

У всіх жінок, де була виявлена поєднана інфекція, після лікування обстеження на уреоплазму та мікоплазму дало негативний результат.

ВИСНОВКИ 1. Лікування препаратом "Протефлазид" за схемою, запропонованою автором, дає позитивний результат, що підтверджується змінами перебігу генітального герпесу – після лікування у 31 жінок (77,5%) не було рецидивів, у 9 жінок (22,5%) рецидив був, але його перебіг змінився – клінічні прояви стали менш вираженими та скоротився період загострення.

2. Отримано позитивний результат при лікуванні бактеріально-вірусної інфекції, що констатується даними лабораторного дослідження після лікування.

3. При використанні піхвових тампонів з розчином протефлазиду при ендocerвіцитах вірусно-бактеріальної етіології, кольпітах та порушенні мікробіоценозу піхви на фоні базової терапії спостерігався стійкий позитивний ефект.

1. Генитальная инфекция, вызванная вирусом простого герпеса (обзорная информация) // ЗППП. – 1994. – №3. – С.5-8.

2. Семенова Т.Б. Простой герпес. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. // Автореф. дис. д.м.н. – 2000. – М. – 48 с.

3. Гринкевич Т.М. Эффективность лечения генитального герпеса втичиным препаратом "Протефлазид". // Вісник Сумського державного університету. – 2003 №7(53). – С.128-134.

4. Марченко Л.А. Генитальная герпетическая инфекция у женщин. (клиника, диагностика, лечение) // Автореф. дис. д.м.н. – 1997 г.М. – 32 с.

5. Strand A. Long-term suppressive therapy for genital herpes in the immunocompetent host. Herpes. 1999; 6: 25-7.

6. Генитальный герпес: международные рекомендации (L.Corey, A.Simmons, IHMF, 1999) // Информационное письмо Российской Ассоциации по гинекологической эндокринологии/ Марченко Л.А. -М., 2000. – 4с.

7. Инфекционные болезни: Руководство для врачей общей практики / Рахманова А.Г., Пригожин В.К., Неверов В.А. и др. – М.-СПб, 1995г – 304 с.

8. Клиника, лечение и лабораторная диагностика герпесвирусных заболеваний человека: Руководство для врачей/ Нестеренко В.Г., Бехало В.А., Ловенецкий А.Н. – М., 1998. – 46 с.

9. Лоуренс Кори. Вирусы простого герпеса // Внутренние болезни. В 10 книгах. Книга 4. Пер. с англ./ Под ред. Е. Браунвальда и др. – М. – Медицина. – 1994. – С.82-94.

10. Aral S.O., Wasserheit J.N. Interactions among HIV, other sexually transmitted diseases, socioeconomic status, and poverty in women// O'Leary A, Jemmot LS, editors/ Women at Risk: Issues in the Primary Prevention of AIDS. – Plenum press. – New York, 1995.

11. Fleming D.T., McQuillan G.M. et al. Herpes Simplex Virus Type 2 in the United States, 1976 to 1994// NEJM. – 1997. – №16. – P. 1105-1111.

Гоженко А.І., Москаленко Т.Я.

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК ВАГІТНИХ З ФПН НА ТЛІ НЕСУМІСНОСТІ КРОВІ ЗА АВ(0) СИСТЕМОЮ

Одеський державний медичний університет

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК ВАГІТНИХ З ФПН НА ТЛІ НЕСУМІСНОСТІ КРОВІ ЗА АВ(0) СИСТЕМОЮ – В умовах водно-солевого навантаження проведені дослідження ниркового кліренсу антипірину, як показника стану монооксигеназних ферментних систем у вагітних з ФПН на тлі несумісності крові за АВ(0) системою, в тому числі на фоні куріння. Під час куріння у вагітних з ФПН відбуваються зміни фосфатів і зниження нітритів і кальцію.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК БЕРЕМЕННЫХ С ФПН НА ФОНЕ НЕСОВМЕСТИМОСТИ КРОВИ ЗА АВ(0) СИСТЕМОЙ – В условиях водно-солевой нагрузки проведены исследования почечного клиренса антипирина, как показателя состояния монооксигеназных ферментных систем у беременных с ФПН на фоне несовместимости крови по АВ(0) системе, в том числе на фоне курения. При курении у беременных с ФПН происходят изменения функционального состояния почек: увеличение диуреза, экскреции фосфатов и снижение нитритов и кальция.

FUNCTIONAL STATE OF KIDNEYS IN PREGNANT WITH THE FETOPLACENTAL INSUFFICIENCY AND BLOOD INCOMPATIBILITY BY АВ(0) SYSTEM – In conditions of water-salt loading was investigated antipirin renal clearance as index of state of monoxygenase enzymatis systems in pregnant with fetoplacental insufficiency and АВ(0) incompatibility as well as in pregnant who smoked before pregnancy. At smoking in pregnant women with fetoplacental insufficiency changes the renal functioning: increasing of diuresis and phosphates excretion and decreasing of excretion of nitrites and calcium.

Ключові слова: вагітність, фетоплацентарна недостатність, несумісність крові за АВ(0) системою.

Ключевые слова: беременность, фетоплацентарная недостаточность несовместимость крови по АВ(0) системе.

Key words: pregnancy, fetoplacental insufficiency, АВ(0) incompatibility.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ І АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Відомо, що функціональний стан нирок при фізіологічній вагітності зазнає суттєвих змін, що спрямовані на адаптивну перебудову водно-солевого гомеостазу[1]. Порушення гормональних механізмів розвитку вагітності та розвиток фетоплацентарної недостатності (ФПН) викликає значні зміни функції нирок [2,3]. Між тим, функціональний стан нирок при ФПН різної етіології практично не вивчений. У зв'язку з цим метою роботи було вивчення функції нирок у вагітних з ФПН, що виникла на тлі несумісності крові за АВ(0) системою та в залежності від куріння.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Нами проведено дослідження 20 вагітних з ФПН на тлі несумісності крові за АВ(0) системою, які не курили до вагітності, в ІІІ триместрі (1 група) та 16 вагітних з ФПН на тлі несумісності крові за АВ(0) системою, які курили до вагітності на день не менше 10 цигарок, в ІІІ триместрі (2 група). Група порівняння складала 26 здорових вагітних жінок. Вагітні о 8-ій годині ранку випивали 0,25% розчин хлориду натрію з розрахунку 0,5% від маси тіла і впродовж години перебували в сидячому положенні. Через 60 хвилин жінки активно спорожняли сечовий міхур.

Статистичний аналіз отриманих результатів проводили з використанням критерію Стьюдента за загальновизначеним методом.

Як видно з таблиці 1, у третьому триместрі вагітних до водно-солевого навантаження відзначається зменшення спонтанного діурезу та вірогідне збільшення осмоляльності сечі у 1,3 раза у вагітних з ФПН, які не курили до вагітності порівняно зі здоровими вагітними. Між тим, концентрація та екскреція білка збільшується більш як у 1,5 раза. У групі вагітних з ФПН, які не курили до вагітності вірогідно збільшуються показники концентрації та екскреції креатиніну та нітритів. Проте концентрація аміаку дещо зменшується, а його екскреція зменшується більш як у 2 рази порівняно зі здоровими вагітними.

Між тим, у вагітних з ФПН на тлі несумісності крові за АВ(0) системою, які курили до вагітності, у третьому триместрі вагітних до водно-солевого навантаження відзначаємо вірогідне збільшення спонтанного діурезу у 1,3 раза та незначне підвищення осмоляльності сечі. Концентрація білка зменшується майже у 1,4 раза, попри те, що його екскреція не відрізняється від показників здорових вагітних. У групі вагітних з ФПН, які купили до вагітності, зростають показники концентрації та екскреції креатиніну. Разом з тим, концентрація нітритів залишається майже на рівні показників здорових вагітних.

Більш суттєві міжгрупові відмінності показників діяльності нирок спостерігаємо за умов водно-солевого навантаження, таблиця 2.

Таблиця 1. Функціональний стан нирок у вагітних з ФПН на тлі несумісності за АВ(0) системою крові та куріння (III триместр, I порція, M ±m)

Показники	ФПН		Здорові вагітні n = 26
	Вагітні, які не курили n = 20	Вагітні, які курили n = 16	
Діурез, мл	100±25,17; p<0,05	145,3±21,4; p<0,05	108,3±51,21
Осмоляльність, мосм/л	677,7±24,29; p<0,05	620,0±61,5; p<0,05	509,0±113,27
Е ОАР, мосм/год	164,4±77,14; p<0,05	86,3±15,23; p<0,05	71,3±20,74
U білка, мг/л	56,3±18,22; p<0,05	22,5±2,35	30,9±11,33
Е білка, моль/год	5,7±0,65; p<0,05	3,2±0,49	3,3±0,94
U креатиніну, мг/л	9,2±2,21; p<0,05	10,1±1,39; p<0,05	7,9±1,22
Е креатиніну, ммоль/год	2,6±0,59; p<0,05	1,4±0,19; p<0,05	1,1±0,37
U кальцію, ммоль/л	4,4±0,25; p<0,05	3,3±0,64	2,9±0,76
Е кальцію, ммоль/год	1,1±0,59	0,5±0,14; p<0,05	1,3±0,54
U фосфору, ммоль/л	14,9±3,78	18,8±5,03; p<0,05	10,0±4,03
Е фосфору, ммоль/год	4,3±2,67; p<0,05	3,1±1,07; p<0,05	1,3±0,46
U NO ₂ , ммоль/л	12,7±6,1; p<0,05	2,8±0,6	2,5±0,6
Е NO ₂ , мкмоль/год	1,3±0,2; p<0,05	0,4±0,2; p<0,05	0,7±0,04
U Cl, ммоль/л	90,6±30,2	98,1±21,56	109,0±21,3
Е Cl, ммоль/год	45,3±4,6; p<0,05	12,2±2,78; p<0,05	7,7±1,1

n – кількість пацієнтів в групі;

p – показник достеменних відмінностей порівняно із здоровими жінками.

Таблиця 2. Функціональний стан нирок у вагітних з ФПН на тлі несумісності за АВ(0) системою крові та куріння (III триместр, II порція, M ±m)

Показники	ФПН		Здорові вагітні n = 26
	Вагітні, які не курили n = 20	Вагітні, які курили n = 16	
U антипірину	28,1±3,55; p<0,05	19,6±3,11; p<0,05	23,0±4,71
Е антипірину	3,4±1,37; p<0,05	2,0±0,58; p<0,05	3,0±0,81
Діурез, мл	80,7±35,8; p<0,05	134,2±24,78; p<0,05	155,056,36
Осмоляльність, мосм/л	543,0±53,6; p<0,05	376,5±76,79;	399,5±93,06
Е ОАР, мосм/год	42,8±16,66	50,1±13,26; p<0,05	73,2±28,94
U білка, мг/л	14,8±2,27; p<0,05	21,3±5,57; p<0,05	46,6±18,22
Е білка, ммоль/год	2,4±0,4; p<0,05	2,5±0,49; p<0,05	4,2±1,47
U креатиніну, мг/л	1,9±0,39; p<0,05	3,7±0,68; p<0,05	9,8±1,76
Е креатиніну, ммоль/год	0,3±0,13; p<0,05	0,6±0,1	1,0±0,28
U сечовини, мг/л	8,2±2,97; p<0,05	82,0±7,6; p<0,05	16,3±3,22
Е сечовини, ммоль/год	0,4±0,19; p<0,05	9,8±1,63; p<0,05	2,1±0,4
U кальцію, ммоль/л	5,3±1,77; p<0,05	2,5±0,35	2,3±0,51
Е кальцію, ммоль/год	2,3±0,62; p<0,05	0,4±0,11	0,5±0,2
U фосфору, ммоль/л	7,6±1,25	17,3±8,43; p<0,05	8,1±2,49
Е фосфору, мкмоль/год	0,3±0,5; p<0,05	0,9±0,18	1,3±0,49
U аміаку, ммоль/л	5,0±1,98; p<0,05	62,9±15,97	41,5±10,34
Е аміаку, мкмоль/год	0,1±0,01; p<0,05	4,1±0,89	5,2±1,31
U NO ₂ , ммоль/л	8,1±1,8; p<0,05	6,2±1,6	5,8±0,6
Е NO ₂ , мкмоль/год	0,6±0,1; p<0,05	0,8±0,04	0,9±0,1
U Cl, ммоль/л	77,4±25,8; p<0,05	66,3±19,63	48,7±9,3
Е Cl, ммоль/год	11,6±3,87; p<0,05	6,2±2,04; p<0,05	3,9±0,9

n – кількість пацієнтів в групі;

p – показник достеменних відмінностей порівняно із здоровими жінками.

У третьому триместрі після водно-сольового навантаження спостерігали вірогідне зменшення діурезу та збільшення осмоляльності майже у 1,5 раза у групі вагітних з ФПН на тлі несумісності крові за АВ(0) системою, які не курили до вагітності. Концентрація та екскреція антипірину має тенденцію до збільшення порівняно з контрольною групою. Концентрація та екскреція білка у групах вагітних з ФПН зменшується майже у 3 рази порівняно зі здоровими вагітними. У групі вагітних з ФПН спостерігаємо вірогідну тенденцію до зниження показників концентрації та екскреції креатиніну у 5 разів, сечовини – у майже 2 рази. Проте концентрація нітритів статистично не відрізняється від контролю, але його екскреція збільшилась майже у 1,5 раза порівняно з контрольною групою.

У групі вагітних з ФПН на тлі несумісності крові за АВ(0) системою, які курили до вагітності не менше 10 цигарок на день, у третьому триместрі після водно-сольового навантаження спостерігаємо вірогідне зменшення діурезу у 1,2 раза та осмоляльності у групі вагітних з ФПН. Концентрація та екскреція антипірину має тенденцію до зменшення порівняно з контрольною групою. Концентрація та екскреція білка та креатиніну у групах вагітних з ФПН зменшується майже у 2 рази порівняно зі здоровими вагітними. У групі вагітних з ФПН спостерігали вірогідну тенденцію до підвищення показників концентрації та екскреції хлору у 2 рази порівняно зі здоровими вагітними, але концентрація та екскреція нітритів статистично не відрізнялись від контролю.

ВИСНОВКИ 1. У вагітних з ФПН, що розвивається на тлі несумісності крові за АВ(0) системою, порушується функціональний стан нирок, зростає протеїнурія та виведення осмотично активних речовин, хлору, нітритів та креатиніну. 2. При курінні у вагітних з ФПН, що розвивається на тлі несумісності крові за АВ(0) системою, відбуваються подальші зміни функціонального стану нирок: збільшення діурезу, екскреції фосфатів та одночасне зменшення екскреції нітритів і кальцію.

1. Дикусаров В.В., Гоженко А.И. Состояние осморегулирующей функции почек при позднем токсикозе беременных // Вопросы охр. материнства и детства. – 1984. – №10. – С.52-56.

2. Запорожан В.Н., Гоженко А.И., Свирский А.А., Зелинский А.А. Гормональные факторы регуляции водно-электролитного обмена в патогенезе нарушений гемодинамики при преэклампсии // Физиологичний журнал. – 2000. – Т.46, №2. – С.48-54.

3. Запорожан В.Н., Свирский А.А., Гоженко А.И. и др. Ренин-ангиотензин-альдостероновая система у беременных с гестозом // Медицинская химия. – 2001. – Т.3, №2. – С.55-57.

Артимович А.І.

ПРОФІЛАКТИКА І КОРЕКЦІЯ ІНТРАНАТАЛЬНОЇ ГІПОКСІЇ ПЛОДА В КОМПЛЕКСНОМУ ЗНЕБОЛЮВАННІ ПОЛОГІВ

Тернопільський клінічний пологовий будинок

ПРОФІЛАКТИКА І КОРЕКЦІЯ ІНТРАНАТАЛЬНОЇ ГІПОКСІЇ ПЛОДА В КОМПЛЕКСНОМУ ЗНЕБОЛЮВАННІ ПОЛОГІВ – У комплексі надання акушерської допомоги роділлям, при знеболюванні пологів, важливе місце займає профілактика і корекція інтранатальної гіпоксії плода. Запропоновано застосування препарату Магне-В6 як складової частини терапії. Наведена методика дає змогу збільшити стійкість плода до гіпоксії. Це дає можливість підвищити ефективність і безпечність комплексного знеболювання пологів.

ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ИНТРАНАТАЛЬНОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА В КОМПЛЕКСНОМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ РОДОВ – В комплексе предоставления акушерской помощи роженицам, при обезболивании родов, важное место занимает профилактика и коррекция интранатальной гипоксии плода. Предложено использование препарата Магне-В6 как составной части терапии. Данная методика даёт возможность увеличить устойчивость плода к гипоксии. Это позволяет повысить эффективность и безопасность комплексного обезбоживания родов.

PROPHYLAXIS AND CORRECTION OF THE INTRANATAL HYPOXIA OF THE FETUS AT THE COMPLEX LABOUR PAIN RELIEF – In a complex of obstetric care to parturient women, at a labour pain relief, the important role belongs to with prophylaxis and correction of an intranatal hypoxia of fetus. Use of preparation Magne-V6 is offered as a component of therapy. The given technique enables to increase fetus fastness to hypoxia. It allows to raise the efficiency and safety of complex labour pain relief.

Ключові слова: знеболювання пологів, інтранатальна гіпоксія, плід, стійкість до гіпоксії.

Ключевые слова: обезболивание родов, интранатальная гипоксия, плод, устойчивость к гипоксии.

Key words: labour pain relief, intranatal hypoxia, fetus, fastness to hypoxia.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ І АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проблема попередження і лікування інтранатальної гіпоксії плода, її вплив на потенціал розвитку дитини, враховуючи сьгоднішній стан народження дітей на Україні, є однією з найактуальніших проблем в акушерстві. Підвищення стійкості до інтранатальної гіпоксії у плода дає можливість зменшити кількість новонароджених із високим ступенем ризику ураження центральної нервової системи [3, 6].

Бурхливий розвиток медицини ставить більш високі вимоги щодо якості надання медичної допомоги і впровадження нових методик лікування [4]. Зокрема, використання ефективного і безпечного знеболювання у жінок, які народжують дітей шляхом фізіологічних пологів, стає одним із пріоритетних напрямків розвитку акушерської анестезіології у цілому світі [5, 6]. Зважаючи на багатогранну дію препаратів, які застосовуються для досягнення адекватного знеболювання пологів, серйозне занепокоєння серед акушерів, неонатологів та анестезіологів викликає проблема інтранатальної гіпоксії плода і асфіксії новонародженого [1, 2, 4].

Застосування іонів магнію, з метою підвищення стійкості організму плода і новонародженого до гіпоксії, є одним із шляхів вирішення проблеми. Іони магнію беруть участь у всіх процесах гомеостазу – регуляції вуглеводного, білкового

обміну, активації ферментів, транспорті калію і натрію, регуляції гемостазу. Магній посилює дію наркотиків і анагетиків, сприятливо впливає на плід, за рахунок збільшення матково-плацентарного кровотоку і підвищення рівня простагліну[3].

У нашому пологовому будинку розроблено методику комплексного знеболювання пологів, в основу якої закладено не тільки досягнення ефективного і безпечного знеболювання у роділлі, але й попередження і корекція інтранатальної гіпоксії плода. При виконанні наукового дослідження було взято до уваги те, що препарат Магне-В6 здатний підвищувати стійкість організму до гіпоксії, стимулюючи активність ферментів вуглеводного обміну. Беручи до уваги наведену вище властивість Магне-В6, цілком логічними є прогнозування зростання стійкості організму плода до гіпоксії в результаті комбінованого застосування агоніст-антагоніста опіоїдних рецепторів Стадол з препаратом Магне-В6, що проявиться надійною і ефективною корекцією і профілактикою інтранатальної гіпоксії плода при комплексному знеболюванні пологів.

Слід зауважити, що спазмолітична, послаблююча, жовчогінна і токолітична дія магнію починає проявлятися при його болюсному введенні внутрішньом'язово в кількості 200-400 мг, що в кілька разів перевищує дозу магнію в препараті Магне-В6, який до того ж приймається *per os*. Ефективність магнію у складі препарату Магне-В6 пояснюється його взаємодією із піридоксину гідрохлоридом, що проявляється покращенням всмоктування магнію з шлунково-кишкового тракту, підвищенням проникності клітинної мембрани і фіксації іонів магнію всередині клітини.

Метою дослідження є вивчення впливу препарату Магне-В6 на профілактику інтранатальної гіпоксії плода при комплексному знеболюванні пологів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Досліджено 115 вагітних жінок, які були поділені на дві рандомізовані групи. До першої, контрольної групи, входило 48 роділі, які народжували шляхом фізіологічних пологів із комплексним знеболюванням: епідуральною аналгезією – 21 і внутрішньовенною аналгезією 0,2% розчином стадолу – 27. У другій групі із 67 жінок на фоні комплексного знеболювання пологів застосовувався Магне-В6: епідуральна аналгезія – 26 і внутрішньовенна аналгезія стадалом – 41 роділля.

Препарат Магне-В6 приймався у дозі 0,15 мл/кг маси пацієнтки *per os*, за 45 хвилин до початку знеболювання.

Стан плода оцінювався за шкалою Fisher. Оцінка новонародженого проводилась за шкалою Apgar і шляхом моніторингу апаратом "PHYSIO CONTROL LIFESTAT 1600" протягом 30-50 хвилин після народження.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Ефективність впливу Магне-В6 на профілактику і корекцію інтранатальної гіпоксії і асфіксії новонародженого оцінено за наступними параметрами: