

**ЗБІРНИК
наукових праць**

*Асоціації
акушерів-гінекологів
України*

Київ
“Інтермед”
2011

<i>Корнієць Н. Г., Гордієнко О. В., Валієв О. А., Абалова О. Ю., Кравцова Ю. А.</i>	
КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ ПРИ ВАРИКОЗНІЙ ХВОРОБІ.....	461
<i>Коробкова Е. А.</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ ЭСSENЦИАЛЕ ФОРТЕ Н У ЖЕНЩИН ПЕРИМENOПАЗУЗЬНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.....	466
<i>Корсак В. В., Пацкань І. І.</i>	
ДОСВІД НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ВАГІТНИХ.....	470
<i>Косілова С. Є.</i>	
АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ СТРЕС-РЕАКЦІЙ ОРГАНІЗМУ У ВАГІТНИХ З НАБУТИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ.....	473
<i>Котик А. О., Франчук А. Ю., Бойчук А. В., Лимар Л. Є.</i>	
ПРОБЛЕМА ЗМІН МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ПРИ МІОМІ МАТКИ.....	476
<i>Кравченко О. В.</i>	
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ПЛОДОВО-ПЛАЦЕНТАРНОЇ ФОРМИ ДИСФУНКЦІЇ ПЛАЦЕНТИ...	480
<i>Кравчук О. І.</i>	
РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦІИ БЕРЕМЕННЫХ С МИОМОЙ МАТКИ.....	483
<i>Круть Ю. Я., Пучков В. А.</i>	
ПРОГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ НЕДОНОШЕНІЙ ВАГІТНОСТІ, ЯКА УСКЛАДНИЛАСЬ ПЕРЕДЧАСНИМ РОЗРИВОМ ПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК.....	486
<i>Круть Ю. Я., Цурканенко А. Д.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЯИЧНИКАХ.....	491

4. *Сметник В. П.* Неоперативная гинекология / Под редакцией В. П. Сметник, Л. Г. Тумилович – 3-е издание. – М.: МИА, 2003. – 635 с.

5. *Ушкалова Е. А.* Место эссенциальных фосфолипидов в современной медицине / Е. А. Ушкалова // Фарматека, 2004. – № 10 (73).

ДОСВІД НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ВАГІТНИХ

Корсак В. В., Пацкань І. І.

м. Ужгород

В останні роки значно зросла увага до акушерської діабетології, що можна пояснити не тільки зростанням захворюваності цукровим діабетом, але і негативним впливом даного захворювання на перебіг вагітності, родів і розвиток новонародженого [2]. На основі аналізу багато чисельних наукових джерел можна рахувати, що в популяції вагітних жінок цукровий діабет зустрічається з частотою 0,3–0,5%. Гестаційний діабет розвивається не менш як у 3% вагітних і обумовлений суттєвими змінами вуглеводного метаболізму. Ці зміни носять фізіологічний характер і направлені на забезпечення потреб плода і плаценти, але одночасно мають діабетогенну направленість, а саме: у 50% жінок, які мали прояви гестаційного діабету на протязі наступних 15 років розвивається цукровий діабет, в основному типу 2. Порушення вуглеводного обміну під час вагітності обумовлюють велику кількість акушерських ускладнень, високу перинатальну захворюваність і смертність та небезпеку для здоров'я матері і дитини [1, 3]. Полісистемний характер патологічних проявів при цій патології вимагає одночасного призначення великої кількості медикаментів, які негативно впливають як на матір, так і на плід. При цьому річ іде не тільки про грубі анатомічні дефекти розвитку, що виявляються зразу після народження дитини, але і про функціонально-метаболічні порушення, котрі можуть проявитися в будь-якому періоді постнатального онтогенезу [4]. Враховуючи багатофакторну неспецифічну дію медичного озону на організм матері і плода, відсутність побічних проявів, ми вирішили ввести озонотерапію в комплекс лікування вагітних з порушеннями вуглеводного обміну [5].

Мета дослідження. Визначити доцільність використання озонотерапії при порушеннях вуглеводного обміну при вагітності та її вплив на перебіг вагітності, родів, стан плода і новонародженого.

Матеріали і методи дослідження. Під спостереженням знаходилося 80 жінок з порушеннями вуглеводного обміну в строках від 20 до 40 тижнів вагітності. 40 жінок з передгестаційним цукровим діабетом I типу, з них 20 вагітних отримували в поєднанні з медикаментозними методами лікування озонотерапію (I група), а 20 вагітних - традиційну терапію (II група). Крім того, обстежено 40 вагітних жінок з гестаційним цукровим діабетом, які розподілені відповідно (III група отримувала в комплексі лікування озонотерапію, а IV група – традиційну терапію). Контролем служили 40 вагітних без даної патології.

Озонотерапія проводилася на апараті “Медозонс-БМ”, щоденно, один раз на добу, шляхом внутрішньовенних інфузій 400 мл озонованого 0,9% розчину натрію хлориду з концентрацією озону 400 мкг/л протягом 5 днів. Проведено 3–4 курси з інтервалом в 4 тижні. Ефективність лікування оцінювалася в динаміці на основі клініко-лабораторних даних і контролю за станом плода. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою критерію Стюдента

Результати досліджень та їх обговорення. Виявлено, що найбільш частими ускладненнями під час вагітності при порушеннях вуглеводного обміну є самовільне передчасне переривання вагітності, пізні гестози, багатоводдя, запальні захворювання сечовивідних шляхів, анемія. Частота самовільного переривання вагітності становила 35,6%, в контрольній групі – 11%, $P < 0,05$. Пізні гестози частіше виникали до 34 тижнів вагітності і їх частота становила 28%, в той час як в контрольній групі – 4%, $P < 0,05$. Специфічним ускладненням передгестаційного цукрового діабету при вагітності є багатоводдя, яке спостерігалось у 74% випадків, в контрольній групі – 1%, $P < 0,05$. Дуже частим ускладненням вагітності при передгестаційному цукровому діабеті є інфекція сечовивідних шляхів, яку відмічено у 43,4% хворих, в контрольній групі у 13% жінок, $P < 0,05$. Необхідно підкреслити, що приведені ускладнення характерні для тяжких форм захворювання. При легкому ступеню тяжкості передгестаційного цукрового діабету, гестаційному цукровому діабеті частота цих ускладнень наближається до показників контрольної групи. В родах вірогідно частіше спостерігалися передчасне злиття навколоплідних вод, макросомія, аномалії родової діяльності, дистрес плода, оперативні розродження, асфіксії новонароджених ніж в контрольній групі, $P < 0,05$.

З метою корекції виявлених порушень нами проводилася поряд з традиційним лікуванням озонотерапія. Після проведеного лікування рівень глікемії знизився у вагітних всіх груп, однак в I та III групі він був достовірно нижчим за показники II та IV груп, $P < 0,001$. В зв'язку з змінами показників вуглеводного обміну в процесі лікування у вагітних проводилася корекція інсулінотерапії. В I групі при строках вагітності до 22 тижнів доза інсуліну знизилася на 20%, в II групі – на 4%, $P < 0,05$. При строковій вагітності 23 – 38 тижнів доза інсуліну в I групі знизилась на 3,7%, а в II групі зросла на 13%, $P < 0,05$. Озонотерапія також сприяла зниженню глікозильованого гемоглобіну у вагітних I групи з $10,4 \pm 0,2\%$ до $7,1 \pm 0,1\%$ ($P < 0,05$) у порівнянні з II групою, а саме: до лікування – $10,3 \pm 0,4\%$, після лікування –

9,8±0,7% (P>0,05). Під впливом озонотерапії відбувалося суттєве збільшення рівня естріолу, загального білка плазми крові, в основному за рахунок альбумінів, альфа-1 та альфа-2 глобулінів, яким властива антиоксидантна активність. В II та IV групах таких змін не виявлено. Доплерометрія судин пуповини засвідчила нормалізацію систоло-діастолічного коефіцієнта після курсу озонотерапії (з 3,78±0,05 до 3,1±0,02, P<0,01). В II та IV групах даний показник суттєво не змінився (з 3,72±0,04 до 3,51±0,04, P>0,05). Визначення показників біофізичного профілю плода і кардіотокографії, зокрема комп'ютерної, з використанням критеріїв Dawes/Redman і показника STV, як інтегрального показника, що відображає ступінь метаболічної ацидемії у плода, свідчать про достовірне покращення стану плода після проведення озонотерапії в порівнянні з II та IV групами, що підтверджено і оцінкою новонароджених за шкалою Апгар. Використання в комплексному лікуванні вагітних з порушеннями вуглеводного обміну озонотерапії дозволило суттєво знизити відсоток оперативних розроджень в порівнянні з II та IV групами завдяки зменшенню кількості показань до кесарського розтину зі сторони плода

Висновки. Використання озонотерапії у вагітних з порушеннями вуглеводного обміну, дозволяє значно покращити перебіг вагітності та родів, стан плода і новонародженого, знизити рівень глікемії, що дозволяє зменшити дозу веденого інсуліну і, таким чином, знизити фармакологічне навантаження на вагітну і плід, практично не має протипоказань, економічно вигідне, просте у виконанні.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Арбатская И. Ю.* Сахарный диабет 1 типа и беременность // Фарматека. – 2002. – № 5. – С. 30–35.
2. *Вернигородский В. В., Ю. Вдовиченко Н. Н.* Современные проблемы сахарного диабета и беременность. – Винница, 2003. – 128 с.
3. *Запорожан В. М., Нізова Н. М.* Вагітність високого ризику при цукровому діабеті. – Одеса: Одеський мед університет, 2001. – 179 с.
4. *Медведь В. І.* Цукровий діабет у вагітних: особливості проблеми в Україні// Ендокринологія. – 2003. – Т. 8, № 1. – С. 4–9.
5. *Талалаенко Ю. А., Галалу С. И., Свиридова В. В., Кабанько Т. П., Костенко В. С.* Оптимизация перинатальных исходов у беременных с преэклампсией при использовании медицинского озона. Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2004. – С. 673–675.