська О.М., Павловська К.М.

м. Одеса

Відомо, що функціональна активність кишечника залежить від багатьох факторів, серед яких важливу роль відіграють мікрофлора останнього та хімічний склад жовчі [1, 2].

Так, за даними наукових досліджень зниження рівня анаеробних бактерій супроводжується підвищенням рН кишкового вмісту, що каталізує каскад негативних наслідків: пригнічення чисельних метаболічних реакцій, м'якість перистальтики, розмноження умовно-патогенних та гнильних бактерій представників роду *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Proteus*, *Staphylococcus*, *Clostridium*, *Acinetobacter*, *Pseudomonas*, гриби роду *Candida*, продукти метаболізму яких (індол, скатол, фенол, сірководень, аміак, меркаптани) мають властивості ендотоксинів, поступове виснаження антиендотоксинного імунітету, гіперкатехоламінемію з надмірним вивільненням біологічно активних речовин (серотонін, гістамін, гістамін та інш.), які спричиняють медіаторний хаос з порушенням мікроциркуляції, підвищенням проникності каплярів та формуванням клітково-тканинної гіпоксії [3, 4].

Жовч також приймає безпосередню участь у процесах регуляції перистальтики кишечника та триптинного травлення [1].

Слід зазначити, що вже на початку фізіологічної вагітності та особливо при збільшенні терміну гестації внаслідок релаксуючого ефекту прогестерону, гормональних порушень кровообігу та венозного застою у судинах малого тазу, спостерігається зниження евакуаторної функції кишечника та жовчного міхура, що неминує призводить до формування дисбіозу кишечника та констипації [5, 6].

Мета дослідження — визначити особливості мікробіоценозу кишечника у пацієнток з фізіологічною вагітністю, які страждають на констипацію, та ефективність застосування комплексної медикаментозної терапії.

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено 25 пацієнток з неускладненою вагітністю в термінах гестації від 28 до 38 тижнів, які скаржились на наявність макремія, відчуття неповного спорожнювання кишечника. Особливості мікробіоценозу визначали шляхом бактеріологічного дослідження фекалій за методикою В.А. Знаменського, М.В. Дігтар [7]. Визначали вміст основних представників обов'язкової мікрофлори (біфідо-, лактобактерій, повноцінної кишкової палички, фекальної стрептококи) та факультативних (умовно-патогенних) мікробів (представників родів *Proteus*, *Klebsiella*, патогенні штами *E. coli*, ентеропатогенні стафілококи, гриби роду *Candida*).

Зразки для дослідження не пізніше 2 годин доставляли в лабораторію. Інтервал між часом, коли брали пробу та початком посіву не перевищував 4 годин.

Для оцінки виразності дисбіозу кишечника застосовували класифікацію І.Б. Кузасової, К.С. Ладодо [8].

До складу комплексної медикаментозної терапії включали лактулозу та холєсас.

Патогенетичним обґрунтуванням вибору лактулози, яка являє собою синтетичний дисахарид (кожна молекула галактози зв'язана з молекулою фруктози за допомогою β -1,4 зв'язку), було здатність її метаболітів стимулювати ріст та збільшувати біомасу цукролітичних бактерій, знижувати рН хімусу до слабкокислих значень, що створює несприятливі умови для життєдіяльності патогенних мікроорганізмів, стимулює перистальтику кишечника, але без різкої її активації, що має особливо важливе значення для вагітних. Лактулоза є основним діючим інгредієнтом препарату "Дуфалак" компанії "Solvay Pharmaceuticals" (Нідерланди), який зареєстрований фармакологічним комітетом України. Препарат не токсичний, не має тератогенного впливу, через що може використовуватися протягом усього періоду гестації та під час лактації [9, 10]. "Дуфалак" призначається по 10 мл тричі на добу протягом 2 тижнів.

"Холєсас" вітчизняний препарат (ВАТ "Вітаміни" м. Умань та "Біостимулятор" м. Одеса), діючою речовиною якого є екстракт цибулини, що містить аскорбінову кислоту, вітамін Р, каротин та інші. Препарат зумовлює помірний холеретичний ефект, рефлекторно посилюючи секреторну та рухливу діяльність кишечника [11]. Препарат призначається по 5 мл двічі на добу в проміжках між прийомом їжі протягом 2 тижнів.

Будь-яких побічних реакцій при проведенні курсу лікування не спостерігали.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз результатів вмісту основних таксономічних груп бактерій у випорожненнях показав, що у вагітних, які скаржаться на конституційно відбуваються порушення мікробіоценозу кишечника. Так, дисбіоз кишечника I ступеня діагностовано у 13 (52%) пацієнток, II ступеня — у 9 (36%), III ступеня — 3 (12%).

Зокрема, відбувається зниження в порівнянні з нормою вмісту біфідобактерій до $(8,60 \pm 1,71) \cdot 10^8$, лактобактерій — до $(6,44 \pm 0,77) \cdot 10^8$, повноцінних кишкових паличок — до $(29,35 \pm 9,40) \cdot 10^8$. Слід зазначити, що у 7 (28%) вагітних висівалися кишкові палички зі слабковиразними ферментативними властивостями, але гемолізуючі штами не визначалися. Також спостерігався надмірний вміст в випорожненнях епідермальних стафілококів — $(1,87 \pm 0,72) \cdot 10^4$ та грибів роду *Candida* — $(0,73 \pm 0,25) \cdot 10^4$. Показники вмісту таких мікробів, як фекальні стрептококи, протеї, клебсієли були у межах норми — $(0,59 \pm 0,08) \cdot 10^5$, $(1,98 \pm 0,68) \cdot 10^5$, $(0,39 \pm 0,08) \cdot 10^5$, відповідно.

Застосування 2-х тижневої комплексної медикаментозної терапії дозволило майже нормалізувати мікробіотичний пейзаж кишечника у вагітних. У випорожненнях відзначалося достовірне підвищення рівнів біфідобактерій до $(38,80 \pm 10,01) \cdot 10^8$, лактобактерій — до $(14,12 \pm 3,53) \cdot 10^8$, повноцінних кишкових паличок — до $(46,00 \pm 10,12) \cdot 10^8$. У пацієнток зовсім не висівалися палички зі слабковиразними ферментативними властивостями та гемолізуючі штами. Також спостерігалось істотне зниження рівня епідермальних стафілококів і грибів роду *Candida* до $(0,31 \pm 0,09) \cdot 10^4$, $(0,10 \pm 0,05) \cdot 10^4$, відповідно. Показники вмісту решти досліджуваних мікроорганізмів — фекальних стрептококів, протеї та клебсієл — практично не змінювались.

Загалом, дисбіоз кишечника I ступеня після курсу лікування діагностовано у 6 (24%) пацієнток, II та III ступеня — у жодної пацієнтки.

Слід також зазначити й високу ефективність запропонованої терапії, як проносного засобу. Так у більшості пацієнток м'який проносний ефект спостерігався через

12—24 години після призначення лікування. У 4 (16%) вагітних не відбувалося нормалізації евакуаторної функції кишечника, але підвищення дози "Дуфалака" до 20 мл тричі на добу сприяло усуненню цієї дисфункції.

Висновки.

1. У пацієнток з фізіологічною вагітністю внаслідок природних змін в організмі відбувається погіршення рухово-евакуаторної функції кишечника та порушення мікробіоценозу, яке характеризується пригніченням нормальної мікрофлори з розмноженням умовно-патогенних штамів бактерій.

2. Застосування комплексної медикаментозної терапії з включенням лактулози та фітопрепарату з холеретичним ефектом в середніх терапевтичних дозах дозволяє відновити мікробіотичний пейзаж кишечника та нормалізувати евакуаторну його функцію без будь-яких побічних реакцій.

ЛІТЕРАТУРА

1. Барановський А.Ю. *Компенсація* Э.А. Дисбактериоз и дисбиоз кишечника. — СПб: Питер, 2002. — 224 с.
2. Паршин В.А. Энтеросорбенты и их место в клинической медицине //Международный медицинский журнал. — 1998. — № 4. — С. 361—365.
3. Доброниченко Д.В. Эндотоксин грамотрицательных бактерий и гестозы //Казанский медицинский журнал. — 1993. — Т. 74, № 1. — С. 55—58.
4. Яковлев М.Ю., Лискоид В.Г., Анисовская И.А. Эндотоксин-индуцированное повреждение эндотелия //Эфферентная терапия. — 1999. — Т. 5, № 1. — С. 41—45.
5. Бонюк В.О., Мельников С.М. Эффективность форлакса при дисфункции кишечника у вагітних //ПАГ. — 1999. — № 6. — С. 125—126.
6. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. — М.: "Трида", 1999. — 816 с.
7. Знаменский В.А., Дегтяр Н.В. Микробиологическая диагностика кишечного и кожного дисбактериозов: Учебное пособие. — М.: ЦОЛИУВ, 1989. — 28 с.
8. Златкина А.Р. Современный подходы к коррекции дисбиоза кишечника //Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. — 1999. — Т. 9, № 3. — С. 64—67.
9. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Лактулоза в терапии заболеваний органов пищеварения. — М., 2000. — 16 с.
10. Дегтярева И., Скопченко С., Скрытас И., Гуляев Е. Дуфалак: классическое применение и перспективы использования в лечении хронических заболеваний печени и кишечника //Лики XXI столетия. — 2003. — № 1. — С. 35—39.
11. Ловжин А.Н. Энциклопедический справочник современных лекарственных препаратов. — Донецк: ООО ПКФ "БАО", 2005. — С. 65—66.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ФОНОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Навгушченко С.Л., Апанасенко Н.А.

г. Донецк

Фоновые заболевания шейки матки занимают одно из ведущих мест в общей структуре гинекологической заболеваемости [5, 8]. Доброкачественные процессы