

**Доля пациентов с выявленными культурами бактерий
из корневых каналов, %**

Вид бактерии	До лечения	После антисептической обработки к/к	После эвакуации первого временного вложения		
			Группы наблюдения		
			Основная	Первая сравнения	Вторая сравнения
Staphylococcus aureus	36,8	29,6	5,2	5,2	7,8
Actinomyces spp	52,6	44,7	5,2	10,3	10,8
Escherichia coli	68,4	52,3	2,6	7,8	21,0
Candida albicans	50,0	40,2	0	7,8	15,7
Streptococcus intermedius	73,7	58,0	10,5	13,1	15,7
Actinomyces israeli	39,4	34,0	0	5,2	15,7
Enterococcus spp.	31,5	26,3	0	2,6	7,8
Streptococcus spp.	36,8	28,9	0	5,2	5,2

обработки, снизился во всех группах, но наиболее значительно в основной группе наблюдения, у пациентов которой *Candida albicans*, *Actinomyces israeli*, *Streptococcus spp.*, *Enterococcus spp.* вообще не высевались.

Общее количество высеваемых микроорганизмов снизилось относительно результатов, полученных после антисептической обработки: *Staphylococcus aureus* – на 11,4%, *Actinomyces spp* – на 18,7%, *Escherichia coli* – на 20,9%, *Candida albicans* – на 15,5%, *Streptococcus intermedius* – на 18,7%, *Actinomyces israeli* – на 13,1%, *Enterococcus spp* – на 15,9%, *Streptococcus spp* – на 18,5%.

Анализ ближайших результатов, полученных нами в ходе клинического, микробиологического и ЛДФ-исследования микроциркуляции, доказал эффективность применения комплекса препаратов доксициклина, клотримазола, триакорта в качестве временного вложения в корневые каналы при лечении хронического апикального периодонтита у пациентов основной группы наблюдения. К концу первой недели оценка клинической картины в основной группе была значительно лучше относительно результатов, полученных в группах сравнения. Результаты микробиологического исследования показали, что количество штаммов, высеваемых в среднем у одного пациента, до лечения равно 3,89, после первой антисептической обработки – 2,97, после эвакуации первого временного вложения в основной группе составило всего 0,24. В группах сравнения результаты были существенно хуже: 0,58 – в первой группе наблюдения и 1,00 – во второй группе наблюдения ($p < 0,05$).

Результаты ЛДФ-исследования микроциркуляции показали улучшение трофики тканей за счет измене-

ния состояния микроциркуляции в области причинных зубов у пациентов основной группы.

Полученные нами результаты в целом показывают эффективность предлагаемой терапии, оправдывая применение предлагаемых препаратов доксициклина, клотримазола и триакорта в лечении хронических форм апикальных периодонтитов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Митронин А. В., Царёв В. Н. Клинико-микробиологическая оценка эффективности эндоканального применения биоактивного геля «коллапан» в лечении хронического периодонтита // Новое в стоматологии. – М., 2004. – № 5. – С. 50–60.
2. Боровский Е. В. Терапевтическая стоматология / Е. В. Боровский (и др.). – М.: Медицина, 2003. – 797 с.
3. Машковский М. Д. Лекарственные средства: Пособие для врачей. – 15-е изд., перераб., испр. и доп. – М.: РИА «Новая волна», 2007. – 1206 с.
4. Антанян А. А. // Эндодонтия today. – 2007. – № 1. – С. 59–69.
5. Гутман Дж. Л., Думша Т. С., Ловдэл П. Э. Решение проблем в эндодонтии: Профилактика, диагностика и лечение / Пер. с англ. – М., 2008. – 592 с.
6. Полтавский В. П. Интраканальная медикация: Современные методы. – М., 2007. – 88 с.
7. Epstein S. Antibiotics and the intraoral abscess / S. Epstein, I. W. Scopp // J. periodontol. – 1977. – № 48. – P. 236.
8. Fabricus L. Oral bacteria and apical periodontitis: an experimental study in monkey // Thesis department of oral microbiology. University of Goteborg. – Goteborg, 1982.

Поступила 28.12.2011

В. В. ПАНКРАТОВА

ПРОБЛЕМЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫХ

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии

ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития России, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. 8988 2421338

Различные соматические заболевания и осложнения беременности требуют фармакотерапии. Но не все лекарственные средства являются безопасными, они могут приводить к врожденным дефектам развития плода. Кроме того, их назначение

не всегда рационально, часто допускается полипрагмазия. Опросив 52 беременных, находящихся в отделении патологии беременности, и 69 родильниц после срочных родов, выяснили, что 27% женщин страдает экстрагенитальной патологией, инфекционными заболеваниями – 34% и осложнениями беременности – 35%. Однако фармакотерапию получали 100% опрошенных, беременным назначалось от 1 до 18 препаратов. Исключительно витамины и минералы во время беременности принимали только 12% женщин. Полипрагмазия была отмечена в 47% случаев.

Ключевые слова: беременность, фармакотерапия, врожденные пороки, полипрагмазия.

V. V. PANKRATOVA

PROBLEMS OF PHARMACOTHERAPY OF PREGNANT WOMEN

Chair of obstetrics, gynecology and perinatology

Kuban state medical university,

Russia, 350063, Krasnodar, Sedin str. 4, tel. 89882421338

Various somatic diseases and pregnancy complications require drug therapy. But not all drugs are safe, they may lead to birth defects in fetal development. And their purpose is not always a rational polypharmacy is often allowed. Interviewing 52 pregnant women who are in the department of pathology of pregnancy, childbirth, and 69 after emergency delivery, it was found that most of the women were suffering from extragenital diseases (27%), infections (34%) and pregnancy complications (62%). However, drug treatment receives 100% of the respondents, pregnant appointed from 1 to 18 products. Exclusively, vitamins and minerals were taken only by 12% of the women during pregnancy. Polypharmacy was noted in 47% of the cases.

Key words: pregnancy, drug treatment, birth defects, polypharmacy.

Введение

Назначение лекарственных препаратов беременной женщине является одной из сложных проблем для врача. Рост экстрагенитальной патологии и осложнений беременности требует фармакотерапии. По данным ВОЗ, более 90% женщин принимают медикаментозные препараты во время беременности, которые небезразличны, а порой и токсичны как для организма матери, так и для плода. Арсенал лекарственных средств настолько широк, что полипрагмазия стала повседневной реальностью.

Принципиальная опасность фармакологических средств для плода состоит в том, что его стремительно размножающиеся клетки очень чувствительны к любым внешним воздействиям, особенно в первые 3 месяца, что может привести к достаточно серьезным врожденным дефектам органов плода [5].

Частота врожденных пороков, по данным ВОЗ, в разных странах колеблется от 4% до 6%, а в России в течение последних 10 лет этот уровень повысился с 17 до 23 на 1000 рожденных детей, но этот процент еще выше, если учесть самопроизвольные выкидыши и замершие беременности, где в половине случаев подтверждены аномалии плода.

Целью работы явились изучение спектра лекарственных средств, принимаемых во время беременности, и оценка их безопасности в соответствии с категориями американской классификации FDA.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе роддома БСМП, роддомов № 4 и № 5 города Краснодара. Были опрошены 52 беременные, находящиеся в отделении патологии беременности на сроке 36–42 недели, и 69 родильниц после срочных родов. Проводился анализ медицинской документации данных женщин.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе исследования было выявлено, что:

частота экстрагенитальной патологии – 27% (33 женщины):

патология щитовидной железы – 31%,

сахарный диабет 1-го типа – 23%,
патология сердечно-сосудистой системы – 54%,
наследственная тромбофилия – 19%,
частота инфекционных заболеваний – 34% (41 женщина):

ИППП – 31%,

инфекции мочевыделительной системы – 31%,

ОРЗ – 41%,

ОКИ – 3%,

осложнения беременности – 62% (75 женщин):

поздний гестоз – 66%,

угрожающий выкидыш на ранних сроках – 66%,

угрожающие преждевременные роды – 17%,

нарушение плацентации – 10%,

Rh-конфликт – 2%.

Только у 13 женщин (11%) не было выявлено никакой патологии и беременность протекала без осложнений.

Фармакотерапию получали 100% опрошенных. Беременным назначалось от 1 до 18 препаратов. 4% беременных принимали лекарственные средства без назначения врача. Исключительно витамины и минералы принимали только 12% женщин. Общее число наименований лекарственных средств составило 78. Полипрагмазия (применение более 5 медикаментозных препаратов одновременно) была отмечена в 47% случаев.

В I и во II триместрах беременности женщины принимали более 40 наименований лекарственных средств, в III – более 60.

Наиболее часто назначаемыми препаратами (приводятся общепринятые названия) являются:

поливитамин (85%), курантил (72%), препараты Mg (66%), препараты Fe (41%), йодомарин (30%), фолиевая кислота (30%), дюфастон (22%), препараты Ca (16%), канефрон (14%), актовегин (14%), антибиотики (10%), эссенциале (10%).

Для обозначения потенциальной опасности лекарственных средств для плода в разных странах разрабатывают классификации степени риска при беременности. В нашей стране таковая отсутствует, а наиболее широко применяется американская классификация Food and Drug Administration (FDA) [6].

Принимаемые препараты по триместрам

I триместр	II триместр	III триместр
Поливитамины – 82% Препараты Mg – 47% Курантил – 35% Йодомарин – 28% Препараты фолиевой кислоты – 27% Дюфастон – 22% Препараты Fe – 22% Канефрон – 4% L-тироксин – 4% Инсулин – 4% Антибактериальные препараты – 2%	Поливитамины – 83% Препараты Mg – 56% Курантил – 39% Препараты Fe – 33% Йодомарин – 24% Но-шпа – 10% Фолиевая кислота – 9% Канефрон – 9% Дюфастон – 8% Препараты Ca – 7% Клексан – 5% Эссенциале-форте Н – 5% L-тироксин – 4% Инсулин – 4% Актовегин – 4% Антибактериальные препараты – 2%	Поливитамины – 81% Курантил – 62% Препараты Mg – 57% Препараты Fe – 39% Йодомарин – 30% Препараты Ca – 16% Актовегин – 13% Канефрон – 12% Эссенциале-форте Н – 10% Но-шпа – 10% Фолиевая кислота – 8% Хофитол – 7% Антибактериальные препараты – 6% Низкомолекулярные гепарины – 6% L-тироксин – 5%

В ходе нашего исследования было выяснено, что среди лекарственных средств, применяемых во время беременности:

к категории А относятся только 12 (15,4%) препаратов: поливитамины, препараты железа, L-тироксин;

к категории В – 6 (7,8%): курантил, амоксиклав, эноксипарин, инсулины;

к категории С – 10 (12,8%): зуфиллин, витамин С, дексаметазон, пентоксифиллин, персантин и др.;

к категории D – 1 (1,3%): диклофенак.

Остальные же лекарственные средства (62,8%) не входят в классификацию FDA, и их риск для плода клинически не доказан.

При этом проводимая терапия соответствовала современным клиническим рекомендациям.

Во время беременности изменяется фармакокинетика лекарственных веществ в организме, что обусловлено особенностями метаболизма лекарственных препаратов в организме беременной. У беременных и рожениц увеличиваются объемы

внутри- и внеклеточной жидкости, уже со второй половины беременности объем циркулирующей плазмы увеличен на 50%, сердечный выброс — на 30%, что оказывает влияние на время полувыведения лекарственного вещества [4]. Для нормально протекающей беременности характерно повышение почечного кровотока, гломерулярной фильтрации и клиренса креатинина. Именно эти факторы определяют повышенный почечный клиренс лекарственных препаратов у беременных. Также отмечается снижение дезинтоксикационной функции печени, которая играет колоссальную роль в поддержании гормонального равновесия, необходимого для вынашивания беременности. Результатом этого являются изменение чувствительности организма беременной к лекарственным препаратам и значительное возрастание опасности возникновения лекарственной аллергии. Этот фактор необходимо всегда учитывать, особенно при одновременном назначении нескольких лекарственных препаратов [1, 2, 3].

Таблица 2

Категории классификации лекарственных препаратов по степени риска для плода FDA, США

A	Контролируемые исследования у беременных не выявили риска для плода, вероятность повреждения плода маловероятна
B	В экспериментальных исследованиях у животных не обнаружен риск для плода, но контролируемые исследования у беременных не проводились, либо в эксперименте получены нежелательные эффекты, которые не подтверждены в клинических исследованиях у беременных
C	В экспериментальных исследованиях выявлен риск для плода, не было контролируемых исследований у беременных, либо экспериментальных и клинических не проводилось
D	В экспериментальных и клинических исследованиях доказан риск для плода. Препарат расценивается как опасный, но может назначаться беременным по жизненным показаниям
X	Опасное для плода средство, в экспериментальных и клинических исследованиях выявлены аномалии развития. Препараты данной группы противопоказаны при беременности

Тактика фармакотерапии беременных в нашей стране во многом не соответствует международным стандартам:

широко используются препараты с недоказанной клинической эффективностью;

высок процент полипрагмазии;

часто назначаются нерациональные комбинации лекарственных средств.

Учитывая низкий индекс здоровья женщин в настоящее время и высокий процент заболеваемости, врач пытается максимально сохранить беременность и плод, применяя «агрессивную» лекарственную терапию, однако он должен:

помнить и иметь четкое представление о фармакокинетики лекарственных веществ в организме беременной;

рационально подходить к назначению каждого препарата, стараясь минимизировать их количество и дозу;

информировать женщин о вреде бесконтрольного применения данных средств.

Таким образом, фармакотерапия беременных является сложной и актуальной проблемой, которая, несомненно, требует дальнейшего изучения и существенных дополнений.

И, может, стоит рассмотреть проблему невынашивания беременности ранних сроков с позиции стран Европы и США, где женщин, с угрожающим самопроизвольным абортom до 12 недель не лечат, считая,

что 80% таких выкидышей – это проявление естественного отбора, так как чаще всего к ним приводят аномалии развития плода. В нашей стране, применяя активную сохраняющую фармакотерапию, мы увеличиваем процент рождения детей с врожденными пороками развития. Учитывая свой тридцатилетний опыт работы в акушерстве, считаю, что, по крайней мере, стоит индивидуально, взвешенно подходить к каждой беременности малых сроков и строго по показаниям применять консервативную тактику ведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамченко В. В.* Перинатальная фармакология. – СПб: Logos, 1994. – 178 с.
2. *Зайченко А. В., Шевченко О. И. и соавт.* Основы рационального применения лекарств и фармацевтической опеки в акушерско-гинекологической практике. – Харьков, 2003.
3. *Михайлов И. Б., Ярославский В. К.* Основы фармакотерапии в акушерстве и гинекологии: Руководство для врачей. – СПб: Фолиант, 2001. – 256 с.
4. *Кукес В. Г.* Клиническая фармакология и фармакотерапия. – СПб, 2006. – 640 с.
5. *Радзинский В. Е.* Акушерская агрессия. – М.: ООО «Медиа-бюро Статус презенс», 2011. – С. 135–166.
6. *Norwitz E., Wilson T.* // *Am. j. obstet. gynecol.* – 2000. – Vol. 183. – P. 1.

Поступила 20.12.2011

А. М. ПЕТРОВ, В. С. ХАБИЦОВ, М. И. АККИЕВ

ПОКАЗАТЕЛИ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НАРУЖНОГО ЖЕЛЧЕОТВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

*31-я городская клиническая больница,
Россия, 119415, г. Москва, ул. Лобачевского, 42. E-mail: hirurg_2001@mail.ru*

Дана клиническая оценка эффективности и безопасности методик чреспеченочного дренирования у больных с механической желтухой различной этиологии. Выделены основные типы изменений клинической симптоматики после успешного выполнения декомпрессионного вмешательства при печеночной недостаточности.

Ключевые слова: желчеотведение, механическая желтуха, печеночная недостаточность.

A. M. PETROV, V. S. HABITSOV, M. I. AKKIEV

INDICATORS OF CLINICAL EFFICACY EXTERNAL BILE DIVERSION IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE

*31 City clinical hospital,
Russia, 119415, Moscow, Lobachevskii street, 42. E-mail: hirurg_2001@mail.ru*

The authors have given the clinical efficacy and safety techniques of transhepatic drainage in patients with obstructive jaundice of different etiology. Highlights the major types of changes of clinical symptoms after successful decompression in patients with liver failure.

Key words: bile diversion, obstructive jaundice, liver failure.

Развитием механической непроходимости желчных протоков сопровождается большая группа заболеваний билиарной системы и поджелудочной железы. Лечение больных этой категории осложняется наличием обтурации желчных путей, холангита, а в отдельных

случаях и печеночной недостаточности [1, 4]. Присоединение к основному заболеванию механической желтухи быстро приводит к выраженной дисфункции гепатоцитов и к глубокому нарушению детоксикационной и синтетической функции печени [2, 5]. Развивающиеся