

**Ильинская Л.В., Ишпахтин Г.Ю., Мосолов К.В., Талызина Е.А.
КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ
В РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЕ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ**

Цель: изучение эффективности лазерной профилактики осложнений в репродуктивной системе девочек подростков после прерывания беременности.

В основу исследования положены результаты обследования и лечения 68 девочек-подростков в возрасте от 12 до 16 лет. Прервавших беременность в сроке 18-23 недели. Все девочки-подростки получали терапию гелий-неоновым лазером, курс которой состоял из 5 сеансов при мощности излучения 15 мВт, длине волны — 0,63 мкм, экспозиции — 60 мин. Использовали неинвазивную, череркожную методику лазерного облучения.

Лазерное облучение крови проводилось через два часа после выскабливания полости матки. Для купирования явлений интоксикации лазерная гемокоррекция проводилась одновременно или последовательно с традиционной терапией. Обследование больных показало, что состояние антиоксидантной системы (АОС) и перекисного окисления липидов (ПОЛ) в крови на фоне

Владивостокский государственный медицинский университет

лазерной гемокоррекции значительно улучшалось: содержание диеновых конъюгатов после лечения снижалось в плазме с $0,180 \pm 0,04$ до $0,09 \pm 0,03$ ед ($p < 0,05$), в эритроцитах — с $0,154 \pm 0,03$ до $0,141 \pm 0,04$ ед ($p < 0,05$), малонового диальдегида в плазме с $0,145 \pm 0,03$ до $0,09 \pm 0,02$ ед ($p < 0,05$). В то же время уровень антиоксидантных антител увеличивался в плазме с $49,9 \pm 3,9$ до $52,3 \pm 3,2$ % ($p < 0,05$), в эритроцитах — с $32,2 \pm 1,0$ до $33,6 \pm 2,5$ % ($p < 0,05$). Полученные данные свидетельствуют об ингибирующем действии лазерного облучения крови на процессы ПОЛ и активации системы антиокислительной защиты при лазерной гемокоррекции у больных.

Таким образом, в комплексной профилактике осложнений целесообразно более широко использовать лазерное облучение крови с целью регуляции показателей системы ПОЛ и АОС, что способствует стимуляции адаптивных физиологических механизмов организма.

**Ишпахтин Г.Ю., Щепин М.М., Елисеева Е.В.
МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ
ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА**

Владивостокский государственный медицинский университет

Клинический родильный дом № 3, Владивосток

Арсенал лекарственной терапии все время расширяется. К такому расширению препаратов предрасполагают новые данные об этиологии и патогенезе развития заболевания. Не исключение и беременность.

В наших исследованиях отмечено, что при тазовых предлежаниях в органах ЦНС плода содержание NO снижено. Хотя такие механизмы остаются неясными, мы считаем, что при тазовых предлежаниях нарушен синтез азота сосудистым эндотелием. В этом направлении очень перспективны доноры азота в виде назначения аминокислот L-аргинина и органических нитратов, которые применяют в медицине более 100 лет. Мы отдаем предпочтение изосорбиту динитрата (ИСДН) как наиболее перспективному в плане фармакологических характеристик и имеющего опыта его применения в акушерской практике. Препарат (ИСДН) применяли в следующей дозе по 40 мг (1 таб.) 1-2 раза в сутки, курсами по 2-3 дня в «критические» периоды гестации — на 23-25 недель, 32-34 неделе и перед родами.

Влияние предложенной фармакотерапии на состояние здоровья новорожденного ребенка оценивалось по шкале Апгар, ха-

рактеру течения раннего неонатального периода и показателям физического развития. При оценке физического развития новорожденных использовали величину массы и длины тела (МТ и ДТ), коэффициент соотношения МТ к ДТ при рождении, показатель физиологической убыли МТ новорожденного (K_1) и показатель восстановления МТ новорожденного (K_2). Величина K_1 характеризует процентное выражение потери МТ в первые дни после рождения (в норме $K_1 = 8-10$ %). Величина K_2 характеризует процентное отношение МТ при выписке из роддома (не позже 7-го дня) к МТ при рождении (в норме $K_2 = 98-100$ %). По разнице этих показателей, определяемых до и после воздействия, судили об эффективности превентивного лечения (таблица 3, 4).

Клинический эффект применения комплекса в группе тазовых предлежаний заключается в следующем: У 62 % женщин удалось продлить беременность еще на 3-4 недели. Общая продолжительность родов с применением нашей схемы была в среднем на 1-2 часа меньше, чем в контрольной группе. Несвоевременное излитие околоплодных вод отмечено у 28 % (в контрольной группе), в основной группе только у 4 %.

**Карпеева Е.В., Шуматов В.Б., Шуматова Т.А., Дунц П.В., Андреева Н.А.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ И ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ
КЕТОРОЛАКА И КЕТОПРОФЕНА
ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ БОЛЕВОМ СИНДРОМЕ**

Владивостокский государственный медицинский университет, Владивосток

Цель: дать клиническую и лабораторную оценку эффективности применения кеторолака и кетопрофена у больных с посттравматическим болевым синдромом

Материалы и методы: проведено клиническое наблюдение и лабораторное обследование 48 пациентов с травмой нижних конечностей 15-36 лет. В зависимости от способа обезболивания пациенты были разделены на 2 группы. 25 больных (I группа), у которых с целью анальгезии использовали кеторолак, и 23 больных (II группа), терапия болевого синдрома у которых проводилась кетопрофеном. Кеторолак вводили внутримышечно в разовой дозировке 20-30 мг. Разовая дозировка кетопрофена для внутримышечного введения составила 100 мг. Исследования проводились на фоне болевого синдрома, через 1 час, 4 часа, 6 часов и 8 часов после введения анальгетиков. Необходимость повторного введения препарата определялась субъективными ощущениями пациентов, а также данными контроля за первыми клиническими признаками болевого синдрома (гемодинамические и респираторные нарушения). Для оценки эффективности обезболивания использовали визуально-аналоговую шкалу, клиническую симптоматику, данные лабораторного исследования. У больных в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа определяли уровень гормонов стресса — АКТГ, кортизола, адреналина, норадреналина. Для объективизации нарушений гемодинамики у всех больных в динамике изучали содержание метаболитов оксида азота в крови и моче. Суммарные нитраты-нитриты определяли колориметрическим методом при помощи реактива Griess.

Результаты: клиническое наблюдение показало, что про-

должительность анальгетического эффекта была максимальной у больных II группы, которым для обезболивания вводили кетопрофен. Через 1 час после введения кеторолака и кетопрофена, как «хорошая» и «удовлетворительная», анальгезия была оценена у 95,1% пациентов II группы и у 91,8% пациентов I группы. Через 4 часа на удовлетворительный характер обезболивания указывало 93,2% больных II группы и 81,8% пациентов I группы, которым для анальгезии использовали кеторолак. Через 6 часов анальгезия была адекватной и по субъективным ощущениям рассматривалась как «удовлетворительная» у 90,2% пациентов II группы и у 51,3% — I группы. Побочные эффекты на введение используемых препаратов у пациентов в наблюдаемые периоды не регистрировали. Лабораторное исследование показало, что на фоне болевого синдрома в крови увеличивался уровень гормонов стресса. Содержание АКТГ, по сравнению с уровнем, регистрируемым у здоровых людей, повышалось в 3,5 раза, кортизола — в 2,5 раза, адреналина и норадреналина — в 2,3 и 1,7 раз, соответственно. Уровень метаболитов NO в крови повышался в 2 раза, в моче — в 1,3 раза. Через 1 час после введения анальгетиков у всех пациентов отмечали улучшение состояния гемодинамики, легочной вентиляции, регистрировалась тенденция к нормализации уровня гормонов стресса. У больных I группы положительная динамика наблюдалась до 4 часа от начала введения препарата, через 6 часов, вместе с клиническими признаками боли появлялась отрицательная динамика в уровне изучаемых биохимических параметров. У пациентов II группы нормализация показателей продолжалась в течение 6 часов от введения препарата, при обследовании через 8 часов, регист-