

Список літератури

1. Годлевський А. І. Імунна дисфункція як основа розвитку біліарного сепсису при ускладнених непухлинних обтураційних жовтяницях / А. І. Годлевський, С. І. Саволук, В. А. Кацал // Шпитальна хірургія. - 2013. - № 3. - С. 68-69.
2. Дутка Я. Р. Сучасні методи хірургічної корекції механічної жовтяниці у хворих на холедохолітіаз / Я. Р. Дутка, С. М. Чуклін // Шпитальна хірургія. - 2014. - № 2. - С. 82-87.
3. Єпіфанцев В. О. Гострий біліарний сепсис жовчнокам'яного генезу / В. О. Єпіфанцев // Львівський медичний часопис. - 2011. - Т. 17, № 3. - С. 43-45.
4. Петрушенко В. В. Особливості діагностики та хірургічної тактики при атипичних формах холедохолітіазу / В. В. Петрушенко // Український журнал хірургії. - 2011. - № 2. - С. 156-161.
5. Казаков В. Н. Поляризаційна мікроскопія в біології і медицині: монографія / В. Н. Казаков, В. Г. Шлопов - Донецьк : Каштан, 2008. - 320 с. Борисенко В. Б. Билиарний сепсис: критерії постановки діагнозу / В. Б. Борисенко // Шпитальна хірургія. - 2013. - № 3. - С. 116.

Саволук С.І., Лосев В.А.

ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ВЫБОРА ОПТИМАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ, КОТОРЫЙ ОСЛОЖНЕН ОСТРЫМ ХОЛАНГИТОМ, НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ РИСКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ БИЛИОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Резюме. Проанализированы результаты хирургического лечения 156 пациентов с холедохолитиазом, который осложнен острым холангитом. Изучались показатели, которые доказано определяют морфо-функциональные изменения в стенке холедоха и определяют возвратность патологических изменений: фенольный индекс (ГФ), шаг двойного лучепреломления (Го). С целью стратификации рисков развития послеоперационных осложнений (несостоятельность швов билиодигестивных анастомоза) и выбора дифференцированного подхода к хирургической коррекции явлений билиарной гипертензии разработана интегральная шкала оценки степени возвратности структурных изменений в стенке холедоха и риска возможной несостоятельности билиодигестивных анастомоза.

Ключевые слова: острый холангит, поляризаційна мікроскопія, фенольний індекс (ГФ), шаг двойного лучепреломления (Го), коллагеновые волокна, интегральная дифференциальная шкала.

Savoljuk S.I., Losjev V.O.

PERSONALIZATION CHOOSING THE OPTIMAL SURGICAL TACTICS IN CHOLEDOCHOLITHIASIS THAT COMPLICATED BY ACUTE CHOLANGITIS, BASED ON RISK ASSESSMENT BILIODIGESTIVE ANASTOMOSIS FAILURE

Summary. The results of surgical treatment of 156 patients with choledocholithiasis, which complicated acute cholangitis. Studied indicators that proved define morphological and functional changes in the wall choledochitis determined and reversibility pathological changes: phenol index (GF), step birefringence (Go). In order to stratification of the risk of postoperative complications (anastomotic failure biliodigestive stitches) and differentiated approach to the choice of surgical correction of biliary hypertension phenomena developed scale integrated assessment of the degree of reversibility of structural changes in the wall choledochitis and risk possible failure biliodigestive anastomosis.

Key words: acute cholangitis, polarization microscopy, phenol index (GF), step birefringence (Go), collagen fibers, integral differential scale.

Рецензент - д.мед.н., проф. Годлевський А.І.

Стаття надійшла до редакції 12.10.2015р.

Саволук Сергій Іванович - д. мед. н., доцент кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова; savoluk@meta.ua

Лосев Владислав Олександрович - аспірант кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; vlosev@2010.yandex.ua

© Голяновський О.В., Слободян Ю.В.

УДК: 618.396-08

Голяновський О.В., Слободян Ю.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, кафедра акушерства та гінекології № 1 (вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, 04112)

СУЧАСНА ПРОФІЛАКТИКА ТА ТЕРАПІЯ ЗАГРОЗИ ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГІВ

Резюме. У статті наведені дані щодо особливостей патогенезу, сучасної профілактики та терапії загрози передчасних пологів. Представлені результати клінічного дослідження ефективності сублінгвальної і вагінальної форм мікронізованого прогестерону в комплексній терапії передчасних пологів у терміні 22-30 тижнів.

Ключові слова: передчасні пологи, сублінгвальна форма мікронізованого прогестерону, вагінальна форма мікронізованого прогестерону, масляний прогестерон.

Вступ

Передчасні пологи є важливою медико-соціальною та демографічною проблемою. Незважаючи на вдос-

коналення знань про чинники ризику і механізми передчасних пологів, незважаючи на сучасні превентивні

заходи, частота народження недоношених дітей неухильно зростає і є провідною причиною перинатальної захворюваності і смертності [1, 2]. Висока частота передчасних пологів пояснюється широким впровадженням допоміжних репродуктивних технологій, зростанням кількості багатоплідних пологів, збільшенням частки пологів серед жінок старше 34 років [6, 11].

Існує недостатня кількість даних по частоті передчасних пологів у всьому світі, однак оціночні дані варіюють від 5% до 18% [4, 6, 7]. Перинатальна смертність при передчасних пологах спостерігається в 8-13 разів частіше, ніж при термінових, а 50% недоношених дітей страждає важкими неврологічними захворюваннями [5, 14].

У даний час передчасні пологи прийнято розглядати як синдром, у реалізації якого беруть участь такі фактори, як інфекційно-запальний процес, плацентарна дисфункція, істміко-цервікальна недостатність, тромбофілії, імунні реакції, екстрагенітальна патологія, нейроендокринні порушення та зокрема прогестеронова недостатність [8].

Для пояснення механізму початку пологів запропоновано такі теорії: 1) падіння рівня прогестерону [10]; 2) окситоцинової стимуляції і 3) децидуальної активації [8].

Найкраще вивчена теорія падіння рівня прогестерону, запропонована американськими вченими. Відповідно до неї, з наближенням пологів підвищується чутливість наднирників плода до адренокортикотропного гормону, і в результаті посилюється секреція кортизолу. Кортизол плода підвищує активність плацентарної 17-альфа-гідроксиллази, що призводить до зниження швидкості синтезу прогестерона і посиленого вироблення естрогенів. Зміна співвідношення естрогенів і прогестерону стимулює синтез простагландинів, запускаючи каскад подій, що призводять в результаті до початку пологів [10].

Прогестерон має потужну міорелаксуючу дію, яка досягається шляхом пригнічення генів, що відповідають за скоротливу активність міометрія, і активацією генів, що беруть участь у синтезі оксиду азоту.

Мікронізований прогестерон - синтезований з рослинної сировини екзогенний аналог гормону жовтого тіла повністю ідентичний натуральному та має всі його властивості. Біохімічні ефекти та механізм дії прогестерону залежать від способу введення препарату. За вагінального введення досягаються стабільні плазмові концентрації і постійні концентрації в тканинах. Сублінгвальна форма дає змогу досягти найшвидшого ефекту, відсутній первинний метаболізм гормону в печінці, не втрачається його концентрація [3].

У рекомендаціях Європейського товариства акушерів-гінекологів за 2011 у разі високого ризику передчасних пологів рекомендовано призначення вагінальної форми прогестерона з початку другого і протягом третього триместрів вагітності. Американська

асоціація акушерів-гінекологів рекомендує застосування прогестерону для пролонгування вагітності у жінок з передчасними пологами в анамнезі [12]. В ході досліджень встановлено, що застосування натурального прогестерону у вигляді вагінальних супозиторіїв знижує ризик передчасних пологів на 45% в терміні вагітності до 33 тижнів у жінок з вкороченою шийкою матки і достовірно зменшує частоту респіраторного дистрес-синдрому, неонатальної захворюваності та смертності [9, 12, 13].

Обговорення питання про призначення препаратів мікронізованого прогестерону, найбільш оптимальний шлях введення та тривалість лікування залишається актуальним.

Найбільш прийнятною є така комбінація різних форм введення прогестерону: під час вираженої клінічної симптоматики лікування доцільно починати з сублінгвальної форми, після досягнення відповідного для даного терміну вагітності рівня прогестерону в плазмі крові та за відсутності проявів кольпіту, варто застосувати вагінальний шлях введення препарату.

Метою нашої роботи було вивчити клінічну ефективність комбінованого застосування сублінгвальної та вагінальної форм препарату мікронізованого прогестерону (Лютеїна, Адамед, Польща) в комплексній терапії загрози передчасних пологів.

Матеріали та методи

У дослідженні взяли участь 60 вагітних з загрозою передчасних пологів в терміні вагітності 22-30 тиж., які отримували терапію на клінічних базах кафедри акушерства та гінекології №1 НМАПО імені П.Л. Шупика.

Відбір пацієнток для дослідження проводився за наступними критеріями:

1. УЗ-ознаки: підвищення тонуусу міометрія; довжина шийки матки більше 15 мм; відсутність попередньо діагностованої істміко-цервікальної недостатності (ІЦН).
2. Клінічні ознаки: болі ниючого, переймоподібного характеру внизу живота, попереку; мажучі кров'яністі виділення зі статевих шляхів.
3. Прогестеронова недостатність (знижений вміст гормону в плазмі крові).
4. Відсутність супутніх акушерсько-гінекологічних (рубець на матці, вада розвитку матки, попередньо діагностована ІЦН) та екстрагенітальних патологій.

Усі пацієнтки були розподілені на 2 групи:

I-а група - 30 вагітних, які протягом I-ої доби отримували токолітичну терапію: MgSO₄ 25% 20ml + Sol. NaCl 0,9% 200ml; гормональну терапію - сублінгвальна форма мікронізованого прогестерону (Лютеїна) 100 мг тричі, разом з третім прийомом вагітні отримували вагінальну форму мікронізованого прогестерону - 100 мг; ректальні свічки з диклофенаком 50 мг тричі на добу. На II-у добу: MgSO₄ 25% 20ml + Sol. NaCl 0,9%

200 ml; вагінальну форму мікронізованого прогестерону - 150 мг двічі; ректально диклофенак 50 мг тричі. На III-ю добу: вагінальна форма мікронізованого прогестерону - 150 мг двічі на добу; комбінований препарат магнію лактату дигідрату (470 мг) та піридоксину гідрохлориду (5 мг) - 2 табл. тричі; ректально свічки з диклофенаком 50 мг двічі на добу. На IV-VII добу: отримували вагінальну форму мікронізованого прогестерону - 100 мг двічі; комбінований препарат магнію лактату дигідрату (470 мг) та піридоксину гідрохлориду (5 мг) по 2 таблетки тричі на добу; ректальні свічки з диклофенаком 50 мг за наявності больових відчуттів.

II-а група - 30 вагітних лікувались за такою ж схемою, але в якості гормональної терапії отримували 2,5% розчин масляного прогестерону 2 мл з внутрішньом'язовим шляхом введення один раз на добу.

Всім пацієнткам обох груп була проведена профілактика РДС плода 24 мг дексаметазону.

Поступова відміна гормональних препаратів прогестерону проводилася з 8-го дня лікування під контролем УЗД та клінічного стану вагітної.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою офісних програм "Microsoft Excel" із використанням основних статистичних методів розрахунку. Достовірність різниці середніх значень визначали з обчисленням t-критерію Стьюдента. Порівняння вибірок, що містили якісні ознаки, проводили за коефіцієнтом Фішера.

Результати. Обговорення

Групи жінок репрезентативні за віком, місцем проживання, соціальним статусом, станом соматичного здоров'я, паритетом, без достовірної різниці частоти передчасних пологів в анамнезі.

У I-й групі вагітних протягом лікування спостерігався значний регрес клінічної симптоматики загрози передчасних пологів. Лише 40% жінок вже на 3-ю добу лікування скаржились на больові відчуття, порівняно із II-ю групою, де 66,7% вагітних продовжували відчувати біль. Отже, даний показник був достовірно вищим у II групі ($p < 0,01$). Ми пов'язуємо такий результат із більшою швидкістю всмоктування мікронізованого прогестерону в разі сублінгвального та вагінального застосування, порівняно із внутрішньом'язовим застосуванням масляного розчину прогестерону. На 5-ту

дому клінічна симптоматика зберігалася у 10,0% вагітних I-ї групи та 26,7% пацієнток II-ї групи.

Нами були проведені дослідження крові у обох групах жінок: загальний аналіз крові із підрахунком лейкоцитарної формули, ШОЕ. Відповідно до вищезазначених аналізів запальні зміни не спостерігалися в обох групах жінок.

На момент госпіталізації в I та II групах вагітних середні рівні прогестерону не мали статистично достовірних відмінностей. Протягом лікування ми визначали концентрацію прогестерону у крові вагітних в обох групах. На 3-ю добу рівень концентрації прогестерону був більший у I групі, а на 5-у та 7-му добу - у II групі. Ми вважаємо, що такі дані свідчать про досить тривалий час накопичення прогестерону в разі його внутрішньом'язового введення, а отже пікова концентрація у крові визначається пізніше, порівняно із вагінальним та сублінгвальним застосуванням мікронізованого прогестерону.

УЗ-ознаки ефективності лікування оцінювали шляхом вимірювання довжини шийки матки та діаметру внутрішнього вічка. У II групі показники цервікометрії були гіршими. Так вкорочення шийки матки до 15-20 мм протягом лікування спостерігалось у 20% жінок II групи. У I групі дослідження цей показник становив 6,7%. Інтравагінальне введення мікронізованого прогестерону ефективніше запобігає прогресуванню структурним змінам збоку шийки матки.

Термінові пологи в I групі відбулися у 83,3% жінок, відповідно 16,7% жінок народили передчасно в термінах 32-36 тижнів. У II-й групі передчасні пологи в термінах 30-36 тижнів відбулися у 46,7% пацієнток ($p < 0,05$).

Під час дослідження ми не спостерігали побічних ефектів та ускладнень терапії в обох групах дослідження.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Комплексна терапія загрози передчасних пологів із застосуванням сублінгвальної та вагінальної форм мікронізованого прогестерону, препаратів магнію, нестероїдних протизапальних препаратів дозволяє отримати максимально швидкий терапевтичний ефект, достовірно зменшує частоту передчасних пологів та покращує перинатальні перспективи.

Список літератури

1. Зайдієва З. С. Факторы риска и основные принципы терапии угрожающих преждевременных родов / З. С. Зайдієва, О. И. Михайлова, Е. В. Лукьянова // Русский медицинский журнал. - 2009. - № 16. - С. 1013.
2. Информационно-образовательный вестник "Здоровье семьи". - 2008. - № 1. - 12 с. - Режим доступа: http://www.reprohealth.info/files/file_0000788.pdf
3. Майоров М. В. Гестагены в акушерско-гинекологической практике / М. В. Майоров // Провизор. - 2004. - № 7. - С. 26-29.
4. Опыт работы и задачи перинатальных центров по снижению перинатальной и материнской смертности // Информационное письмо ФГУ "Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени
5. Проблема XXI века: преждевременные роды / О.Г. Пекарев, Н.В. Оноприенко, П. Ю. Штуккина [и др.] // Медицина и образование в Сибири. - 2013. - № 4. - 7 с.
6. Преждевременные роды. Информационный бюллетень ВОЗ. Ноябрь 2015; №363.

7. Акушерские аспекты преждевременных родов. Современные представления / В.Д. Усанов, А.Ф. Штах, М.В. Ишкова [и др.] // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. - 2010. - № 1 (13). - С. 120-132.
8. The preterm parturition syndrome / R. Romero, J. Espinoza, J. Kusanovic [et al.] // BJOG. - 2006. - Vol. 113. - P. 17-42.
9. Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: a systematic review and metaanalysis of individual patient data / R. Romero, K. Nicolaides, A. Conde-Agudelo [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2012. - Vol. 206, № 2. - P. 124.e1-19.
10. Sfkianaki A. K. Mechanisms of progesterone action in inhibiting prematurity / A. K. Sfkianaki, E. R. Norwitz // J. Matern. Fetal Neonatal. Med. - 2006. - Vol. 19. - P. 763-72.
11. Stillbirth rates: delivering estimates in 190 countries / C. Stanton, J.E. Lawn, H. Rahman [et al.] // Lancet. - 2006. - Vol. 367. - P. 1487-94.
12. Use of progesterone to reduce preterm birth/American College of Obstetricians and Gynecologists // Obstet. Gynecol. - 2008. - Vol. 112. - P. 963-5.
13. Vaginal progesterone reduces the rate of preterm birth in women with a sonographic short cervix: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial / S. Hassan, R. Romero, D. Vidyadhari [et al.] // Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. - 2011. - Vol. 38, Is. 1. - P 18-31.
14. Clinical outcomes of nearterm infants / M.L. Wang, D.J. Dorer, M.P. Fleming, E.A. Catlin // Pediatrics. - 2004. -Vol. 114. - P. 372-76.

Голяновский О.В., Слободян Ю.В.

СОВРЕМЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ТЕРАПИЯ УГРОЗЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Резюме. В статье приведены данные относительно особенностей патогенеза, современной профилактики и терапии угрозы преждевременных родов. Представлены результаты клинического исследования эффективности сублингвальной и вагинальной форм микронизированного прогестерона в комплексной терапии преждевременных родов в сроке 22-30 недель.

Ключевые слова: преждевременные роды, сублингвальная форма микронизированного прогестерона, вагинальная форма микронизированного прогестерона, масляный прогестерон.

Golyanovskyy O., Slobodyan I.

CURRENT PREVENTION AND TREATMENT OF PRETERM CHILDBIRTH

Summary. The article presents data about particularities of pathogenesis, current prevention and treatment of preterm childbirth. The results of clinical studies of the effectiveness of sublingual and vaginal forms of micronized progesterone in the treatment of preterm childbirth in term of 22-30 weeks are described.

Key words: preterm childbirth, sublingual form of micronized progesterone, vaginal form of micronized progesterone, oil progesterone.

Рецензент - д.мед.н., проф. Вдовиченко Ю.П.

Стаття надійшла до редакції 13.11.2015 р.

Голяновський Олег Володимирович - д.мед.н., проф. кафедри акушерства та гінекології №1 Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика; +38 044 489-49-35; +38 067 741-77-68; Golyanovskyy@bigmir.net

Слободян Юлія Василівна - клін. ординатор кафедри акушерства та гінекології №1 Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика; +38 044 489-49-35; +38 063 136-43-69; slobodyan_iulia@mail.ru

© Кондратюк В.К., Нарольська А.І., Горбань Н.Є., Лисяна Т.О., Пономарьова І.Г.

УДК: 618.1:576.8073+618.146-002

Кондратюк В.К., Нарольська А.І., Горбань Н.Є., Лисяна Т.О., Пономарьова І.Г.

ДУ "Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України" (вул. П. Майбороди, 8, м. Київ, Україна, 04050)

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ МІКРОБІОЦЕНОЗУ ГЕНІТАЛІЙ У ЖІНОК З ГІПЕРПРОЛІФЕРАТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ МАТКИ ТА ПАТОЛОГІЄЮ ШИЙКИ МАТКИ

Резюме. Обстежено 110 пацієнок (I група - 40 жінок з лейоміомою матки і хронічним сальпінгітом (ХС), II група - 40 хворих з лейоміомою в поєднанні з аденоміозом і ХС, III група - 30 жінок з ХС). У пацієнок всіх груп виявлено порушення мікробіоценозу геніталій. Проведена оцінка коригуючого впливу препарату бензидаміну гідрохлорид на показники вірусно-бактеріальної контамінації цервікального каналу (ЦК) (за 14 днів після закінчення курсу терапії). Встановлено позитивний вплив бензидаміну гідрохлориду на стан мікроекології ЦК у хворих всіх груп. У 77,7% пацієнок I групи зареєстровано зниження рівня висіву потенційно патогенної мікрофлори, грибів *Candida* і гарднерельозу на тлі відновлення рівня висіву лактофлори із зниженням частоти вірусного інфікування. У хворих II групи з патологією ШМ (LSIL і HSIL) спостерігалася тенденція до відновлення стану мікроекології ЦК: нормалізація показників висіву стафілокока золотистого і стафілокока епідермального з гемолізом, грибів *Candida*. Після лікування у 85,7% жінок III групи значно підвищився рівень захисної мікрофлори і нормалізувалися кількісні показники висіву умовно-патогенних мікроорганізмів.

Ключові слова: мікробіоценоз геніталій, гіперпроліферативні захворювання, патологія шийки матки, бензидаміну гідрохлорид.

Вступ

На сучасному етапі важливою проблемою гінекології залишається підвищення ефективності лікування хворих з гіперпроліферативними захворюваннями матки, поєднаних з патологією шийки матки (ШМ) [2,