

Таким образом, несмотря на наибольшее количество наблюдений, при наложении инвагинационного КА основная причина осложнения возникает в связи с техническими дефектами вмешательства, а при формировании погружного колоректального КА – в ишемических нарушениях. Погружные КА по нашим данным к 70 суткам после их формирования полностью функциональны и с законченным процессом заживления и с морфологическим процессом перестройки СО кишки. Основной задачей предоперационной подготовки является коррекция гомеостаза. Применяли предоперационную инфузионную терапию, коррекцию гипопроотеинемии, электролитных нарушений. Стремление снизить опасность инфицирования БП и ран микрофлорой КТ достигали путем соблюдения асептики и антисептики и дооперационных мероприятий, направленных на очищение КТ от содержимого. За 2-3 суток до операции назначали диету с минимальным содержанием клетчатки. Накануне операции больные не ужинали. Вечером и утром в день операции больным ставили очистительные клизмы: 2 вечером и 2 утром с интервалом в 2 часа. В зависимости от характера и степени тяжести заболеваний назначали накануне операции 15% раствор сульфата магния (по 30-40 мл, 2-3 раза в день). С целью профилактики транслокации эндогенной микрофлоры, и как следствие эндогенного инфицирования, непосредственно перед операцией за 1-2 ч. внутривенно капельно вводили 1 г цефтриаксона. В раннем ПОП в течение 7 суток так же использовали цефтриаксон в сочетании с метрогилом. Внутривенно капельно по 100 мл. 2 раза в сутки в течение первых 3-х дней послеоперационного периода. Ответственным элементом операции было дренирование БП, полости малого таза и области сформированного КА. Важными патогенетическими моментами и причинами развития НКА являются: неадекватное кровоснабжение; натяжение и интерпозиция слоев КТ; отек и воспаление стенки КТ, вовлечение ее в перипроцесс; истончение стенки КТ; грубое несоответствие диаметров КТ; повышение внутрипросветного давления, как следствие пареза КТ. Поэтому, применение погружного инвагинационного КА было одним из важных профилактических интраоперационных мероприятий. При этом погружение приводящей петли в отводящую должно приводить к: увеличению площадей соприкасаемых СО между собой, и тем самым обеспечивать высокую герметичность КА; формированию манжеты в зоне КА, тем самым закрыв

2019 ТЧ
и укрепив линию КШ; к созданию «сфинктерного аппарата». В раннем ПОП применялась медикаментозная стимуляция перистальтики КТ (с 1-х суток после операции церукал 2,0x2 р. в/м и прозерин 0,05% – 1,0x2 р. в/м), ранняя активизация больных (начиная с 1-х суток) с целью декомпрессии зоны КА.

Список сокращений:

Кишечный шов – КШ;
кишечный анастомоз – КА;
послеоперационный период – ПОП;
послеоперационные осложнения – ПО;
брюшная полость – БП;
несостоятельность кишечного шва – НКШ;
несостоятельность кишечного анастомоза – НКА;
кишечной трубки – КТ;
серозные оболочки – СО.

Мартинова Л. І.
кандидат медичних наук,
доцент кафедри акушерства та гінекології
післядипломної освіти
Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

ДИСФУНКЦІЯ ТАЗОВОГО ДНА У ЖІНОК В ТРЕТЬОМУ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ

Було проведено оцінку ранніх проявів дисфункції тазового дна у жінок в термінах гестації після 28 тижнів вагітності. Обстежувались вагітні жінки після 28 тижнів гестації. Проводилось анкетування пацієнток, які самостійно заповнювали опитувальник PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory Questionnaire). Серед обстежених 61,7% (280 з 482) вагітних перерахували по два і більше симптомів, характерних для пролапса, на наявність колоректальних симптомів вказали 77% (304 з 395)

опитаних, сечових симптомів – 73,9% (292 з 395). Чверть жінок відчували помірні або сильні симптоми пролапсу і стільки ж вказали на необхідність вправлення випинання для спорожнення кишечника і сечового міхура, що свідчить про можливу наявність пролапсу вище I ступеня. Висока частота симптомів дисфункцій тазового дна у вагітних в період гестації свідчить про необхідність активного виявлення таких жінок за допомогою скринінгу і надання їм своєчасної медичної допомоги.

Пролапс тазових органів (ПТО), нетримання сечі (НС), нетримання калу і сексуальну дисфункцію об'єднують збірним поняттям «дисфункція тазового дна» (ДТД) [1]. З огляду на, що основною причиною ДТД є вагітність і пологи, прояви ДТД відзначаються вже в цьому періоді, які в більшості випадків зберігаються в післяпологовому періоді і з плином часу прогресують.

Мета дослідження – оцінити частоту і тяжкість симптомів дисфункції тазового дна у вагітних жінок в III триместрі.

Матеріал і методи. У дослідження включені 395 вагітних жінок в термінах гестації 28-38 тижнів (середній термін – 34,5 тижнів.). Пацієнтки самостійно заповнювали опитувальник PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory Questionnaire). Опитувальник містив три групи питань, які стосувалися симптомів пролапсу тазових органів (Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory – POPDI6), колоректальних-анальних симптомів (ColorectalAnalDistress Inventory – CRAD-8) і симптомів нетримання сечі (Urinary Distress Inventory – UDI 6) [1]. Всі симптоми оцінювалися в балах: 0 – немає (ніколи не відчували), 1 – зовсім немає (але відчували раніше), 2 – кілька, 3 – помірно, 4 – сильно.

Критерії включення в дослідження: вік 19-49 років, термін вагітності 28-38 тижнів, інформована згода на участь в дослідженні. Критерії виключення: психічні захворювання і когнітивні розлади, інфекційно-запальні захворювання нижніх сечових шляхів і кишечника у фазі загострення, епізіотомія або перінеотомія під час пологів, глибокі розриви піхви під час пологів (середня і верхня третина піхви), важкі соматичні захворювання. При статистичній обробці результатів використовували пакет програм «Statistica 10». При аналізі кількісних ознак визначали середнє арифметичне, дисперсію і 95% довірчий інтервал (ДІ).

Результати дослідження. Вік обстежених варіював від 19 до 42, в середньому – 31,6 років. Вагітних вперше було 115 осіб (29,1%),

повторно вагітних – 280 (70,9%). Серед повторно вагітних в анамнезі мали одні пологи 134 (47,8%), двоє – 72 (25,7%), три і більше пологів – 74 осіб (26,5%). Аборти в анамнезі мали 173 опитаних (43,8%). Виявилося, що 38,3% (115 з 395) пацієнток не мали симптомів або мали тільки один симптом по POPDI6. Решта 61,7% осіб (280 з 395) перерахували по два і більше симптомів. На відсутність колоректальних симптомів (по CRAD-8) вказали 23,0% (91 з 395) опитаних, сечових (по CRAD-8) – 26,1% (103 з 395) і їх наявність відзначили 77% (304 з 395) і 73,9% (292 з 395) відповідно. Статистичних відмінностей між кількістю колоректальних і сечових симптомів не виявлено ($\chi^2=0,100$; $p=0,751$), тоді як симптоми пролапсу зустрічалися рідше зі статистично значущою відмінністю стосовно частоти колоректальних ($\chi^2=56,182$; $p=0,000$) і сечових симптомів ($\chi^2=51,053$; $p=0,001$). Підсумковуючи отримані дані, можна констатувати, що, хоча симптоми пролапсу по POPDI-6 зустрічалися статистично рідше, ніж колоректальні і сечові, але ступінь їх вираженості була вище. За відомостями Y. Chen і співавт. [5], стадія I-II ПТО була присутня у 36% вагітних на 36-38 тижнях гестації. На підставі проведеного нами дослідження за допомогою опитувальника PFDI-20 неможливо визначити ступінь пролапсу, проте побічно, на підставі такого симптому, як наявність випинання або відчуття чужорідного тіла в піхві, яке виявлено у 32,4% вагітних жінок, можна припустити його наявність у опитаних пацієнток. Згідно з аналізом 28 рандомізованих клінічних досліджень, середня поширеність стресового НС під час вагітності становить від 18,6 до 75% і збільшується з гестаційним віком [2]. Аналогічні дані (42%) призводять S. Morkved з співавт. і C. Lewicky-Gaup з співавт. [3; 4]. Зі збільшенням терміну вагітності частота і вираженість НС збільшуються (з 19,2% – у другому триместрі до 37,9% – в третьому) [6], що супроводжується зниженням якості життя вагітних жінок. Зниження сили м'язів тазового дна відзначається на 22-35% і відбувається, починаючи з 20 тижнів вагітності, і триває до 6 тижнів після пологів [7]. У цьому дослідженні стресове НС зустрічалося в 56% випадків, що збігається з даними зарубіжних дослідників, при цьому у третині з них він мав тяжкий характер. Аналіз результатів такого багато-профільного підходу показав, що інструмент оцінки (скринінг) був надзвичайно успішним в техніці правильного відбору жінок, яким необхідна медична допомога в найближчий час після пологів. Результати

скринінгу виступили також як спонукальний мотив для обговорення з жінками їх здоров'я.

Висновок. Виявлена висока частота симптомів ДТД у жінок в період гестації, у 73,9% – нетримання сечі і у 61,7% осіб – симптоми пролапсу тазових органів, з них у 26,6% – тяжких ознак, а також колоректальних симптомів у 77% пацієнток, що свідчить про необхідність активного виявлення таких жінок за допомогою скринінгу і надання їм своєчасної медичної допомоги.

Список літератури:

1. Memon H. U., Handa V. L. Vaginal childbirth and pelvic floor disorders // Womens Health. 2013. Vol. 9 (3). P. 265–277.
2. Sangsawang B., Sangsawang N. Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment // Int. Urogynecol. J. 2013. Vol. 24 (6). P. 901–912.
3. Morkved S., Bo K. Prevalence of urinary incontinence during pregnancy and postpartum // Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. 1999. Vol. 10 (6). P. 394–398.
4. Lewicky-Gaupp C., Cao D. C., Culbertson S. Urinary and anal incontinence in African American teenaged gravidas during pregnancy and the puerperium // J. Pediatr. Adolesc. Gynecol. 2008. Vol. 21 (1). P. 21–26.
5. Chen Y., Li F. Y., Lin X. et al. The recovery of pelvic organ support during the first year postpartum // BJOG. 2013. Vol. 120 (11). P. 1430–1437.
6. Liang C. C., Chang S. D., Lin S. J., Lin Y. J. Lower urinary tract symptoms in primiparous women before and during pregnancy // Arch. Gynecol. Obstet. 2012. Vol. 285 (5). P. 1205–1210.
7. Ammari A., Tsikouras P., Dimitraki M. et al. Uterine prolapse complicating pregnancy: A case report // HJOG. 2014. Vol. 13 (2). P. 74–77.

Михалко Н. А.
пошукувач кафедри філософії

Львівський національний університет імені Івана Франка
м. Львів, Україна

ПИТАННЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ЕТИКИ ТА ДЕОНТОЛОГІЇ У НАУКОВОМУ ДОРОБКУ Е. ФРОММА

Е. Фромм – німецько-американський психоаналітик, реформатор психоаналізу, видатний мислитель ХХ ст., значущість ідей котрого та їх вплив важко переоцінити. Серед котрих – переконання, що психотерапевтична клініка/практика – це антропологічна майстерня, чи навіть антропо(техно)логічна лабораторія, котра – в ідеалі – повинна сприяти творенню «нової» людини. Завдання терапії – виходити за межі простого збунування симптомів. Кожне з психотерапевтичних дійств, окрім близької цілі – вже згаданого долання симптомів, *повинне* мати віддалену у часі, але не менш важливу ціль – покращення суспільства, створення людини нової епохи. Істоти, що наважилася усвідомити свою свободу, індивідуальність та відповідальність, і котра перестає бути сфабрикованим продуктом, функціонування котрого управляється ідеалами й ідеями, сторонніми для її реального буття. Істоти, що обирає послідовну, прозору ясність, відвагу та зібраність, замість розсіяного, фрагментованого, автоматичного існування [1; 4; 5; 7; 13]. Вона більше не перебуває в дрімливому стані, її свідомість – тотально пробуджена [9; 14; 15].

Е. Фромм демонструє свою причетність до позиції з давніми традиціями в європейській історії цілительства, згідно з котрими медицина має обрати більш грандіозне завдання, аніж звичне лікування. Вона повинна служити вдосконаленню людини. Лікар зобов'язаний стати служителем та діячем з покращення людства. Те, що Р. Вірхов у свій час назвав розширеним розумінням медицини. У межах пост-романтичного натуралізму ця місія окреслювалася наступними кроками: лікування, профілактика, створення людини з доброю волею [17; С. 8].

Звідтіля ж формула Е. Фромма щодо ефективності малих кроків у соціальному реформуванні, котре повинне розпочинатися на мікрорівні: допомагаючи кожному, допомагаємо всім, пізнаючи кожного, пізнаємо все. Фромм був прихильником терапевтичної мобілізації (в дусі ідеології