

явлен более чем у половины обследованных больных. Однако, проявления его затухали и отступали на второй план в сравнении с более яркой клинической картиной самого СД. При проведении ЭФГДС у 71,4% больных был диагностирован хронический гастрит, из них 42,4% - антральный гастрит, который встречался достоверно чаще ($p < 0,05$) фундального и пангастрита (15% и 14% соответственно). У 22,8% больных были выявлены эрозии, которые локализовались в антральной части желудка, однако у части обследованных эрозии распространялись на тело желудка и луковицу 12-перстной кишки. Язва желудка и луковицы 12-перстной кишки выявлялась с одинаковой частотой – 8,6%. Гастродуоденит был обнаружен у 11,4% больных. Что касается клиники язвенной болезни, то у больных СД она утрачивает сезонность обострения и вообще отличается стертостью, скудностью и атипичностью симптоматики. Обращает на себя внимание значительная частота множественных изъязвлений. Рассматривая критерии различных форм хронического гастрита нужно отметить более молодой возраст больных с антральным гастритом, по сравнению с пангастритом.

Выводы: при выявлении патологии желудочно-кишечного тракта у больных СД необходимо помимо специализированного противодиабетического лечения проводить терапию, показанную при хроническом гастрите и язвенной болезни. Основой лечебных мероприятий при обострении язвенной болезни, протекающей на фоне СД, является стойкая компенсация СД.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕГВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ МНОГОРОЖАВШИХ ЖЕНЩИН С ГЕСТОЗОМ

Бегова С.В., Османова З.М.

*Республиканский перинатальный центр
Махачкала, Россия*

Проблема тяжелых форм гестоза, особенно, у многорожавших женщин связана с вопросами снижения материнской и младенческой смертности, что вызвано недостаточной эффективностью кратковременного или поздно начатого лечения, а также тяжестью самой патологии и длительностью течения данного соматического заболевания. Целью нашего исследования явилось изучение эффективности предложенной схемы прегравидарной подготовки у многорожавших женщин.

Под нашим наблюдением находилось 230 многорожавших беременных женщин.

Основную группу составили 160 многорожавших с тяжелыми формами гестоза, получившие прегравидарную подготовку по разработанной нами схеме. Также была выделена **группа сравнения**, состоящая из 70 многорожавших с

тяжелым гестозом, получившие стандартное лечение с учетом нозологии. Всем обследованным беременным предстояли 5-е роды. Система прегравидарной подготовки многорожавших женщин с гестозом из основной группы включала диетотерапию; создание лечебно-охранительного режима, а также назначение седативных, спазмолитических, гипотензивных препаратов, инфузионной терапии фраксигепарина для торможения агрегации тромбоцитов и эритроцитов. Одновременно с вышеуказанной терапией нами были использованы препарат «**Хофитол**» («**Rosa, Phito Pharma**», **Франция**), который системным действием, с преимущественным прямым влиянием на печень и почки; воздействует на жировой обмен. При уже развившейся картине гестоза использование препарата начинали с внутривенного капельного введения в средней дозе 5-20 мл на растворе глюкозы 5-10% в течение 5-15 дней (в зависимости от степени тяжести гестоза), с последующим переходом на пероральный прием 6-9-ти таблеток в сутки в течение 3-4 недель послеродового периода.

Длительность гестоза составила у 11,7% - менее 2 недель, у 44,1% – до 6 недель, у (28,8% – с 6 до 10 недель и у 15,3% – более 10 недель среди женщин основной группы. В группе сравнения соответственно – 12,0%, 30,0%, 42,0% и 16,0%.

Клинико-статистический анализ, проведенный в группах, показал, что под влиянием проводимой терапии у 87,3% беременных основной группы отмечался клинический эффект: улучшалось самочувствие беременных, снижался уровень артериальной гипертензии (у 24,6% беременных - вплоть до нормализации цифр АД), и нормализовался диурез, уменьшилась протеинурия. Аналогичные показатели в группе сравнения составили 84,0% ($p < 0,05$). Однако у 12,7% женщин основной группы и у 16,0% женщин группы сравнения мы не наблюдали положительной динамики от проводимой терапии. Согласно полученным данным, общий белок у беременных в основной группе составил $62,9 \pm 0,21$ г/л (до лечения $55,2 \pm 0,18$ г/л), в группе сравнения – $60,7 \pm 0,36$ г/л (до лечения $55,9 \pm 0,24$ г/л).

Под действием дезагрегантов, антикоагулянтов и инфузии инфукола, СЗП, декстранов отмечено удлинение времени свертывания на 38,0% в основной и на 20,0% в группе сравнения; времени рекальцификации на 3,6% в основной и на 1,4% в группе сравнения. Выявлено снижение протромбинового индекса на 4,9% и уровня фибриногена на 7,6% в основной группе, а в группе сравнения - на 4,2% и на 5,8% соответственно.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют об эффективности применения препарата «Хофитол» в комплексной терапии гестоза у многорожавших женщин.