

Таблиця 2

Динаміка лінійних і розрахунково-гемодинамічних показників, за даними Д-ЕХО-КГ, у хворих основної і контрольної груп

Показники	Основна група, n=23		Контрольна група, n=19	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
КДР л. ш., см	4,52±0,20	4,45±0,15	4,48±0,16	4,38±0,21
КСР л. ш., см	2,95±0,18	2,80±0,25	2,83±0,19	2,79±0,11
КДО л. ш., мл	77,85±4,95	75,5±5,3	76,41±3,98	75,30±4,28
КСО л. ш., мл	28,85±2,11	26,5±1,9	28,10±1,85	27,5±2,1
ФВ, %	62,5±4,7	70,65±51,00*	65,5±3,2	68,3±2,9
УОС, мл	51,5±3,8	53,3±4,1	53,3±2,7	55,8±3,1

Примітка. * — вірогідність відмінностей ($P < 0,01$) між показниками до та після лікування.

Вірогідно збільшився один із важливих показників скоротливої функції міокарда — фактичний викид у дітей основної групи. Не відзначалося вірогідної зміни об'єму лівого шлуночка як в кінці систоли, так і в кінці діастолі. Можливо, це пов'язано з короточасним курсом терапії кардонатом (3 тиж).

L-карнітин, що входить до складу кардонату, бере участь у метаболізмі вищих жирних кислот і сприяє зниженню холестерину і тригліцеридів в організмі [3; 4]. Статистичний аналіз біохімічних показників у дітей обох груп в динаміці не виявив вірогідних відмінностей, у тому числі і між показником ліпідного обміну — рівнем холестерину. В усіх дітей, що одержували кардонат, нормалізувався апетит, але без вірогідного збільшення маси тіла.

У складі вітчизняного препарату кардонату є вітаміни групи В, які містяться у вигляді коферментів — небілкових сполук, що активують ферменти в біохімічних реакціях організму, у тому числі і в метаболічних процесах м'яза серця. Кардіотропну активність має також кофермент вітаміну В1 — кокарбоксилаза, дефіцит якої призводить до розвитку правошлуночкової недостатності. Кардонат є єдиним препаратом, що містить кокарбоксилазу для перорального застосування. Кофермент вітаміну В6 — піридоксаль-5-фосфат, що входить до складу кардонату, є основною метаболічною добавкою піридоксину, дефіцит якого може сприяти розвитку серцево-судинних захворювань [1; 5].

Під час лікування дітей, що одержували кардонат, побічних реакцій не спостерігалось.

Висновки

1. Застосування метаболічного препарату кардонату в комплексній терапії захворювань серця у дітей безпечно і не викликає побічних дій, зокрема алергічних реакцій і дисфункцій шлунково-кишкового тракту.

2. Метаболічний препарат кардонат чинить позитивний вплив на скоротливу функцію міокарда; потенціює ефективність комплексної терапії захворювань серця у дітей.

3. Вітчизняний препарат кардонат може бути рекомендований для застосування як метаболічний засіб у комплексній терапії кардіальної патології у дітей.

ЛІТЕРАТУРА

1. Свищенко Е. П., Лисенко Г. І. Клінічна характеристика кардонату у хворих на гіпертонію // Укр. мед. часопис. — 2003. — № 3. — С. 31-36.
2. Sherwood G., Dinamuro S., Ferrari R. L-carnitine and its Role in Medicine: From Function to Therapy. — 1992. — P. 283-293.
3. Krahenbuhl S. Physiologic bases for use L-carnitine in cardiology // Schweiz. Rundsch. Med. Prax. — 1998. — Vol. 87. — P. 102-107.
4. Швець А. О., Швець Е. Г. Клінічна ефективність препарату кардонат при комплексному лікуванні вегетосудинної дистонії у дітей // Неонатологія і педіатрія. — 2003. — № 3. — С. 102-104.
5. Енциклопедія ліків // Щорічна збірка. — М.: Вид-во «РЛС-2003», 2003. — 451 с.

УДК 618.5-089.888.61:616-071.1

П. М. Баскаков, Д. А. Беглице

КЕСАРІВ РОЗТИН У ЖІНОК З НЕПЛІДНІСТЮ В АНАМНЕЗІ

Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгієвського

Вступ

Одним із головних завдань сучасного акушерства є створення оптимальних умов для

здійснення жінкою функції материнства, а також збереження вагітності і забезпечення народження здорового потом-

ства. Сьогодні в Україні відзначається несприятлива демографічна ситуація, яка потребує комплексу медико-со-



ціальних заходів, спрямованих на підвищення народжуваності [2; 3]. Останнім часом завдяки широкому впровадженню в клінічну практику нових лікарських засобів і немедикаментозних методів впливу, підвищилась ефективність стимулювання вагітності у жінок з різними формами неплідності, частота якої становить від 50 до 68 % [1; 4].

Головну увагу дослідники даної проблеми приділяють вивченню частоти багатоплідних вагітностей, гіперстимуляцій, кількості спонтанних абортів і особливостям профілактики невиношування [5; 6]. Жінки з неплідністю в анамнезі становлять групу високого ризику щодо розвитку акушерської та перинатальної патології, а основним методом розродження у них часто є операція кесарів розтин. Втім, у літературі майже немає даних щодо особливостей перебігу вагітності у пацієнток з різними формами неплідності в анамнезі. Крім того, не вирішеним залишається питання про вплив вихідної форми неплідності на характер розродження і його наслідки.

Проблема абдомінального розродження залишається однією з найактуальніших у сучасному акушерстві, причому щороку частота його зростає, а показник перинатальної смертності залишається без змін [1; 2]. У структурі показань близько 20 % — відносні показання в інтересах плода, зокрема наявність неплідності в анамнезі.

Практичні лікарі-акушери-гінекологи дуже часто віддають перевагу абдомінальному розродженню у першороділей віком понад 30 років, а також за наявності у жінок неплідності понад 5 років. Питання, що стосуються розродження жінок з різними формами і видами лікування неплідності потребують подальшого вирішення. Деякі публікації в цьому напрямку мають супереч-

ливий характер, що і диктує необхідність проведення даного наукового дослідження.

Мета роботи: знизити частоту акушерської та перинатальної патології у жінок з неплідністю в анамнезі на підставі розробки програмованого ведення вагітності та пологів з використанням комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Матеріали та методи дослідження

Для вирішення поставленої мети наші дослідження проводилися у два етапи. На першому етапі використано клініко-статистичний аналіз 524 випадків розродження жінок з різними формами жіночої неплідності в анамнезі. Неплідність у шлюбі визнавали за умови спільного регулярного статевого життя протягом 2 років без будь-якої контрацепції та «репродуктивно» здорового чоловіка. Залежно від форми неплідності усіх жінок поділили на три групи: I — 384 жінки з ендокринною неплідністю (73,3 %); II — 91 жінка зі змішаною формою неплідності (17,4 %); III — 49 жінок із трубною неплідністю (9,3 %).

На другому етапі обстежено 90 жінок, з яких 30 утворили контрольну групу — це жінки, розроджені через природні пологові шляхи без акушерської і соматичної патології. До основної групи увійшло 60 жінок, з них 30 жінок — з неплідністю в анамнезі, розроджених абдомінальним шляхом, ведення яких до і під час вагітності здійснювалося за загальноприйнятою методикою (IV група), і 30 жінок з неплідністю в анамнезі, яким програмували вагітність і пологи, а під час вагітності проводили комплекс лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на профілактику акушерських і перинатальних ускладнень (V група).

Завдяки проведеному попередньому етапу клініко-статистичних досліджень, ми вва-

жали за доцільне готувати жінок з неплідністю в анамнезі до програмованого ведення вагітності та пологів у таких випадках: якщо тривалість неплідності понад 5 років у разі проведення лікування в достатньому обсязі; вік жінки більше 35 років; наявність екстрагенітальної патології з високим перинатальним ризиком (вади серця, ендокринна патологія, міопія середнього і високого ступеня та ін.); вторинна неплідність у разі загибелі першого плода або більше 3 мимовільних абортів; перенесені раніше гінекологічні операції (консервативна міомектомія, резекція яєчників, тубектомія, аднексектомія).

Основними методами підготовки таких жінок до програмованого кесаревого розтину було профілактичне чотириразове призначення в терміні 11–12; 18–20; 28–32 і 35–36 тиж комплексу лікарських засобів. У ці терміни вагітну госпіталізували до відділення патології вагітності або до денного стаціонару, санаторію для вагітних. До комплексу профілактичних заходів включали санацію піхви в ранні терміни під контролем бактеріологічних показників; призначення антиоксидантів (вітамін Е; харчові добавки з вітамінами С; В; Р і Е); засобів, що поліпшують біосинтез білка в плаценті (гепа-мерц; цитохром С; есенціале); бета-адреноміметиків (бриканіл; партусистен); імунокоректорів (нуклеїнат натрію, спленін); спазмолітиків (но-шпа, папаверин); метилксантинів (курантил, трентал, компламін). Тривалість і якість проведення лікувально-профілактичних заходів залежали від результатів додаткових методів дослідження (ехографія, доплерометрія, визначення ендокринологічного статусу), які динамічно використовувалися після 20 тиж вагітності. Для профілактики післяопераційних гнійно-запальних ускладнень використовували



вали лікувальні дози цефалоспоринов (2–4 г) одразу після клемування пуповини і впродовж 3 днів після операції.

Загальноприйняте ведення вагітності у жінок III групи з даною патологією включало, згідно з рекомендаціями багатьох авторів [5; 6], вітамінотерапію (вітаміни С, Е, Р); антиоксиданти; спазмолітики й антиагреганти.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати проведених клініко-статистичних досліджень свідчать про те, що середній вік обстежених жінок становив $(29,7 \pm 2,4)$ року і вірогідно не відрізнявся за групами ($P > 0,05$). Вторинна неплідність відзначена у 23,9 % випадків, при цьому даний показник помітно відрізнявся за групами залежно від форми неплідності. Так, у жінок з ендокринною формою він становив усього 8,1 %, а при змішаній і трубній був значно вище — 64,8 і 71,4 % відповідно. Одним із пояснень такої ситуації є дані про особливості репродуктивної функції жінок із вторинною неплідністю.

Звертає на себе увагу той факт, що більш ніж у половині жінок (60,0 %) в анамнезі є артіфіційні аборти, в кожному п'ятому випадку (21,6 %) — і мимовільні в ранні терміни. Найвищий відсоток (71,2 %) артіфіційних абортів був при змішаній формі, а мимовільних (35,5 %) — при ендокринній. Питома вага пологів (термінові та передчасні) становила лише 12,0 %, тобто 88,0 % обстежених нами жінок були першороділями, причому за групами цей показник суттєво не змінювався.

Варіант розродження жінок з різними формами неплідності є предметом гострих дискусій [1–6]. Згідно з отриманими результатами, сумарна частота абдомінального розродження серед усіх обстежених хворих дорівнювала

50,6 %, при цьому питома вага планових операцій становила лише 46,4 %, що є дуже низьким показником для жінок з неплідністю в анамнезі. Нами проведено оцінку основних показань до операції кесаревого розтину. Найчастіше це були два основних показання: вік першороділлі (86,3 %) і внутрішньоутробна гіпоксія плода (75,4 %). Це було зумовлено тривалістю неплідності ($6,4 \pm 0,4$ року), а також високим рівнем прееклампсії (77,3 %) і фетоплацентарною недостатністю (52,1 %). На додаток до цього суттєвими причинами були великий плід (26,9 %); тазове передлежання (23,9 %); аномалії пологової діяльності (18,1 %) і передчасний розрив плодових оболонок (16,8 %).

Аналіз за групами супровідних показань свідчить про те, що тільки в III групі частота внутрішньоутробної гіпоксії плода була вірогідно нижче порівняно з загальним показником — близько 44,9 % ($P < 0,05$). Тазове передлежання і великий плід частіше відзначалися у жінок зі змішаною (34,1 і 36,3 %) і трубною неплідністю (34,7 %), аномалії пологової діяльності траплялися частіше у III групі (26,5 %), а передчасний розрив плодових оболонок — у II (22,0 %). Проведений аналіз свідчить про необхідність наукової розробки нового підходу до абдомінального розродження у жінок з неплідністю в анамнезі.

Звертає на себе увагу високий рівень асфіксії у новонароджених — 57,4 %, а також значна частота внутрішньоутробного інфікування (13,7 %) і гіпотрофії різного ступеня вираженості (12,0 %). При оцінці стану новонароджених у жінок з ендокринною неплідністю в анамнезі відмітили тільки зниження рівня внутрішньоутробного інфікування відносно загальної групи — (7,6 %). У II групі була підвищена питома вага гіпотрофічних (18,7 %) і недоношених дітей (13,2 %), а

також частота асфіксії при народженні (79,1 %), в основному, за рахунок середнього її ступеня (19,8 %).

При аналізі перинатальних результатів розродження жінок із трубною неплідністю в анамнезі можна виділити два моменти: збільшення кількості недоношених дітей (14,3 %) і різке підвищення частоти внутрішньоутробного інфікування (65,3 %). Серед основних видів постнатальної патології переважали постгіпоксична енцефалопатія (33,4 %) і гнійно-запальні захворювання (17,0 %). Найбільш високий рівень першої патології виявлено у жінок II групи (57,1 %), а другої — в III групі хворих (24,5 %).

Отже, як показали результати клініко-статистичних досліджень, розродження жінок із різними формами неплідності має дуже важливе медико-соціальне значення. Жінки впродовж тривалого часу готуються до настання вагітності, проходять численні курси різної терапії, всю вагітність перебувають у стані психоемоційного напруження, що певною мірою позначається на високому рівні акушерських і перинатальних ускладнень. Кожна неординарна ситуація, пов'язана з розвитком будь-якої патології у новонародженого, набуває для матері стану «трагедії» зі всіма наслідками, що впливають звідси. Проведений аналіз показав недостатню ефективність використаних лікувально-профілактичних заходів у жінок з неплідністю в анамнезі, особливо щодо абдомінального розродження. Це стало для нас підставою для розробки програмованого ведення вагітності й пологів у жінок з неплідністю в анамнезі.

Як свідчать отримані нами результати, серед основних показань до абдомінального розродження у жінок IV групи переважали внутрішньоутробна гіпоксія плода на фоні фетоплацентарної недостатності



(53,3 %) і аномалії пологової діяльності (20,0 %). Крім того, серед супровідних показань у цій же групі найчастіше траплялися «літня першороділля» (70,0 %), тазове передлежання (16,7 %), великий плід (13,3 %) і передчасний розрив плодових оболонок (16,7 %). Порівняно з цим, у V групі частота кесаревих розтинів становила 63,3 %. Програмоване ведення вагітності та пологів дозволило знизити частоту внутрішньоутробної гіпоксії плода на фоні фетоплацентарної недостатності (33,3 %) й аномалій пологової діяльності (6,7 %). Рівень супровідних показань, як-от: «літня першороділля» (66,7 %), тазове передлежання (20,0 %) і «великий плід» (13,3 %) — залишалися без вірогідних відмінностей. Материнської летальності і вимушеного видалення матки при розродженні не зареєстровано.

При вивченні перинатальних результатів розродження виявлено, що народження недоношених дітей трапилося тільки в IV групі (6,7 %), а головною причиною став передчасний розрив плодових оболонок в 34–35 тиж вагітності. Дуже показовими є показники гіпотрофії й асфіксії різного ступеня вираженості. Так, при за-

гальноприйнятому веденні жінок ці показники становили 66,7 і 26,7 %, що вище порівняно з V групою (20,0 і 6,7 %).

Аналогічна закономірність спостерігалася і при оцінці захворюваності новонароджених. Найчастішим ускладненням раннього неонатального періоду була перинатальна енцефалопатія, яка переважала у IV групі (36,7 % проти 10,0 %). Трохи рідше відзначалися гнійно-запальні захворювання (16,7 % порівняно з 3,3 %); геморагічний синдром (10,0 % проти 3,3 %) і жовтяниця (6,7 %). Така виражена різниця перинатальних ускладнень у новонароджених від матерів з неплідністю в анамнезі свідчить про ефективність розробленого підходу до кесаревого розтину в цій групі хворих. Перинатальна смертність відзначена тільки в IV групі (33,3 %).

Висновок

Таким чином, програмоване ведення вагітності та пологів з адекватною профілактикою фетоплацентарної недостатності у жінок з неплідністю в анамнезі дозволяє суттєво поліпшити результати розродження як з акушерських, так і з перинатальних позицій. Тактичний підхід й удосконалена

методика ведення вагітності є загальнодоступними і можуть набути широкого застосування в практичній охороні здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бобова М. В. Особливості абдомінального розродження у жінок з неплідністю в анамнезі // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 1998. — № 6. — С. 91-93.
2. Вдовиченко Ю. П., Шадлун Д. Р., Бобова М. В. Розродження жінок з неплідністю в анамнезі // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 1999. — № 1. — С. 109-113.
3. Герасимова Т. В., Ласкіна Ю. С., Бобова М. В. Беременность и роды у женщин с аменореей в анамнезе // Сб. тр. Крым. медун-та им. С. И. Георгиевского «Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения». — Симферополь, 1997. — Т. 133. — Ч. 1. — С. 193-198.
4. Герасимова Т. В., Хіменко М. В., Ласкіна Ю. С. Кесарський розтин у жінок з неплідністю в анамнезі // Зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України «Кесарський розтин в сучасному акушерстві». — Сімферополь, 1998. — С. 62-63.
5. Ласкіна Ю. С., Герасимова Т. В., Бобова М. В. Особливості акушерської та перинатальної патології у жінок з ендокринною неплідністю в анамнезі // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 1998. — № 3. — С. 74-76.
6. Ласкіна Б. С., Герасимова Т. В., Бобова М. В. Особливості фетоплацентарного комплексу у жінок з гіпогонадотропною формою аменореї // Укр. наук.-мед. молодіж. журнал. — 1998. — № 2-3. — С. 108-110.

УДК 616.33-002.44:616-005.1

О. О. Буднюк

АНЕСТЕЗИОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВАГОТОМІЙ У ХВОРИХ З ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Одеський державний медичний університет

Вступ

Сьогодні ендоскопічні технології використовуються в кожному лікувальному закладі, де є великі хірургічні відділення

[1; 2]. Значними факторами сприяння розповсюдженню лапароскопічної методики є, з одного боку, розширення показань до цих втручань, а з дру-

гого — сучасні можливості анестезіології, які дозволяють виконувати ці операції.

Слід зазначити, що в останні роки спостерігається значний

