

ЛІТЕРАТУРА

1. Запорожан В.М. Акушерство і гінекологія. Книга 1. Акушерство: Підручник. – К.: Здоров'я, 2000. – С. 314-316.
2. Орджоникидзе Н.В., Емельянова А.И. Панов В.О. Беременность и роды при заболеваниях мочевыводящих органов. – М., 2009. – 431 с.
3. Дуда И.В., Дуда В.И. Клиническое акушерство. – Мн.: Выш. шк., 1997. – С. 284-293.
4. Захарова Е.В. Нефрологические аспекты беременности (диагностика, тактика, прогноз) // Гинекология. - 2008.- №6. – С. 10-12.
5. Соколова Т.М., Макаров К.Ю. и др. Беременность и роды при заболеваниях почек. - Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2006. - 22 с.
6. Никольская И.Г., Новикова С.В. и др. Хроническая болезнь почек и беременность: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, перинатальные осложнения // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2012. - № 5. – С. 21-30.
7. Медведь В.И. Клиническое значение, диагностика, терапия и вторичная профилактика инфекций мочевых путей у беременных // Здоровье Украины. – 2007. - № 4(7).

УДК 618.3-06:616.12-008.331.Н-009.86]-08

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЇ ДИСТОНІЇ ПО ГІПОТОНІЧНОМУ ТИПУ У ВАГІТНИХ ЖІНОК

ПАВЛОВСЬКА О.М., ПАВЛОВСЬКА К.М.

м. Одеса

За визначенням, нейроциркуляторна дистонія (НЦД) – це захворювання серцево-судинної системи функціонального характеру, що розвивається внаслідок зриву адаптації та/або нейроендокринної регуляції й супроводжується різноманітними патологічними серцево-судинними, респіраторними, вегетативними та психо-емоційними проявами. За даними клінічних досліджень НЦД відрізняється доброякісним перебігом, має сприятливий прогноз, не викликає формування кардіомегалії та серцевої недостатності, не відноситься до захворювань небезпечних для життя, проте здатне значно знижувати якість життя людини з частковою або повною втратою працездатності [1, 2].

Етіопатогенез НЦД досить складний, багатовекторний, до кінця не визначений дослідниками, проте основними ланками, що викликають характерні ознаки захворювання, є кірково-гіпоталамічна та гіпоталамо-вісцеральна дезінтеграція, яка обумовлює дестабілізацію гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничкової осі, порушення нейроендокринної реактивності та системи мікроциркуляції в організмі [3].

Захворювання поширене в будь-якому віці, але частіше в молодому, переважно у жінок, які хворіють в 2-3 рази частіше, ніж чоловіки. Крім того, такий фізіологічний стан для жінки, як вагітність, погіршує перебіг нейроциркуляторної дистонії. Також враховуючи системність порушень при цій патології, акушерські ускладнення спостерігаються в 1,5 - 2 рази частіше, ніж у здорових вагітних. Так, загроза переривання вагітності за даними статистики спостерігається в 56% випадків, блювота вагітних – 30%, анемія вагітних – 39%, набряки вагітних - 35%, дисфункція плаценти - 45%, слабкість пологової діяльності - 55%, ускладнений адаптаційний період у новонароджених – 43% випадків. Отже все це потребує більш уважного ставлення клініцистів акушерів-гінекологів до цієї проблематики.

В залежності від провідного синдрому в медичній практиці відрізняють основні 4 типи НЦД: кардіальний, гіпертензивний (гіпердинамічний синдром), гіпотензивний та змішаний [4].

Саме гіпотензивний варіант НЦД найчастіше зустрічається у вагітних жінок. На сьогоднішній день основним медикаментозним напрямком в лікуванні цієї патології є призначення нейростимуляторів та фітоадаптогенів, які викликають тонізуючий ефект, посилюють процеси збудження й активізують обмінні процеси. Проте означена терапія нерідко має нестійкий результат та викликає ряд побічних ефектів у вигляді підвищеного нервового напруження, роздратованості, цефалгії, порушеного сну, безсоння, шлунково-кишкових розладів, тому не рекомендована під час вагітності, а деякі препарати цих груп взагалі заборонені [5]. Крім того, на наш погляд, це й дещо хибний підхід до лікування, який нагадує спробу «підганяти виснаженого коня».

За даними окремих наукових досліджень нейроциркуляторні порушення можуть бути викликані імунною дисфункцією з формуванням вторинного імунodefіциту. На думку деяких фахівців, саме ураження Т-лімфоцитів, хронічна інфекція в організмі та викликана нею хронічна ендотоксинемія призводять до гіперкатехоламінемії, підвищеного вивільнення біологічно активних речовин (серотоніну, гістаміну, кінінів та ін.), які спричиняють медіаторний хаос, дисрегуляцію центральної нервової системи з послідовними каскадними нейрогормонально-метаболічними розладами, порушеннями мікроциркуляції та клітинно-тканинною гіпоксією. Зрозуміло, що під час вагітності означені явища тільки прогресують та значно погіршують прогноз перебігу вагітності.

Отже, тільки пошуки патогенетично спрямованих схем лікування, направлених на відновлення фізіологічних адаптаційних реакцій та регенеративно-відновних процесів, дозволять клініцистам досягати стійкої нормалізації порушених функцій в організмі вагітної жінки з нейроциркуляторною дистонією.

Матеріали та методи дослідження

Було обстежено 16 вагітних жінок на ранніх термінах гестації у віці 17-35 років з діагностованою НЦД по гіпотонічному типу.

До складу комплексної медикаментозної терапії включали смарт омега Q10 по 1 капсулі щоденно, хомвіоневрин по 1 таблетці двічі на день, фолієву кислоту по 1 мг щоденно, лактофільтрум по 2 таблетки двічі на день. Препарати призначали перорально на протязі 12 тижнів. Усі препарати дозволені для застосування в акушерській практиці, будь-яких побічних реакцій не спостерігали.

Смарт омега Q10 («Schonen», Швейцарія) – препарат, що містить омега-3 поліненасичені жирні кислоти (омега-3 ПНЖК), коензим Q10 та вітамін Е.

Омега-3 ПНЖК – незамінні жирні кислоти, що входять до структурних компонентів клітин серцево-судинної, нервової, імунної систем та вкрай необхідні для їх нормального функціонування. Доведено, що тільки високий вміст омега-3 ПНЖК обумовлює «гнучкість» процесів передачі нервових імпульсів, забезпечує антиагрегантні, гіпокоагуляційні, вазоділатуючі ефекти.

Коензим Q10 (убіхінон) є каталізатором синтезу АТФ - універсального джерела енергії в організмі. Фермент сприяє нормалізації функціонального стану серцево-судинної системи, підвищує фізичну активність, імунітет.

Вітамін Е (токоферол) завдяки антиоксидантній активності захищає клітки і тканини від пошкоджуючої дії надмірної кількості вільних радикалів і продуктів перекисного окислення ліпідів.

Хомвіоневрин («Homviora Arzneimittel», Німеччина) – комплексний гомеопатичний препарат транквілізуючого та антидепресивного ефекту дії, що застосовується для лікування функціональних нервово-психічних розладів.

Фолієва кислота - посилює систему фагоцитоза через покращення кістково-мозкового кровотворення, активацію ферментів киснезалежної мікробіцидності макрофагів та нейтрофілів, стимуляцію біохімічних процесів та функціональної активності Т-лімфоцитів.

Лактофільтрум – препарат рослинного походження, який містить пробіотик лактулозу та лігнін (природний ентеросорбент). Лактулоза, вивільняючись в товстому кишечнику, сприяє пригніченню росту патогенної мікрофлори та активізує проліферацію біфідо-лактобактерій, нормалізує жировий, білковий, вуглеводний обмін, поліпшує всмоктування ві-

тамінів і мікроелементів з товстого кишечника, а також знижує інтенсивність ендогенного токсичного навантаження на організм.

Лігнін (компонент деревини) здатний зв'язувати на своїй поверхні і утримувати різні неорганічні й органічні сполуки (серотонін, білірубін, гістамін, холестерин, сечовину та ін.), ендотоксини, екзотоксини і патогенну мікрофлору.

Препарат також має імуномодулюючі властивості, зменшує виразність алергічних реакцій.

Обов'язково поряд з медикаментозною терапією рекомендували пацієнткам певні зміни в дієті - водне навантаження не менш 1,5 літрів рідини на добу (фруктово-овочеві соки, компоти, з виключенням міцного чаю, кави), білкова їжа (відварне нежирне м'ясо, відварна риба, сир), кисломолочні продукти, злакові, фрукти, овочі. Наголошувалось на необхідності на протязі дня виконувати помірні фізичні вправи (прогулянки на свіжому повітрі, йога для вагітних), дотримуватись не менш 8 годинного сну.

Результати дослідження та їх обговорення

Цікавим був той факт, що при постановці на облік переважна більшість вагітних жінок з нейроциркуляторною дистонією по гіпотонічному типу мала певний *habitus* – астенична статура, блідість шкірних покривів. З анамнезу виявлено, що 81,3% жінок страждають хронічними захворюваннями органів травлення (гастрит, коліт, панкреатит), у 62,5% пацієнток – хронічна носоглоткова інфекція (риніт, фарингіт, тонзиліт, гайморит, ларингіт, трахеїт), у 43,8% - хронічний сальпінгоофорит, порушення оваріально-менструального циклу, у 31,3% - хронічні захворювання сечовивідної системи (піелонефрит, цистит).

Основними скаргами вагітних жінок були загальна слабкість, швидка втомлюваність, дратівливість, емоційна нестійкість, періодичні головні болі, головокружіння, потемнення в очах при швидкому зміні положення тіла з горизонтального на вертикальне, неприємні відчуття в ділянці серця, зябкість кистей рук та стоп. При об'єктивному обстеженні звертали на себе увагу акроціаноз, локальний гіпергідроз, знижений артеріальний тиск (нижче 95/60 мм рт.ст), лабільний пульс, тахікардія. Зі слів вагітних клінічні ознаки мале місце й до вагітності, проте під час вагітності стали частішими та посилюватися.

Під час лікування вагітні жінки проходили планові клініко-лабораторні обстеження згідно з вимогами наказу № 417 МОЗ України. Слід зазначити, що погіршення результатів рутинних лабораторних досліджень не спостерігалось. У 2 (12,5%) пацієнток перша половина вагітності ускладнилась блювотою легкого ступеня, що не потребувало госпіталізації у стаціонар, у 4 (25%) – загрозою переривання вагітності з призначенням тільки спазмолітичної терапії.

Поступове покращення самопочуття більшість вагітних жінок відчули наприкінці першого місяця лікування. У пацієнток покращився настрій, значно зменшилось нервово напруження, відчуття страху, посилилась фізична здатність, концентрація уваги, спостерігалась стійка тенденція до нормалізації гемодинамічних показників. Усі пацієнтки відмічали поліпшення якості сну. Після трьохмісячного курсу терапії вагітні відмітили стійкий позитивний ефект лікування з намірами продовжити прийом ліків в післяпологовому періоді.

Що стосується ускладнень вагітності у пацієнток досліджуваної групи, то у II-III триместрах у 5 (31,25%) жінок були виявленні ознаки дисфункції плаценти, у 3 (18,75%) – затримка росту плода, проте слабкість пологової діяльності, яка, за статистикою, часто виникає під час пологів при цій екстрагенітальній патології, не діагностувалась взагалі. 4 (25%) вагітних були розроджені шляхом операції кесаревого розтину за такими акушерськими показаннями, як неспроможність рубця на матці, відмова від вагінальних пологів після кесаревого розтину, тазове передлежання плода, крайове передлежання плаценти.

Висновки

- НЦД по гіпотонічному типу значно знижує якість життя жінки, має тенденцію до посилення під час вагітності й може ставати певним чинником акушерських ускладнень, що потребує від акушерів-гінекологів та терапевтів більш прискіпливого став-

лення до пацієнток з цією патологією та призначення лікування на прегравідарному етапі;

- запропонована терапія доступна, досить ефективна, не викликає побічних ефектів та може бути рекомендована до застосування в клінічній практиці.

ЛІТЕРАТУРА

1. Михайлов Б.В. Клиника и принципы терапии пароксизмальных состояний в структуре невротических соматоформных расстройств // Международный неврологический журнал. – 2012. - № 6 (52).
2. Морозова О.Г. Синдром вегетативной дистонии // Междунар. мед. журн. - 1998. - № 1. - С. 64-68.
3. Бурчинский С.Г. Анксиолитики и проблема нейроциркуляторной дистонии // Международный неврологический журнал. – 2008. - № 1(17).
4. Маколкин В.И., Абакумов С.А. Диагностические критерии нейроциркуляторной дистонии // Клин. медицина. - 1996. - № 3 - С. 22-24.
5. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: «Триада». - 1999. - С. 148-156.

УДК: 618.146 – 022.7:578.827.1

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ВПЧ-АССОЦИИРОВАННОЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКТОПИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

ПАЦКОВ А.А., ДУБИНИНА В.Г.

г. Одесса

Существует мнение, что доброкачественные, рецидивирующие заболевания шейки матки являются факторами риска в развитии предраковых изменений и рака шейки матки (Franco E.L. et al., 1997, 2002; Кулаков В.И. и др., 1999, 2005; Прилепская В.Н., 2000, 2005, 2007). Особого внимания заслуживает состояние, которое обозначается, как «физиологическая» эктопия шейки матки (ШМ), поскольку на сегодняшний день не существует единого мнения относительно тактики ведения пациенток с физиологической эктопией ЦЭ. Сегодня отмечается неуклонный рост сексуально-трансмиссивных заболеваний во всем мире, в том числе и папилломавирусной инфекции (ПВИ). Имеется достаточно данных, подтверждающих причинную связь между ПВИ и предраковыми заболеваниями и раком шейки матки. Участок эктопии ШМ и зона трансформации являются доступной зоной и воротами для разных инфекционных и вирусных возбудителей генитальных инфекций, в том числе и ВПЧ. Сегодня в практической гинекологии мы сталкиваемся с большим количеством ошибок при ведении пациенток с физиологической эктопией ШМ: очень часто, при отсутствии лечения, эктопия через несколько лет перерождается в тяжелую дисплазию или рак шейки матки.

Материалы и методы исследования

На базе Центра реконструктивной и восстановительной медицины ОНМедУ (Университетская клиника) было обследовано 150 пациенток в возрасте 18-25 лет с физиологической эктопией шейки матки, диагноз установлен при помощи расширенной кольпоскопии. Было сформировано 3 группы пациенток: 1-я группа (n=50) – пациентки с эктопией ШМ и инфицированием ВПЧ высокого канцерогенного риска (ВКР), 2-я группа (n=50) - пациентки с эктопией ШМ и ВПЧ низкого канцерогенного риска (НКР), 3-я группа (n=50) – пациентки с эктопией ШМ без признаков инфицирования ВПЧ. Все пациентки были обследо-