

М. В. Шаповал

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ І ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ У ЖІНОК, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ГЕРОЇНОВУ НАРКОМАНІЮ

Одеський державний медичний університет

В останні роки в Україні відбулися суттєві зміни в структурі, клініці та перебігу наркоманії [4]. По-перше, спостерігається швидкий ріст захворюваності на наркоманію і токсикоманію. По-друге, розповсюдженість наркологічних захворювань зростає серед осіб молодого і юнацького віку. По-третє, збільшується питома вага хворих на героїнову наркоманію, які надходять до стаціонарів. Використання героїну вносить у клінічну картину опійної наркоманії певні зміни. Внаслідок високої наркогенності даної опійної похідної захворювання формується за малий термін, потяг до наркотику виникає після кількох спроб і протягом місяця систематичного прийому героїну повністю формується синдром залежності [1–3; 13–15]. Викликає занепокоєння ріст кількості жінок, які вживають наркотики під час вагітності [5; 8–12]. Наркотичні препарати спричиняють патологічні зміни в організмі, які мають негативний вплив на перебіг вагітності, пологів, стан внутрішньоутробного плода і новонародженого. Водночас питання про особливості перебігу вагітності та її наслідків у жінок з наркозалежністю, насамперед героїновою, висвітлений у вітчизняних джерелах недостатньо. Тактика лікування і ведення вагітних-наркоманок також потребує подальших розробок.

Метою нашого дослідження — вивчення особливостей перебігу вагітності та її наслідків у хворих на героїнову

наркоманію жінок, що дозволяє визначити ступінь ризику і в подальшому розробити принципи раціонального ведення і профілактики ускладнень.

Матеріали та методи дослідження

На базі клінічного пологового будинку № 5 м. Одеси проведено клініко-статистичне, медико-соціальне вивчення шляхом репрезентативної вибірки жінок, які вживали героїн під час вагітності. У 32 вагітних проведено клініко-статистичний аналіз, здійснено оцінку новонароджених методом центильних таблиць і за шкалою Феннеган.

Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік жінок, які вживали героїн під час вагітності, становив 24,5 року і припадав на період найбільшої фертильності — від 18 до 28 років. В основному ці жінки вели асоціальний спосіб життя; тільки 3 вагітних працюють: 1 — службовець, 2 — студентки. За рівнем освіти хворі розподілилися так: мали неповну середню освіту 10 жінок (31,25 %), середню 10 (31,25 %), середню-спеціальну 8 (25 %), середню-технічну 1 (3,12 %), неповну вищу 1 (3,12 %), вищу 2 (6,25 %).

Початок вживання наркотиків частіше всього припадає на шкільний вік, причина — поганий вплив оточення, серед них чоловік або співмешканець — 15 (46,87 %) або найближчі родичі, які вжива-

ють наркотики. Тільки у 17 (21,87 %) шлюб був зареєстрований. Характерним є ранній початок статевого життя з 13–15 років, а також різні порушення менструальної функції (15 — опсоменорея, 9 — альгодисменорея), що пов'язано з токсичною дисфункцією яєчників. За паритетом: 22 (68,75 %) жінки — першороділлі, 10 (31,25 %) — повторнородящі; 26 (81,25 %) наркозалежних вагітних жінок у вагітності були не зацікавлені, 21 (65,62 %) вагітна у жіночій консультації не спостерігалась, решта навідалися 1 раз або спостерігалися нерегулярно; 30 (93,75 %) наркозалежних вагітних жінок доставлені в акушерський стаціонар у пологах, у 1 жінки пологи трапилися поза лікувальним закладом, у 3 — вагітність була цілком зменшення толерантності до наркотику і дози вживаної речовини. Спостерігається також збільшення толерантності до наркотиків у період вагітності у жінок, які регулярно вживали героїн менше 3 років.

У жінок, які вживали наркотики, підвищена частота анемії — 17 (53,12 %), інфекцій сечостатевої системи — 31 (96,87 %), захворювань дихальної системи у 21 (65,62 %) — хронічний бронхіт курця, серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба) — у 2 (6,25 %), варикозна хвороба — у 4 (12,5 %). Характерним є токсичне і вірусне ураження печінки у 9 (28,12 %) наркоманок. Дефіцит маси тіла відзначено у 15 (46,87 %) вагітних. Із перенесених гінеколо-



гічних захворювань в анамнезі 14 (43,75 %) жінок вказали на хронічний сальпінгоофорит, 5 (15,62 %) — на ерозію шийки матки, 21 (65,62 %) — на кольпіт, на апоплексію яєчника з оперативним лікуванням — 2 (6,25 %).

Ускладнений акушерсько-гінекологічний анамнез виявлено у 62,5 % жінок. При цьому переривання вагітності за соціальними показаннями після 20 тиж вагітності шляхом операції малого кесарського розтину або амніоцентезу — у 5 вагітних жінок, троє із яких до цього не народжували і в однієї в подальшому було тривале безпліддя. Передчасні пологи перед даною вагітністю трапилися у 3 випадках, в одному з них — інтранатальна загибель плода. Аборти перед даною вагітністю були у 12 жінок, які не народжували, причому у чотирьох — 2 і більше і у 6 жінок, які народжували перед даною вагітністю, у трьох із яких — 2 і більше абортів. Три жінки були прооперовані в зв'язку з позаматковою (трубною) вагітністю. У 6 в анамнезі були мимовільні викидні на ранніх термінах вагітності, 4 із яких були первородящими.

Наркотичні препарати викликають патологічні зміни в організмі, що має негативний вплив на перебіг вагітності, пологів, стану внутрішньоутробного плода. Хронічна плацентарна недостатність діагностована в 100 % випадків (компенсована — у 9 (28,12 %), субкомпенсована — у 22 (68,75 %), гостра — у 1 (3,12 %). Маса плаценти на 10–20 % нижча норми. Гострі респіраторні вірусні інфекції відзначено у 5 (15,62 %) жінок; резусізо-сенсibiliзацію — у 1 (3,12 %); маловоддя — у 4 (12,5 %). Лікування сифілісу в період вагітності отримали 6 жінок, гепатиту — 5, 18 були ВІЧ-інфікованими. Гестоз виявлено у 14 (43,75 %): набряк вагітних — у 9 (28,12 %), преєклампсія легкого ступеня — у 3

(9,37 %), преєклампсія тяжкого ступеня — у 2 (6,25 %). Задній вид потиличного передлежання — у 3; рівномірно звужений таз — у 1; тазове передлежання плода — у 2; хоріоамніоніт — у 3.

Характерними були швидкі та стрімкі пологи (62,5 і 37,5 % відповідно). Характер навколлопідних вод: забарвлені меконієм — у 12 (37,5 %), гнильні і смердючі — у 2 (6,25 %), світлі — у 18 (56,25 %). Передчасне вилиття навколлопідних вод — у 7 (21,87 %), раннє — у 11 (34,37 %), своєчасне — у 14 (43,75 %), тривалий безводний період (12 год і більше) — у 5 (15,62 %). Оперативні втручання: амніотомія — у 7 (21,87 %), епізіотомія — у 9 (28,12 %), ручне обстеження порожнини матки — у 2 (6,25 %), інструментальна ревізія порожнини матки — у 2 (6,25 %), кесарів розтин — у 3 (9,37 %), катетеризація підключичної вени — у 7 (21,87 %), ушивання розривів тканин м'яких пологових шляхів.

Синдром відміни спостерігався зразу ж після пологів у породілей і посилювався протягом доби, тому 15 (47,5 %) жінок самовільно покинули акушерський стаціонар після пологів через 1–2 доби. У післяпологовому періоді характерна гіпертензія, пов'язана з гестозом і наростаючим синдромом відміни, та субінволюція матки у 11 жінок.

Під час вагітності наркотики проникають через плаценту і порушують формування обмінних процесів у плода, мають негативний вплив на ЦНС. Більшість новонароджених народилися в асфіксії — 22 (68,75 %), а 11 (34,37 %) дітей народилися недоношеними, 21 (65,63 %) — доношеними; 85 % новонароджених мали гіпотрофію, 26 (81,25 %) — зі ЗВУР, з них I ступеня — 10 (38,46 %), II ступеня — 11 (42,30 %), III ступеня — 5 (19,23 %). У 16 (61,54 %) дітей була симетрична форма ЗВУР,

у 10 (38,46 %) — асиметрична. Частими були гіпоглікемія та гіпербілірубінемія. Через 12–24 год розвинувся абстинентний синдром з максимальним розвитком протягом 24–48 год.

Доза героїну, яку приймали вагітні, перебувала у межах від 0,05 до 0,4 г на добу. Спостерігається залежність ступеня тяжкості неонатального наркотичного абстинентного синдрому від дози речовини, наприклад, при вживанні героїну протягом 5 років дозою 0,1–0,2 г максимальна оцінка за шкалою Феннеган становила 12 балів, дозою 0,2 г — 16 балів, дозою 0,4 г — 19 балів.

Існує пряма залежність від терміну прийому наркотиків, а також часу останнього прийому героїну матір'ю. Так, середня кількість балів за шкалою Феннеган при прийомі героїну протягом 6 міс становила 9,5 бала; 1 рік — 15 балів; 2 роки — 15,2 бала; 4 роки — 17,3 бала; 5 років — 17,5 бала.

На основі отриманих даних можна зробити такі висновки:

1. Для наркозалежних вагітних жінок характерно: ранній початок статевого життя, порушення менструальної функції, ускладнений акушерсько-гінекологічний і соматичний анамнез, високий відсоток інфекційних уражень, більшість жінок мають дефіцит маси тіла. Відмічена підвищена частота анемії, інфекцій сечостатевої системи.

2. Вагітність часто ускладнюється гестозом, плацентарною недостатністю, маловоддям, хоріоамніонітом. Вагітність і пологи у наркозалежних жінок перебігають із загрозою крововтрати, перинатальної захворюваності та смертності. Ступінь ризику високий. Характерні швидкі та стрімкі пологи. У зв'язку з низкою ускладнень, що виникають під час вагітності і пологів, підвищена частота оперативних втручань. Великий відсоток новонароджених, які народи-



лися у стані асфіксії, недоношеними. Для них характерна гіпотрофія, затримка внутрішньоутробного розвитку плода. У новонароджених через 12–24 год розвивається неонатальний наркотичний абстинентний синдром і досягає свого максимуму протягом 24–48 год.

3. При веденні післяпологового періоду слід враховувати той факт, що синдром відміни розвивається у породілей відразу після пологів і підсилюється протягом доби. В зв'язку з цим породіллі нерідко покидають стаціонар. Ступінь тяжкості ураження новонародженого залежить від дози наркотику, тривалості його вживання матір'ю, а також часу останнього прийому.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Акушерские и перинатальные осложнения наркомании* / А. А. Зелинский, В. С. Битенский, А. В. Кожухарь и др. — Одесса: Чорномор'я, 1998. — 112 с.

2. *Иванец Н. Н., Анохина И. П., Стрелец Н. В.* Современное состо-

яние проблемы наркомании в России // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — Т. 97, № 9. — 1997. — С. 4-10.

3. *Иванец Н. Н., Винникова М. А.* Героиновая наркомания (постабстинентное состояние: клиника и лечение) — М.: Медпрактика, 2000. — 122 с.

4. *Ивасюк В. П., Филиппович С. А.* Государственная политика в сфере профилактики наркомании и СПИДа в Украине // Междунар. мед. журнал. — 1997. — Т. 3, № 4. — С. 71-75.

5. *Москаленко В. Д.* Наркотики и беременность. Вопросы наркологии // Сов. медицина. — 1991. — № 10. — С. 39-41.

6. *Пальчик А. Б.* Клинико-электроэнцефалографическая характеристика опийного абстинентного синдрома у новорожденных // Педиатрия. — 2001. — № 3. — С. 29-34.

7. *Руководство по наркологии.* — Том II / Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Медпрактика, 2002. — 504 с.; Т. I. — 444 с.

8. *Серов В. Н., Абубакирова А. М., Баранов И. И.* Возможности применения эфферентных методов в лечении наркоманий у беременных // Акушерство и гинекология. — М.: Медицина, 2001. — № 1 — С. 54-56.

9. *Эванс А.* Наркомания у беременных // Акушерство: Справ. Калифор. ун-та. — М.: Практика, 1999. — С. 51-67.

10. *Chavkin W.* Drug treatment in pregnancy // In the Baby Book, March of Dimes. — N. Y., 1991.

11. *Doering P. L., Stewart R. B.* The extent and character of drug consumption during pregnancy // JAMA. — 1978. — Vol. 239. — P. 843-6.

12. *Gazaway P.* Substance Abuse and Pregnancy // Management of High-Risk Pregnancy / Ed. John T. Queenan. — Boston Blackwell scientific publication, 1994. — P. 16-24.

13. *Maternal lifestyle study: Drug exposure during pregnancy and short-term maternal out-comes* / C. K. Banger, S. Shankaran, H. S. Bada et al. // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2002. — Vol. 186. — P. 487-495.

14. *Patterns of cocaine binding: Effect on pregnancy* / G. Burkett, S. Y. Yasin, D. Pallow et al. // Am J Obstet. Gynecol. — 1994. — Vol. 171. — P. 372-379.

15. *Strang J., Sheridan J.* Heroin prescribing in the "British system" of the mid 1990s: data from the 1995 national survey of community pharmacies in England and Wales // Drug and Alcohol Review. — 1997. — Vol. 16. — N 1. — P. 7-16.

УДК 616.33-002.44-06:616.37-002.2]-074/078

Т. М. Христинч, Т. Б. Кендзерська

КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ І ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Система вивчення гастроентерологічної патології в усьому світі має монозоологічний характер, що суперечить висновкам практичної медицини. Роботи деяких авторів [3; 4] свідчать про те, що в 70–90 % випадків хвороби органів травлення поєднуються між собою, а з віком супроводжуються захворюваннями інших органів і систем.

Анатомічні зв'язки органів дуоденопанкреатичної зони,

спільність їх васкуляризації та іннервації нерідко поєднують виразкову хворобу (ВХ) з хронічним панкреатитом (ХП). При цьому змінюється класичний перебіг основного захворювання, ускладнюються його діагностика та лікування.

Ураження шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) часто супроводжується пригніченням зовнішньосекреторної функції підшлункової залози

(ПЗ), що зумовлено дефіцитом ендогенного секретину та холецистокініну-панкреозиніну (ХК-ПЗ). При цьому в більшості випадків переважає зниження гідрокінетичної діяльності залози, що можна пояснити більш поверхневим розташуванням S-клітин, які продукують секретин, порівняно з G-клітинами, в яких відбувається синтез ХК-ПЗ [2]. У хворих, які страждають на ВХ

