

ступеня, достовірно не відрізняється від аналогічних показників у здорових жінок, $p > 0,05$ (див. таблицю). Однак отримані дані дозволяють твердити, що в умовах тривалої інсулінової недостатності в організмі спостерігається виснаження функції більшості систем адаптації, що призводить до вста-

новлення недосконалих і нестійких компенсаторно-присосовних механізмів. Гормональний дисбаланс на фоні інсулінової недостатності сприяє активації катаболічних процесів, продукти яких, вочевидь, порушують нормальний стан плода.

Таблиця. Вміст імунореактивного інсуліну і глюкагону в крові матері, навколоплідних водах і пуповинній крові при цукровому діабеті з урахуванням стану дитини при народженні

Група обстежених	ІРІ, мкОд/мл			Глюкагон, нг/мл		
	Кров вагітної	Навколоплідні води	Пуповинна кров	Кров вагітної	Навколоплідні води	Пуповинна кров
1. Здорові	40,1±3,03	23,2±3,31	10,3±1,15	99,4±6,6	120,5±8,8	157,4±10,3
2. Хворі на ЦД при легкому ступені асфіксії у дитини	46,6±4,0	142,4±8,8	42,0±3,6	102,8±7,0	123,7±7,2	161,2±9,0
3. Хворі на ЦД при середньому ступені асфіксії у дитини	52,5±3,7	130,2±7,5	49,2±3,7	116,6±6,8	130,5±6,6	163,3±8,7
4. Хворі на ЦД при тяжкому ступені асфіксії у дитини	25,0±1,96	112,6±6,3	20,7±1,83	149,3±8,8	156,0±6,1	192,2±8,0
5. Хворі на ЦД при перинатальних втратах	11,5±1,5	80,2±5,0	–	162,7±7,6	168,6±9,9	–
p ₁₋₂	> 0,05	< 0,001	< 0,001	> 0,05	> 0,05	> 0,05
p ₁₋₃	< 0,01	< 0,001	< 0,001	> 0,05	> 0,05	> 0,05
p ₁₋₄	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
p ₁₋₅	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
p ₂₋₃	> 0,05	> 0,05	> 0,05	< 0,05	> 0,05	> 0,05
p ₂₋₄	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
p ₂₋₅	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
p ₃₋₄	< 0,001	< 0,01	< 0,001	< 0,01	< 0,001	< 0,001
p ₃₋₅	< 0,001	< 0,005	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001
p ₄₋₅	< 0,001	< 0,001	< 0,001	> 0,05	> 0,05	> 0,05

При аналізі показників у хворих, що народили дітей у тяжкому стані, звертає на себе увагу підвищений рівень глюкагону в крові матері, навколоплідних водах та в крові плода (відповідно, (149,3±8,8); (156,0±6,1) та (192,2±8,0) нг/мл проти (102,8±7,0); (123,7±7,2) та (161,2±9,0) нг/мл у жінок, які народили дітей без асфіксії, $p < 0,001$) і значно підвищений його рівень в крові та навколоплідних водах у жінок з перинатальними втратами ((162,7±7,6) та (168,6±9,9) нг/мл, $p < 0,001$).

ВИСНОВОК Одержані дані дозволяють припустити, що у хворих на цукровий діабет висока функціональна активність інсулярного апарату плода поєднується із зниженою функцією α -клітин його підшлункової залози. Інертність підшлункової залози плода, який народився в тяжкому стані, може бути результатом виснаження функціональної активності α - і β -клітин внаслідок тривалого впливу некомпенсованої гіперглікемії та гіпоксії. Менш помітні коливання рівня глюкагону в крові пуповини порівняно з такими в навколоплідних водах можуть бути обумовлені впливом пологового стресу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Солонець М.І. Цукровий діабет і вагітність (прогнозування ускладнень, профілактика та лікування): Автореф. дис. ... д-ра мед.наук: 14.01.01. – К., 1993. – 35 с.
2. Попова Л.М. Метаболічні зрушення у вагітних з інсулінзалежним ЦД // Одеський мед.журнал. – 1998. – № 1. – С. 33.
3. Галина Т.В., Костин І.Н., Левантовская І.Н., Кузнецова О.А. Исход беременности и родов в зависимости от клинического течения сахарного диабета // Вестник Росс. ассоциации акушеров-гинекологов. – 1999. – № 1. – С. 87-91.
4. Тетермен Дж., Тетермен Х. Физиология обмена веществ и эндокринной систем: Пер. с англ. – М.: Мир, 1989. – 653 с.
5. Reaven G.M. Role of insulin resistance in human disease // Diabetes / - 1988 / - Vol.37, № 12. – P. 1595-1607.
6. Педерсон Ерген. Диабет у беременной и ее новорожденного. Пер. с англ. – М.: Медицина, 1979. – 332 с.
7. Евсюкова Н.И., Кошелева Н.Г. Сахарный диабет беременных и новорожденных. – С.Пб.: Спец.лит., 1996. – 268 с.
8. Балаболкин М.И. Диабетология. – М.: Медицина, 2000. – 672 с.

УДК 618.3–008.6–06:616.12–008.331.1]–08

Маланчин І.М.

НОВІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ПРЕЕКЛАМПСІЇ У ВАГІТНИХ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

НОВІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ПРЕЕКЛАМПСІЇ У ВАГІТНИХ – Дане дослідження присвячене вивченню ефективності застосування нормодипіну і небівололу у вагітних з преєкламписією і гестаційною гіпертензією. Під спостереженням перебувало 98 вагітних у терміні гестації 32-38 тижнів. Виявлена достатня ефективність нормодипіну, оскільки вже через 24-48 годин від початку лікування у 78,9 % вагітних АТ нормалізувався. Оптимального антигіпертензивного ефекту у обстежених 3-ї групи було досягнуто упродовж 5-10-денного регулярного приймання нормодипіну. При застосуванні

небівололу у вагітних 2-ї групи не виявлено негативного впливу на добове коливання АТ, найбільш ефективною була антигіпертензивна дія протягом 2-8 годин. У вагітних з еукінетичним і гіперкінетичним типом гемодинаміки АТ нормалізувався з 2-го дня лікування. Повний ефект щодо нормалізації АТ проявлявся на 8-12-й день лікування.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ – Настоящее исследование посвящено изучению эффективности использования нормодипина и небиволла у беременных с преэклампсией и гестационной гипертензией. Под

наблюденням находилось 98 беременных в сроке гестации 32-38 недель. Установлена эффективность нормодипина, поскольку уже через 24-48 часов от начала лечения у 78,9 % беременных АД нормализовалось. Наиболее оптимального эффекта у беременных 3-ей группы достигли через 5-10 дней лечения. При применении небиволола у беременных 2-ой группы наиболее эффективное действие было в первые 2-8 часов. У беременных с эукинетическим и гиперкинетическим типом гемодинамики АД нормализовалось со 2-го дня лечения. Полный эффект нормализации АД проявлялся на 8-12-й день лечения.

NEW APPROACHES TO TREATMENT OF THE HYPERTENSION AND PREECLAMPSIA IN PREGNANT WOMEN – The research is dedicated to Normodipine and Nebivolol efficiency study in gestation hypertension and preeclampsia treatment in pregnant women. 98 pregnant women in 32-38 weeks of gestation were observed.

The efficiency of Normodipine was evident in treatment of hypertension in pregnant with eukinetic and hypokinetic hemodynamic types. The arterial blood pressure became normal on 5-10 days of treatment, blood pressure started to decrease in 24-48 hours of treatment in 78,9 % pregnant women. Nebivolol was applied in pregnant with eukinetic and hyperkinetic hemodynamic types. The arterial blood pressure became normal on 8-12 days of treatment course. Nebivolol and Normodipine are new effective hypotensive drugs in hypertension and preeclampsia treatment. There were no negative effects on fetus and gestation course.

Ключові слова: преєклампсія, небіволол, нормодипін, вагітність.

Ключевые слова: преэклампсия, небиволол, нормодипин, беременность.

Key words: preeclampsia, nebivolol, normodipin, pregnancy.

ВСТУП Результати епідеміологічних досліджень останніх років свідчать, що гіпертензивні розлади та преєклампсія у вагітних є однією з основних причин материнської захворюваності та смертності [1]. Це обумовлено тим, що існує лише відносно невелика кількість сучасних гіпотензивних препаратів, які можна застосовувати під час вагітності, а також артеріальна гіпертензія в останні роки все частіше поєднується з іншою екстрагенітальною патологією (цукровий діабет, пієлонефрит, порушення ліпідного обміну та ін.). Сучасні дослідження довели роль дисфункції ендотелію в розвитку і прогресуванні преєклампсії. Антигіпертензивна терапія без супутньої корекції дисфункції ендотелію не може бути успішною. Тому необхідно призначати лише ті гіпотензивні препарати, які б не вступали в небажану фармакологічну взаємодію з лікарськими засобами з інших груп, були метаболічно нейтральними, негативно не впливали на розвиток плода, стимулювали вивільнення ендотеліалейного оксиду азоту [5].

Мета нашої роботи – вивчення ефективності гіпотензивного ефекту небівололу і нормодипіну у вагітних з преєклампсією залежно від типу гемодинаміки.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Під нашим спостереженням знаходилося 98 вагітних з артеріальною гіпертензією та преєклампсією в терміні вагітності 32-38 тижнів, які були розділені на 3 групи. У першу групу ввійшли 32 пацієнтки з преєклампсією легкого (26) і середнього (6) ступенів тяжкості, які отримували загальноприйняте лікування. Другу групу склали 36 вагітних з преєклампсією легкого (29) і середнього (7) ступенів тяжкості, які мали гіперкінетичний

чи еукінетичний тип кровообігу і отримували небіволол. 30 вагітних третьої групи (26 – з преєклампсією легкого і 4 – тяжкого ступенів) мали гіпокінетичний чи еукінетичний тип кровообігу і отримували нормодипін. Контрольну групу склали 24 здорових жінки з фізіологічним перебігом вагітності.

Всім обстеженим проводили клінічний і біохімічний аналізи крові, розширену коагулограму, загальний аналіз сечі, кардіотографічне і ультразвукове дослідження внутрішньо-утробного стану плода, фетоплацентарного комплексу в день госпіталізації та через 4-5 днів після лікування. Артеріальний тиск (АТ) вимірювали за Коротковим на обох руках через 15 хвилин спокою в положенні сидіння триразово з інтервалом 2 хв з реєстрацією найменшого значення з трьох вимірювань. Запис ЕКГ здійснювали за допомогою триканального електрокардіографа, стан серцевої гемодинаміки вивчали за даними ехокардіографії. При добовому моніторингу артеріального тиску аналізували середньодобові значення та амплітуду коливань систолічного (САТ), діастолічного (ДАТ) артеріального тиску та частоти серцевих скорочень (ЧСС). Порівнювали результати добового моніторингу АТ до приймання препаратів, в першу добу лікування та через 2 тижні.

У групі гіпотензивних засобів антагоністи кальцію відносяться до найбільш безпечних і ефективних для застосування в II та III триместрах гестації. Нашу увагу привернув новий препарат “Нормодипін”, який є дигідропіридином 2-го покоління. Він володіє антигіпертензивним ефектом, який продовжується більше 24 годин, завдяки повільному початку дії і пролонгованому ефекту не викликає компенсаторної тахікардії, на відміну від ніфедипіну. Нормодипін зменшує ступінь гіпертрофії міокарда лівого шлуночка, гальмує агрегацію тромбоцитів, збільшує швидкість клубочкової фільтрації, діурез, виявляє вазопрогекторну дію за рахунок посиленого утворення NO-синтетази, розслабляє м'язові волокна, зменшуючи опір у в'язових та периферійних судинах [3,5].

Небіволол – суперселективний β₁-блокатор 3-го покоління, єдиний серед β-блокаторів збільшує продукцію NO. Це дозволяє ефективно контролювати АТ і зберегти функції лівого шлуночка. Препарат поступово знижує ЧСС і АТ, зменшує системний оксидантний стрес, має дезагрегаційні властивості, не впливає негативно на інсулінорезистентність, на відміну від атенололу [2,4].

Ефективність та переносимість препаратів оцінювали за суб'єктивними і об'єктивними даними, отриманими при лікуванні, в балах.

Статистичну обробку результатів проводили з використанням пакету прикладних програм “Statistica”. Достовірність змін на фоні лікування оцінювали за допомогою критерія Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Основні показники гемодинаміки вагітних з гіпертензивними розладами і преєклампсією та з фізіологічним перебігом вагітності до лікування наведені в таблиці 1.

Таблиця 1. Гемодинамічні показники вагітних основних і контрольної групи до лікування

Групи		Показники		
		САТ, мм рт. ст.	ДАТ, мм рт. ст.	ЧСС, на 1 хв
1-а група	Еукінетичний тип кровообігу	149,6±8,4	95,3±3,7	82,2±3,7
	Гіперкінетичний тип кровообігу	150,5±11,6	97,3±4,2	85,9±5,3
	Гіпокінетичний тип кровообігу	144,8±9,6	96,2±2,9	81,5±3,8
2-а група	Еукінетичний тип кровообігу	148,5±8,6	95,4±2,9	81,2±3,8
	Гіперкінетичний тип кровообігу	149,3±15,7	96,7±3,6	85,9±5,7
	Гіпокінетичний тип кровообігу	–	–	–
3-я група	Еукінетичний тип кровообігу	147,4±7,3	93,9±2,7	82,3±3,4
	Гіперкінетичний тип кровообігу	–	–	–
	Гіпокінетичний тип кровообігу	144,6±8,9	94,7±4,7	80,4±4,3
Контрольна група		109,7±5,7	85,2±2,8	79,7±5,1

Найбільш сприятливо перебігав гестоз у вагітних з еукінетичним типом кровообігу, основні параметри ЕхоКГ не відрізнялись від показників контрольної групи. Залежності між типом гемодинаміки і ступенем підвищення АТ не виявлено.

Доведено, що найбільш несприятливим щодо перебігу прееклампсії і перинатальних втрат є гіпокінетичний тип кровообігу, оскільки при ньому підвищується загальний периферичний опір судин і порушується кровообіг в маткових і спіральних артеріях. При застосуванні небівололу у вагітних з гіпокінетичним типом кровообігу протягом перших двох днів нормалізації АТ не настало. Тому препарат замінили нормодипіном, що привело до нормалізації АТ на 2-гу добу лікування.

При застосуванні небівололу у вагітних 2-ї групи не виявлено негативного впливу на добове коливання АТ, найбільш ефективною була антигіпертензивна дія протягом 2-8 годин. У вагітних з еукінетичним типом гемодинаміки АТ нормалізувався з 2-го дня лікування. Максимальна добова доза у них була 5 мг на добу. Стабілізація САТ в межах 130 мм рт.ст. і нижче, ДАТ – нижче 90 мм рт.ст. у вагітних з гіперкінетичним типом гемодинаміки на фоні застосування до 10 мг на добу небівололу відбулася на 2-3-й день лікування. Побічної негативної дії при вживанні небівололу не було. Повний ефект щодо нормалізації АТ проявлявся, як правило, на 8-12-й день лікування.

Вагітним з прееклампсією і гіпертензивними розладами третьої групи призначали нормодипін. Аналіз результатів добового моніторингу АТ показав, що середньодобовий рівень як систолічного, так і діастолічного АТ вірогідно знизився ($p < 0,05$) вже в першу добу від початку лікування. Завдяки повільному початку дії і пролонгованому ефекту, нормодипін не викликав вираженої артеріальної гіпотензії, що негативно впливає на плід, забезпечував плавне зниження АТ упродовж 24 годин, позитивно впливав на рівень САТ і ДАТ, зменшував ступінь гіпертрофії міокарда лівого шлуночка, гальмував агрегацію тромбоцитів, підвищував швидкість клубочкової фільтрації. Виявлена достатня ефективність препарату, оскільки вже через 24-48 годин від початку лікування у 78,9 % вагітних АТ нормалізувався.

Оптимального антигіпертензивного ефекту у обстежених 3-ї групи було досягнуто упродовж 5-10-денного регулярного приймання нормодипіну.

Важливо відмітити, що своєчасна і адекватна антигіпертензивна терапія при гестаційній гіпертензії та прееклампсії – найбільш реальний спосіб профілактики перинатальних ускладнень у матері, плода і новонародженого. Сьогодні перевагу надають препаратам, які не лише ефективно контролюють АТ, але й впливають на основні патогенетичні ланки формування гестозу. Відносно невелику кількість антигіпертензивних препаратів дозволено застосовувати під час вагітності, серед них відповідне місце займають небіволол і нормодипін.

ВИСНОВКИ Таким чином, нормодипін можна з успіхом застосовувати при лікуванні гестозів у вагітних з еукінетичним і гіпокінетичним типами гемодинаміки, оскільки вже перша доза препарату має здатність поступово знижувати рівень АТ і утримувати досягнутий ефект упродовж доби. Поряд з антигіпертензивною дією, нормодипін зменшує добову варіабельність АТ і в цілому показники навантаження тиском. Поступове зниження АТ, попередження надмірних його коливань добре впливає на плід, позитивно сприймається вагітними і забезпечує гарну переносимість препарату. При лікуванні гестозу у вагітних з еукінетичним та гіперкінетичним типами кровообігу для стабільної корекції АТ рекомендовано застосовувати небіволол – суперселективний β_1 -блокатор III покоління.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ведення вагітності та пологів при пізніх гестозах, їх прогнозування, діагностика, лікування і профілактика: методичні рекомендації. – Київ, 1999. – 42 с.
2. Воронов Л.Г. Бета-адреноблокатор III покоління небіволол: перспективи применения при хронической сердечной недостаточности // Мислетьство лікування. – 2003. – №6. – С. 72-75.
3. Давидович И.М., Блощинская И.А., Петриченко Т.А. Гестационная артериальная гипертония. Механизмы формирования. Лечение нормодипином // Терапевтический архив. – 2003. – №10. – С. 5-54.
4. Маколкин В.И. Небиволол – представитель нового поколения β -адреноблокаторов // Кардиология. – 2000. – №1. – С. 69-71.
5. Черных В.П., Зупанец И.А., Зайченко А.В., Шевченко О.И. Фармацевтические аспекты рационального применения лекарственных препаратов в перинатологии // Клиническая фармация. – 2003. – Т.7, №3. – С. 3-10.

УДК 618.3:616.366–002

Ісламова О.В.

ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ З ХРОНІЧНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України

ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ З ХРОНІЧНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ – У статті представлена сучасна тактика ведення вагітних з хронічним холециститом в умовах жіночої консультації і стаціонарі. Показані основні принципи діагностики та лікування даної патології.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ – В статье представлена современная тактика ведения беременных с хроническим холециститом в условиях женской консультации и стационара. Показаны основные принципы диагностики и лечения данной патологии.

THE MANAGEMENT OF PREGNANT WOMEN WITH CHRONIC CHOLECYSTITIS – In this article there was shown the modern tactics of the management of pregnant women with chronic cholecystitis in maternity advice bureau and in-patient department. There were presented the basic principles of diagnostics and treatment of the given pathology.

Ключові слова: хронічний холецистит, вагітність, діагностика, лікування.

Ключевые слова: хронический холецистит, беременность, диагностика, лечение.

Key words: chronic cholecystitis, pregnancy, diagnostics, treatment.

ВСТУП Захворювання жовчного міхура та жовчовивідних шляхів посідають одне з провідних місць серед патології органів травлення [1]. Частіше цією патологією страждають жінки, серед вагітних вона зустрічається у 3 % випадків [3].

Хронічний холецистит – це хронічне рецидивуюче патологічне захворювання, пов'язане із загальними змінами у стінці жовчного міхура [1]. Основну роль в розвитку холециститу відіграють: інфекція, застій жовчі, харчова алергія. Розвитку інфекції сприяє зниження імунітету, наявність вогнищ хронічної інфекції (карієс, хронічний тонзиліт, коліт, пієлонефрит, синусит, андексит, період після перенесеного вірусного гепатиту) [2]. В жовчі знаходять переважно кишкову флору – кишкову паличку, ентерококи, а також стафілококи, стрептококи та інші. Певну роль відіграють гепатотропні віруси та паразитарні інвазії (лямбліоз, опісторхоз, аскаридоз тощо) [2,5].

Виділяють два види хронічного холециститу – калькульозний та безкам'яний, три стадії процесу – загострення, неповної ремісії та ремісії [1].