

Макаренко М. В.
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри акушерства та гінекології
післядипломної освіти

Мартинова Л. І.
кандидат медичних наук,
доцент кафедри акушерства та гінекології
післядипломної освіти

Дабіжа Л. П.
кандидат медичних наук,
доцент кафедри акушерства та гінекології
післядипломної освіти

Громова О. Л.
кандидат медичних наук,
асистент кафедри акушерства та гінекології
післядипломної освіти

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Говессєв Д. О.
кандидат медичних наук,
головний лікар
Київський міський пологовий будинок № 5
м. Київ, Україна

ЛІКУВАННЯ ГЕМОРОЮ У ВАГІТНИХ

Геморойдальна хвороба часто супроводжує цей період в житті жінки. Зазвичай гінекологи не можуть самостійно впоратися з цією проблемою, а колопроктологі побоюються лікувати вагітних жінок. Це ситуація не вирішена по теперішній час. Наведено досвід активного лікування вагітних з геморойдальною хворобою.

Ключові слова: вагітність, геморой, лікування.

В даний час проблема лікування геморойдальної хвороби не вирішена. Дана категорія пацієнток найчастіше курсірує між гінекологами і колопроктологами, які часом не можуть прийти до консенсусу. Так само як немає єдиного міждисциплінарного вирішення цих ситуацій, так немає

одностайності і в середовищі колопроктологів і акушерів-гінекологів. Але ж серед вагітних дуже високий ризик розвитку геморойдальної хвороби. За даними літератури, у жінок, які народили геморой зустрінуться в 5 разів частіше [1, с. 35-36; 2, с. 8]. Геморой у вагітних ускладнює перебіг вагітності, пологів і післяпологовий період [3, с. 211]. Масштабне дослідження даного питання, у тому числі 12 455 вагітних, в останній раз проводилося лише в 1991 році. Однак за минулий період часу змінилися методи лікування, технічне оснащення, можливості та медичні препарати [4, с. 1112-1113].

Мета дослідження – пошук оптимального підходу до лікування гострого геморойу у вагітних жінок.

Матеріали та методи.

У нашому пологовому будинку (КМПБ № 5) за період з 2014 по 2018 гг. проводилось лікування вагітних жінок з гострим гемороем. Всього досліджено 102 людини у віці 18-42 роки. Пацієнтки розділені на дві групи. Перша (контрольна) група отримувала лише консервативну терапію (n=53), у другій (основній) групі (n=49) здійснювалася тромбектомія в обсязі евакуації тромбу або видалення геморойдального вузла з наявністю тромбу в амбулаторних умовах хірургическим методом в поєднанні з консервативною терапією. Всім пацієнткам проведено стандартне обстеження в обсязі пальцевого огляду і аноскопії. Обов'язковою умовою при лікуванні жінок була можливість постійного телефонного зв'язку, в разі потреби, а також відсутність важкої соматичної патології і загрози переривання вагітності.

В рамках проведеного лікування порівнювали такі показники:

- 1) больовий синдром (оцінювався за десятибальною візуально-аналоговою шкалою);
 - 2) тривалість прояви запальних явищ (набряку);
 - 3) прояв симптоматики протягом строку вагітності і під час пологів.
- Результати дослідження.

У першій групі пацієнток регрес запальних явищ (зменшення набряку) спостерігався на 7,2±3,1 добу. Середнє значення інтенсивності болу досягало 6-7 балів. Частота рецидивів протягом поточної вагітності і під час пологів склала 83%. У другій групі повна ліквідація тромбозу сталася в термін 4,3±2,2 добу, що в середньому на три доби швидше, ніж

в першій групі. Виразність проявів болю була не більше 4 балів. Рецидивування проявів тромбозу в термін, вагітності що залишився і під час пологів був не більше 15%. В ускладнення при проведенні дослідження можна включити 3% випадків: реакції алергічного характеру на застосовувані лікарські препарати.

Висновки.

Порівняльний аналіз проведеного лікування дозволяє вважати, що активна тактика лікування (тромбектомія) дозволяє пацієнткам відновлюватися в менший термін, зменшує можливість рецидивів гострого геморою і покращує якість життя жінки в період вагітності.

Список літератури:

1. Воробьев Г. И., Шельгин Ю. А., Благодарный Л. А. Геморрой М.: Митра-Пресс, 2002.
2. Шехтман М. М., Козина Н. В. Геморрой у беременных // Гинекология. 2004. № 6 (6). С. 7–12.
3. Abramowitz L. Management of hemorrhoid disease in the pregnant woman // Gastroenterol. Clin Biol. 2008. Vol. 32 (5 Pt 2). P. 210–214.
4. Чушков Ю. В. Особенности клинических проявлений и консервативной терапии геморроя у беременных // Рус. мед. журн. 2013. Vol. 23. P. 1110–1114.

Ніконов А. Ю.
доктор медичних наук,
завідувач кафедри ортопедичної стоматології 2

Бреславець Н. М.
кандидат медичних наук,
доцент кафедри ортопедичної стоматології 2

Гордієнко С. А.
кандидат медичних наук,
доцент кафедри ортопедичної стоматології 2
Харківська медична академія післядипломної освіти
м. Харків, Україна

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ

Обструктивне апное сну (ОАС) є дуже поширеним захворюванням, з цією проблемою стикається до 46% населення. Значно зростає ця патологія в осіб старше 60 років й коливається в межах від 26–73%, зокрема у кардіологічних відділеннях (хворі з артеріальною гіпертензією, коронарною хворобою, інфарктом міокарда) [1, 6]. ОАС характеризується чисельними епізодами апное і гіпноное під час сну, що викликані повною або частковою обструкцією верхніх дихальних шляхів, тим самим викликаючи фрагментацію сну і гіпоксемію. Синдром ОАС характеризується хропінням, періодичним спаданням верхніх дихальних шляхів на рівні глотки та зупинкою легеневої вентиляції на тлі збережених дихальних зусиль, зниженням рівня кисню в крові, грубою фрагментацією сну та надлишковою денною сонливістю [2; 4].

Універсальним відображенням ступеня хвороби є індекс апное-гіпноное (ІАГ), що складається з середнього числа епізодів апное і гіпноное за годину сну. Він визначається шляхом виконання дослідження сну – полісомнографії (ПСГ). Для класифікації тяжкості ОАС використовується ІАГ:

- м'яке ОАС ($5 < \text{ІАГ} \leq 15$ подій на годину),
- помірне ОАС ($15 < \text{ІАГ} \leq 30$ подій на годину),
- важке ОАС ($\text{ІАГ} > 30$ подій на годину) [3].