

ється поєднання ГПМК з цукровим діабетом 2 типу в стадії декомпенсації. Частота судинного ураження мозку у хворих на цукровий діабет удвічі вища, ніж у загальній популяції. Прояви гіперглікемії у формі енцефалопатичного варіанта можуть призводити до маскування симптомів і подовження перебігу ГПМК, що зумовлено недостатнім кровопостачанням і набряком головного мозку, а також явищами інтоксикації.

Додаткова активізація перекисного окиснення ліпідів, дисфункція ендотелію і підвищення агрегації тромбоцитів в умовах гіперліпідемії посилює судинні ураження через мікротромбування у системі мікроциркуляції. У свою чергу, мікроангіопатія сприяє погіршенню кровопостачання нервової тканини і прогресуванню діабетичної нейропатії, що також ускладнює клінічний перебіг ГПМК і подовжує реабілітацію таких хворих.

Мета роботи — вивчення додаткового використання тіоктової кислоти для нормалізації енергетичного обміну клітини, пригнічення процесів гліуконеогенезу у даної категорії хворих.

На базі неврологічного відділення КНП «МКЛ № 1» м. Одеси обстежено 19 хворих у віці 55–70 років (з них 11 жінок і 8 чоловіків) з коморбідністю ГПМК за ішемічним типом у басейні середньої правої/лівої мозкової артерії у вигляді геміпарезу в найгострішій та гострій стадіях і цукровим діабетом 2 типу в стадії декомпенсації з проявами полінейропатії.

Проведено оцінку неврологічного статусу (тяжкості інсульту за шкалою NIHSS) поряд із загальноклінічними дослідженнями. Контроль вищеперахованих методів здійснювався на момент госпіталізації та виписування зі стаціонару.

Хворі були розділені на дві групи. Першу групу (n=10) утворили хворі з ГПМК за ішемічним типом (7,5 бали за шкалою NIHSS) та цукровим діабетом 2 типу в стадії декомпенсації, які одержували стандартну терапію відповідно до останніх рекомендацій щодо лікування інсульту та інсулінотерапію. Другу групу (n=9) утворили хворі з тяжкістю інсульту 7,47 бала за шкалою NIHSS, яким до основної терапії була додана тіоктова кислота в дозі 600 мг на добу внутрішньовенно (в/в) краплинно протягом 10 днів, потім у тій же дозі перорально тривалий час. Отримані результати піддавалися статистичній обробці за методом Стьюдента.

У першій групі при госпіталізації ступінь тяжкості інсульту становив 7,5 бала за шкалою NIHSS, через 2 тиж. — 5 балів. У другій групі відповідно 7,47 і 4 бали. На тлі проведеної терапії у хво-

рих першої групи терміни відновлення неврологічного дефіциту — 14-та доба (± 2 доби), у другій групі ці показники відновилися на 9-ту добу (± 2 доби). Рівень глікемії в першій групі при надходженні у середньому становив від 12 до 20 ммоль/л, по закінченні термінів госпіталізації глікемія натще 6,7–8,2 ммоль/л, а постпрандіальна глікемія — 10–12 ммоль/л. У другій групі при надходженні до стаціонару глікемія становила від 11 до 18 ммоль/л. На тлі корекції інсуліном короткої дії з в/в введенням тіоктової кислоти рівень глюкози в крові знижувався значно швидше — до кінця 4–5-ї доби (натще 6,8–7,8 ммоль/л, а через 2 год після їди — 9–10,5 ммоль/л) і стабільно утримувався до моменту виписування зі стаціонару у діапазоні: натще — 5,3–6,2 ммоль/л, через 2 год після їди — 6,7–8,0 ммоль/л. Гемодинамічні показники (артеріальний тиск, частота серцевих скорочень) через 7 днів у першій групі покращилися у 50 % хворих, на 14-ту добу — у 66,7 % хворих. У другій групі відповідно на 7-му добу — 70,5 %, на 14-ту добу — 88,2 %. Усе це привело до скорочення термінів госпіталізації у другій групі майже в 1,5 рази.

Таким чином, використання тіоктової кислоти у хворих на цукровий діабет 2 типу в стадії декомпенсації та з гострим порушенням мозкового кровообігу за ішемічним типом додатково знижувало рівень глюкози в крові, що привело до більш раннього відновлення неврологічного дефіциту і гемодинамічних показників. Як результат — скорочення термінів госпіталізації та поліпшення прогнозу щодо діабетичної полінейропатії при продовженні прийому тіоктової кислоти на амбулаторному етапі.

ВПЛИВ ПІСЛОНЕФРИТУ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ШИЙКИ МАТКИ

**Т. Я. Москаленко, О. Б. Задорожна,
А. А. Гриценко, В. А. Задорожний,
О. В. Мартиновська, В. А. Шевченко**

*Одеський національний медичний університет,
КНП «Пологовий будинок № 7» ОМР,
Одеса, Україна*

Актуальність. Піелонефрит у вагітних є резервуаром інфекційного агента. Наявність і прогресування інфекції, у тому числі й TORCH, в ор-

© Т. Я. Москаленко, О. Б. Задорожна, А. А. Гриценко та ін., 2020

ганізмі жінки може призводити до великої кількості перинатальних і акушерських патологій: недоношеності, мертвонародженості, затримки росту плода, наявності внутрішньоутробної інфекції плода і новонародженого. Ерозія шийки матки (ЕШМ), за даними різних авторів, трапляється у 15–20 % жінок, які очікують народження дитини. Небезпека ерозії при вагітності в тому, що шийка матки може інфікуватися патогенними мікроорганізмами, які призводять до розвитку важкого запального процесу, спричиняють інфікування плодових оболонок та ембріона, а в подальшому, і плода.

Мета — оцінити роль пієлонефриту при вагітності у жінок із патологією шийки матки.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 60 жінок репродуктивного віку в I та II триместрах гестації. Вік пацієнток коливався в межах 18–35 років. Вагітні були розподілені на дві групи: до складу I групи увійшли 34 жінки, у яких було виявлено пієлонефрит у поєднанні з ЕШМ, а до II групи — 26 осіб, у яких діагностували лише вагітність та ЕШМ. Пацієнткам проводили загальноклінічні методи дослідження (загальний аналіз крові, сечі, аналіз сечі за Нечипоренком, бактеріологічний посів сечі), здійснювали збір скарг, з'ясовували анамнез, проводили огляд шийки матки в дзеркалах, бімануальне дослідження, взяття матеріалу для бактеріологічного й онкоцитологічного дослідження, просту та розширену кольпоскопію, УЗД, оцінювали стан плода.

Результати дослідження. Першовагітних у I групі було 9 (26,5 %) жінок, у II групі — 15 (57,7 %) осіб. Серед повторновагітних I групи попередні вагітності закінчилися пологами у 15 (44,1 %) осіб, абортми — у 8 (23,5 %), пологами й абортми — у 2 (5,9 %); у II групі — відповідно у 6 (23,1 %), 4 (15,4 %) та 1 (3,8 %) особи. Аналіз анамнезу показав, що 16 (47,1 %) пацієнток I групи та 6 (23,1 %) II групи мали обтяжений гінекологічний анамнез. Частіше діагностували умовно-патогенні збудники (уреаплазма, мікоплазма, гарднерели), що могло бути причиною порушень мікробіоценозу піхви у пацієнток I групи.

Серед мікс-інфекцій переважали бактеріально-вірусні асоціації, які частіше траплялись у жінок I групи — у 76,5 % осіб, ніж у пацієнток II групи — 30,8 % ($p < 0,05$). Частота випадків мікс-інфекцій серед вагітних з патологією шийки матки та пієлонефритом була вищою, ніж серед осіб з вагітністю й ЕШМ. Отримані дані свідчать про поширення частоти мікс-інфекцій, особливо у випадках поєднаної патології у вагітних, що значно обтяжує перебіг як патологічного процесу шийки матки, так і вагітності. У жінок I групи діагностували запальні зміни в загальному ана-

лізі сечі, аналізі сечі за Нечипоренком і бактеріологічному посіві сечі, у пацієнток II групи дані зміни поодинокі.

Вагітність на фоні пієлонефриту та ЕШМ перебігала з ускладненнями у 26 (76,5 %) жінок, у пацієнток II групи ускладнення були виявлені у 4 (15,4 %) осіб ($p < 0,05$). Серед ускладнень вагітності у жінок I групи домінували залізодефіцитна анемія (35,7 %), дисфункція плаценти (23,1 %), невиношування вагітності (19,2 %), прееклампсія (15,4 %). У пацієнток II групи домінували дисфункція плаценти та прееклампсія. Післяпологові запальні ускладнення в I групі констатували у 26,5 % осіб, у II групі — у 11,5 % породілей ($p < 0,05$). Асфіксію та морфофункціональну незрілість новонароджених також частіше (в 1,2 разу) виявлено у матерів I групи, ніж у породілей II групи.

Висновки. За результатами проведених досліджень слід констатувати, що пієлонефрит у поєднанні з патологією шийки матки на фоні вагітності ускладнює її перебіг і протікання пологів, призводить до більшої кількості перинатальних та акушерських ускладнень. Отримані дані дають підставу для обґрунтування ефективних діагностично-лікувальних заходів у жінок групи ризику — вагітних із патологією шийки матки у поєднанні з пієлонефритом.

УЛЬТРАЗВУКОВИЙ СУПРОВІД ПАЦІЄНТІВ З ПОЛІТРАВМОЮ В УМОВАХ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ ЛІКАРНІ

С. Б. Стречень, А. О. Соломка, В. І. Чернова,
Р. В. Бурсанов, К. Ю. Смуженко

Одеський національний медичний університет,
КНП «Міська клінічна лікарня № 1»,
Одеса, Україна

У сучасних умовах усе більшу увагу лікарів хірургічного профілю привертає травматичне ушкодження внутрішніх органів. Причинами цього є кілька факторів: дорожньо-транспортні пригоди, внутрішні та зовнішні військові конфлікти, виробнича і побутова травми, падіння з висоти, збільшення кількості суїцидальних намагань, кульові та ножові поранення тощо. Перелічені фактори настільки розповсюджені, що нині травми й ушкодження — серед п'яти провідних причин інвалідизації та смертності в усьому світі й у нашій державі зокрема. Тому актуальність проведеного аналізу повсякденної роботи з удосконалення діагностичного процесу хворих

© С. Б. Стречень, А. О. Соломка, В. І. Чернова та ін.,
2020