

ганізмі жінки може призводити до великої кількості перинатальних і акушерських патологій: недоношуваності, мертвонароджуваності, затримки росту плода, наявності внутрішньоутробної інфекції плода і новонародженого. Ерозія шийки матки (ЕШМ), за даними різних авторів, трапляється у 15–20 % жінок, які очікують народження дитини. Небезпека ерозії при вагітності в тому, що шийка матки може інфікуватися патогенними мікроорганізмами, які призводять до розвитку важкого запального процесу, спричиняють інфікування плодових оболонок та ембріона, а в подальшому, і плода.

Мета — оцінити роль пієлонефриту при вагітності у жінок із патологією шийки матки.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 60 жінок репродуктивного віку в I та II триместрах гестації. Вік пацієнток коливався в межах 18–35 років. Вагітні були розподілені на дві групи: до складу I групи увійшли 34 жінки, у яких було виявлено пієлонефрит у поєднанні з ЕШМ, а до II групи — 26 осіб, у яких діагностували лише вагітність та ЕШМ. Пацієнткам проводили загальноклінічні методи дослідження (загальний аналіз крові, сечі, аналіз сечі за Нечипоренком, бактеріологічний посів сечі), здійснювали збір скарг, з'ясовували анамнез, проводили огляд шийки матки в дзеркалах, бімануальне дослідження, взяття матеріалу для бактеріологічного й онкоцитологічного дослідження, просту та розширену кольпоскопію, УЗД, оцінювали стан плода.

Результати дослідження. Першовагітних у I групі було 9 (26,5 %) жінок, у II групі — 15 (57,7 %) осіб. Серед повторновагітних I групи попередні вагітності закінчилися пологами у 15 (44,1 %) осіб, абортми — у 8 (23,5 %), пологами й абортми — у 2 (5,9 %); у II групі — відповідно у 6 (23,1 %), 4 (15,4 %) та 1 (3,8 %) особи. Аналіз анамнезу показав, що 16 (47,1 %) пацієнток I групи та 6 (23,1 %) II групи мали обтяжений гінекологічний анамнез. Частіше діагностували умовно-патогенні збудники (уреаплазма, мікоплазма, гарднерели), що могло бути причиною порушень мікробіоценозу піхви у пацієнток I групи.

Серед мікс-інфекцій переважали бактеріально-вірусні асоціації, які частіше траплялись у жінок I групи — у 76,5 % осіб, ніж у пацієнток II групи — 30,8 % ($p < 0,05$). Частота випадків мікс-інфекцій серед вагітних з патологією шийки матки та пієлонефритом була вищою, ніж серед осіб з вагітністю й ЕШМ. Отримані дані свідчать про поширення частоти мікс-інфекцій, особливо у випадках поєднаної патології у вагітних, що значно обтяжує перебіг як патологічного процесу шийки матки, так і вагітності. У жінок I групи діагностували запальні зміни в загальному ана-

лізі сечі, аналізі сечі за Нечипоренком і бактеріологічному посіві сечі, у пацієнток II групи дані зміни поодинокі.

Вагітність на фоні пієлонефриту та ЕШМ перебігала з ускладненнями у 26 (76,5 %) жінок, у пацієнток II групи ускладнення були виявлені у 4 (15,4 %) осіб ($p < 0,05$). Серед ускладнень вагітності у жінок I групи домінували залізодефіцитна анемія (35,7 %), дисфункція плаценти (23,1 %), невиношування вагітності (19,2 %), прееклампсія (15,4 %). У пацієнток II групи домінували дисфункція плаценти та прееклампсія. Післяпологові запальні ускладнення в I групі констатували у 26,5 % осіб, у II групі — у 11,5 % породілей ($p < 0,05$). Асфіксію та морфофункціональну незрілість новонароджених також частіше (в 1,2 разу) виявлено у матерів I групи, ніж у породілей II групи.

Висновки. За результатами проведених досліджень слід констатувати, що пієлонефрит у поєднанні з патологією шийки матки на фоні вагітності ускладнює її перебіг і протікання пологів, призводить до більшої кількості перинатальних та акушерських ускладнень. Отримані дані дають підставу для обґрунтування ефективних діагностично-лікувальних заходів у жінок групи ризику — вагітних із патологією шийки матки у поєднанні з пієлонефритом.

УЛЬТРАЗВУКОВИЙ СУПРОВІД ПАЦІЄНТІВ З ПОЛІТРАВМОЮ В УМОВАХ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ ЛІКАРНІ

**С. Б. Стречень, А. О. Соломка, В. І. Чернова,
Р. В. Бурсанов, К. Ю. Смуженко**

*Одеський національний медичний університет,
КНП «Міська клінічна лікарня № 1»,
Одеса, Україна*

У сучасних умовах усе більшу увагу лікарів хірургічного профілю привертає травматичне ушкодження внутрішніх органів. Причинами цього є кілька факторів: дорожньо-транспортні пригоди, внутрішні та зовнішні військові конфлікти, виробнича і побутова травми, падіння з висоти, збільшення кількості суїцидальних намагань, кульові та ножові поранення тощо. Перелічені фактори настільки розповсюджені, що нині травми й ушкодження — серед п'яти провідних причин інвалідизації та смертності в усьому світі й у нашій державі зокрема. Тому актуальність проведеного аналізу повсякденної роботи з удосконалення діагностичного процесу хворих

© С. Б. Стречень, А. О. Соломка, В. І. Чернова та ін., 2020

з поєднаною травмою черепа, грудної клітки, черевної порожнини і кінцівок очевидна.

Ультразвукове дослідження є доступним, неінвазивним, досить дешевим і, водночас, високо інформативним методом апаратного інструментального дослідження хворих. Метод входить у перелік широко представлених стандартів діагностики захворювань внутрішніх органів, хірургічної та гінекологічної патології, судинних проблем тощо. Нами, з метою підвищення якості контролю стану органів і включення в локальні та внутрішньолікарняні протоколи, здійснювався ультразвуковий моніторинг хворих з політравмою. Дослідження проведено на базі багатопрофільної міської лікарні, яка щодня надає висококваліфіковану лікарську допомогу хворим, хірургічну в тому числі, а кожну другу парну добу здійснює цілодобове чергування по всьому місту з надання допомоги хворим із політравмою.

Приймальне відділення → операційна, або відділення реанімації, або спеціалізоване хірургічне, травматологічне, нейрохірургічне відділення — внутрішньолікарняний шлях пацієнтів, закріплений відповідним протоколом. І на шляхах верифікації тяжкості стану пацієнтів включаються рентгенологічні дослідження, комп'ютерна діагностика, ультразвукові методики. Ультразвукові дослідження в нашій клініці здійснюються за допомогою ультразвукового мобільного сканера "Mindray-7" і ультразвукового апарата експертного класу "Toshiba Aplio-300". Дослідження проводяться щодня, а в день ургентації цілодобово, що значно підвищує дієвість діагностичного процесу і максимально скорочує термін надання інформації вузькопрофільним спеціалістам. Лікарі УЗД мають доступ до приймального відділення, операційного блока, відділення реанімації тощо.

Слід зазначити, що за останні 5 років значно збільшилася кількість госпіталізованих хворих у лікарню (у середньому 15 000–16 000 за рік), переважна кількість хворих надходить за ургентними показаннями (відсоток ургентності наближається до 85–90 %). Відповідно через відділення ультразвукової діагностики щороку проходить близько 12 000–13 000 пацієнтів, з них 500–600 хворих із політравмою, що становить 5–6 % і потребує здійснення FAST-протоколу (Focused Assessment with Sonography for Trauma). Даний протокол запроваджений у роботу клініки, розроблений відповідний бланк протоколу, який заповнюється лікарем поряд з повною інформацією про стан внутрішніх органів й у подальшому аналізується спільно сонологом і провідним спеціалістом і черговим лікарем. Згідно з протоколом, проводиться послідовний пошук вільної рідини (крові) в гепаторенальній кишені, правій плевральній порожнині, у спленоренальній ки-

шені, лівій плевральній порожнині, надлобковій ділянці, у субкостальній ділянці та верхній частині грудної клітки. Обстеження суворо лімітовано в часі (найчастіше в перші 15–20 хв після надходження до стаціонару, інколи одразу при надходженні хворого в операційну безпосередньо з карети швидкої допомоги), без підготовки, часто без свідомості хворого, що утруднює діагностику.

Слід зазначити, що вік хворих найчастіше молодий або середній (25–35 років) і переважна стать — чоловіча, що в цілому відповідає державній статистиці та, на жаль, супроводжується тривалими періодами реабілітації та одужання. Пацієнти надходили переважно у вечірній або нічний час, часто з місця пригоди та в стані алкогольного сп'яніння, що теж утруднює діагностичний процес і потребує певного навичку спілкування з боку лікаря. Вільна рідина (кров) локалізується, за результатами наших досліджень, найчастіше в гепаторенальній і спленоренальній кишенях, надлобковій ділянці, супроводжується тяжким або середньотяжким загальним станом хворих і потребує негайного надання оперативної допомоги у вигляді лапароскопії або лапаротомії. При утриманні від хірургічного втручання ультразвуковий контроль необхідний для реєстрації в динаміці рівня вільної рідини (об'єм і рівень) — отримана картина зіставляється з клінічним станом пацієнта. Рішення про подальшу тактику приймається колегіально, за обов'язкової участі лікаря УЗД. З нашої точки зору, необхідним є зворотний контакт між лікарями з метою оптимізації діагностичного процесу (правильність поставленого діагнозу, кількість і локалізація рідини, стан внутрішніх органів).

Таким чином, чутливість і достовірність зазначеної ультразвукової методики досягає приблизно 90 % і повинна виконуватися на етапах клінічного руху пацієнта з політравмою. Методика є доступною, низьковартісною, точною, що робить її використання необхідним у діагностичному процесі.

НОВІ ПІДХОДИ ДО ФАРМАКОТЕРАПІЇ ІДЕОПАТИЧНОГО ЛЕГЕНЕВОГО ФІБРОЗУ

О. О. Яковлева, А. О. Жамба,
О. Ю. Гойна-Кардасевич

*Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова, Вінниця, Україна*

Ідеопатичний легеневий фіброз (ІПФ) — прогресуюче хронічне захворювання з ураженням інтерстицію, негативним прогнозом і передчас-

© О. О. Яковлева, А. О. Жамба, О. Ю. Гойна-Кардасевич, 2020