

активность поверхностного эпителия кишки, способствуют увеличению объема содержимого кишечника. Касторовое масло, кроме вышеуказанных эффектов, частично выводится в неизменном состоянии и в виде глицерина, размягчая каловые массы. Слабительный эффект развивается через 5–6 часов.

Средства, способствующие увеличению объема содержимого кишечника. В большую группу слабительных средств, увеличивающих объем кишечного содержимого, входят растительные волокна и гидрофильные коллоиды (осмотические слабительные). Слабительный эффект их связан со способностью высокомолекулярных полисахаридов растительного сырья. Набухает в ЖКТ за счет связывания с водой и, увеличиваясь в объеме, раздражает рецепторы слизистой оболочки кишечника, способствуя его опорожнению.

Средства, смазывающие слизистую оболочку кишечника, размягчающие каловые массы. Растительные масла механически облегчают прохождение каловых масс и вызывают их разрыхление. Вазелиновое масло (жидкий парафин)- минеральное масло, не всасывается в кишечнике и не расщепляется. Оно уменьшает всасывание жидкости, ускоряя продвижение содержимого и по тонкой, и по толстой кишке. При длительном его применении снижается всасывание жирорастворимых витаминов.

Размягчающие слабительные средства применяют в основном тогда, когда нужно достичь быстрого эффекта, например, при отравлениях, у больных в послеоперационном периоде, при подготовке к диагностическому исследованию кишечника.

Таким образом, фармацевтам, провизорам и врачам следует помнить о последствиях применения лекарственных препаратов взрослыми, так и детьми.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Фармацевтические и медико-биологические аспекты лекарств / Под ред. И. М. Перцева, И. А. Зупанца. Х.: Изд-во НФАУ, 1999. В 2 т. Т. 1. 464 с., Т. 2. 448 с.
2. Шаповалова В. М., Даниленко В. С., Шаповалов В. В., Бухтиярова Т. А. Лекарственные средства, отпускаемые без рецепта врача. Х.: Торсинг, 1998. 528 с.
3. Пелешук П. А., Ногаллер А. М., Ревенок Е. М. Функциональные заболевания органов пищеварения. К.: Пляда, 2000. 422 с.
4. Минушкин О. Н., Елизаветина Г. А. Слабительные средства в терапии запоров // Тер. архив. 1999. № 4. С. 60–63.
5. Голиков С. Н., Рысс Е. С., Фишзон-Рысс Ю. И. Рациональная фармакотерапия гастроэнтерологических заболеваний. СПб, 1993. 288 с.
6. Яковенко Э. П. Ферментные препараты в клинической практике // Клин. фарм. и терапия. 1998. Т. 7. № 1. С. 17–20.
7. Фролькис А. В. Прокинетики (прокинетики) в лечении моторных расстройств желудочно-кишечного тракта // Тер. архив.— 1998.— № 2.— С. 69–72.

УДК 618.2:616.61:002-084

#### УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ФЕТО - И ПЛАЦЕНТОМЕТРИЯ, УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРОВАНИЕ ПОЧЕК И КАРДИОТОКОГРАФИЯ ПЛОДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ БЕРЕМЕННЫХ

А. А. Сагиндыкова

Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г. Шымкент

#### Түйін

Созылмалы пиелонефрит перинатальды өлім-жітімділік себептерінің бірі болып табылады. Осы заманғы диагностика тәсілдері жүкті кезеңдегі іштегі нәрестенің жағдайын кешенді бағалауға және перинатальды асқынулардың алдын-алу шараларын қолдануға мүмкіндік береді.

Мақалада созылмалы пиелонефритпен ауырған жүкті әйелдердің іштегі нәрестелерінің жағдайын биофизикалық тәсілдермен зерттеу нәтижелері берілген.

#### Resume

Chronic pielonephritis of pregnant women is one of the causes of high perinatal mortality. Present-day methods of diagnosis help us to prosecute complex estimation of fetus in the time of pregnancy and take prophylactic measures on perinatal complications.

Results of biophysical researches of fetus among pregnant women suffering from chronic pielonephritis are shown in this issue.

Из многообразия современных методов исследования фетоплацентарной системы наибольшее распространение получила ультразвуковая фето - и плацентометрия. Ультразвуковое исследование позволяет не только исключить большинство структурных аномалий, но и судить о физическом развитии плода по соответствию фетометрических данных гестационному сроку. Кроме того, важное значение в оценке фетоплацентарной системы имеют данные о структуре и степени зрелости плаценты, а также о количестве околоплодных вод [1].

Ретроспективный сравнительный анализ результатов УЗИ женщин с хроническим пиелонефритом, у которых беременность осложнилась обострением (1 группа) и без обострения (2 группа), представлен в таблице 1. Показатели БПР головки и ДЖ плода 2 группы (без обострения), как правило, соответствовали нормативным

значениям. При анализе данных эхографических показателей у женщин с хроническим пиелонефритом в стадии обострения, выявлено, что они имеют достоверные отличия по сравнению с показателями женщин вне обострения ( $p < 0,001$ ). Показатели БПР головки и средних размеров живота оказались достоверно низкими у беременных 1 группы в отличие от нормативных значений ( $p < 0,001$ ). Достоверных отличий при исследовании длины бедренной кости плода у беременных с хроническим пиелонефритом вне обострения нормативных показателей не выявлено.

Нарушение роста бипариетального размера головки и среднего диаметра живота при обострении хронического пиелонефрита носило более выраженный характер, чем частота задержки роста бедренной кости. При сравнении с допустимыми границами колебания величины БПР, ДЖ, ДБ по В.Н. Демидову (1982) внутриутробная задержка развития плода установлена у 9 ( $30,0 \pm 2,5$ )% беременных, причем в подавляющем большинстве случаев ретардация носила умеренный характер, т.е. отставание ДБ, ОЖ, БПР не превышало 2 недель от гестационного срока [2]. У большинства ( $6 - (20 \pm 2,2)$ %) плодов задержка внутриутробного развития плода была ассиметрического типа. В одном случае отмечалась гипотрофия с выраженным отставанием биометрических параметров (на 3 недели) от должных гестационных.

**Таблица 37 - Бипариетальный размер (БПР) головки и средний диаметр живота (ДЖ) плода в III триместре у женщин с хроническим пиелонефритом в стадии обострения (1 группа) и вне – обострения (2 группа)**

Группа	1 группа (n=30)		2 группа (n=30)	
	M±m, %		M±m, %	
Триместры	БПР	ДЖ	БПР	ДЖ
I	$20 \pm 2,2^*$	$6,7 \pm 1,4^*$	$83,3 \pm 2,1$	$33,3 \pm 2,6$
II	$23,3 \pm 2,3^*$	$10 \pm 1,6^*$	$86,7 \pm 1,8$	$40 \pm 2,7$
III	$30 \pm 2,5^*$	$13,3 \pm 1,9^*$	$93,3 \pm 1,4$	$53,3 \pm 2,7$

\* - достоверные данные по отношению к показателям физиологической беременности при  $p < 0,001$ ;

Изучение эхографической картины структурных изменений плаценты по Р.А. Grannum и соавт. (1979) выявило некоторые различия между исследуемыми группами. У 8 ( $26,7 \pm 2,4$ )% беременных с обострением хронического пиелонефрита преждевременное старение плаценты (появление III степени зрелости до 37-недельного срока беременности). Это выражалось в неоднородности субстанции плацентарной паренхимы с наличием экзогенных зон неправильной формы, неоднородной волнистой с углублениями в хориальной пластине и появлением экзогенных участков в базальном слое. Кроме того, у 3 ( $10 \pm 1,6$ )% женщин 1 группы (с обострением) диагностирована I степень зрелости плаценты в третьем триместре беременности, что свидетельствовало о позднем созревании плаценты.

Эхография позволила обнаружить и некоторые патологические изменения плаценты (кальциноз, кисты). При этом кистозные изменения плаценты были обнаружены в 3 случаях, кальциноз в 4 случаях.

Анализ динамики толщины плаценты при прогрессировании беременности выявил достоверное отставание в развитии плаценты с 28-29 недель беременности у женщин с обострением хронического пиелонефрита. Нами отмечено, что в III триместре беременности отмечается отставание в развитии плаценты, что выражается в достоверном уменьшении ее толщины и уменьшении прироста ее толщины за неделю по сравнению с нормативными показателями (соответственно 0,4-0,7 мм, при норме 0,86-1,15 мм). Толщина плаценты в сроке 28-32 недели составила  $29,0 \pm 0,42$  мм, при нормативном показателе  $30,5 \pm 0,6$  мм ( $p < 0,05$ ); при сроке 33-36 недель -  $34,1 \pm 0,13$  мм, при норме  $35,2 \pm 0,5$  мм ( $p < 0,05$ ); при сроке 37-40 недель -  $32,8 \pm 0,32$  мм, при норме  $33,9 \pm 0,2$  мм ( $p < 0,001$ ). У женщин без обострения анализ динамики толщины плаценты не выявил достоверных отличий от нормативных показателей.

Нами установлено, что при хроническом пиелонефрите в стадии обострения плацента локализовалась преимущественно по передней стенке матки у 19 ( $63,3 \pm 2,7$ )% беременных, по задней стенке матки и в дне у 7 ( $23,3 \pm 2,3$ )%, по боковым стенкам - у 4 ( $13,3 \pm 1,9$ )%.

При определении количества околоплодных вод характерным для беременных с хроническим пиелонефритом было многоводие, которое отмечалось у 11 ( $36,7 \pm 2,6$ )%. Маловодие определялось у 4 ( $13,3 \pm 1,9$ )% беременных.

Таким образом, проведенные ультразвуковые исследования в III триместрах беременности у женщин с хроническим пиелонефритом в стадии обострения позволяют отметить, что выявление нарушения в динамике роста плода, визуализация преждевременного созревания плаценты, наличия патологических изменений в плаценте, истончение плаценты являются прогностическим неблагоприятными в плане развития перинатальной патологии.

В настоящее время неотъемлемой частью комплексной оценки состояния плода во время беременности является антенатальная кардиотокография плода (КТГ). КТГ представляет собой метод функциональной оценки состояния плода на основании регистрации частоты его сердцебиений и их изменений в зависимости от сокращений матки, действия внешних раздражителей или активности самого плода.

Результаты проведенных исследований показали, что признаки внутриутробного страдания плода выявлены у 29 (48,3±3,9)% женщин обеих групп. При этом начальные признаки страдания плода в обеих группах: ПСП от 1,01 до 2,0 были отмечены у 21 (35±3,7)% женщин; ПСП от 2,01 до 3,0 был у 7 (11,7±2,5)% женщин и ПСП более 3,0 – выявлено в одном случае. Ретроспективный сравнительный анализ результатов КТГ у женщин с хроническим пиелонефритом, беременность которых осложнилась обострением данного заболевания (1 группа = 30 женщин) и протекала без обострения (2 группа = 30 женщин), представлен в таблице 2. Анализ полученных данных показал, что в большинстве случаев у женщин 2 группы (без обострения) ПСП составлял менее 1,0. Это свидетельствовало об отсутствии нарушения состояния плода. В то же время в 5 (16,7±2,1)% случаев нами были выявлены начальные признаки внутриутробного страдания плода.

Данные исследований в группе женщин с обострением (1 группа) показали, что в целом нарушения состояния плода были выявлены в 24 (80±2,2)% наблюдений и только в 6 (20±2,2)% случаев отмечалось отсутствие признаков страдания внутриутробного плода. В большинстве случаев 16 (53,3±2,7)% при обострении хронического пиелонефрита выявлялись начальные признаки внутриутробного страдания плода, при этом асфиксия при рождении (оценка по шкале Апгар 6 баллов и ниже) отмечалась у 10 (33,3±2,6)%, гипотрофия выявлена у 9 (30±2,5)% новорожденных.

**Таблица 2 - ПСП у женщин с хроническим пиелонефритом**

Группа	1 группа (n=30)		2 группа (n=30)	
	абс. число	M±m,%	абс. число	M±m,%
менее 1,0	6	20±2,2*	25	83,3±2,1
от 1,01 до 2,0	16	53,3±2,7*	5	16,7±2,0
от 2,01 до 3,0	7	23,3±2,3	-	-
3,01 и более	1		-	-

\* - достоверные данные по отношению к показателям 2 группы, при p<0,001.

В 7 наблюдениях, где ПСП составил от 2,0 до 3,0, у всех женщин дети родились в асфиксии (2 - оценка по шкале Апгар составила 4 балла, в 5 случаях - 5 баллов), а ПСП от 3,01 и более в одном случае.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о достаточной информативности КТГ в оценке состояния внутриутробного плода при обострении хронического пиелонефрита.

Таким образом, проведенные в динамике беременности (в I-III триместрах) комплексные биохимические и биофизические исследования с применением методов математического анализа позволили выделить наиболее информативные из них для прогнозирования и ранней диагностики хронического пиелонефрита.

Одним из наиболее информативных методов диагностики пиелонефрита является ультразвуковое исследование почек, позволяющее диагностировать патологические изменения у 70,9% беременных [3, 4, 5].

При ультразвуковом исследовании почек выявлено, что расширение чашечно-лоханочной системы наблюдалось у всех беременных 1 группы (100%) и у (70,91%) беременных 2 группы, а отёчность тканей почек в 3 раза чаще выявлялось в 1 группе (16,36%) по сравнению со 2 группой (5,88%), что говорит об эффективности методов декомпрессии при хроническом пиелонефрите во 2 группе.

Таких признаков, как нарушение подвижности почек при дыхании, значительное увеличение в размерах не наблюдалось, хотя некоторое уменьшение размеров поражённой почки после купирования клинико-лабораторных показателей имело место в 3 наблюдениях. Более точно об этом параметре мы не имели возможности, так как у большинства пациенток ультразвуковое исследование органов мочевыделительной системы до беременности не проводилось или данные о размерах почек до начала заболевания отсутствовали.

**Таблица 3 Ультразвуковые признаки хронического пиелонефрита беременных основной группы**

Ультразвуковые признаки (n=30)	Абс. число	M±m,%
Расширение чашечно-лоханочной системы	27	90±1,6
Деформация чашечно-лоханочной системы	25	83,3±2,1
Изменение толщины паренхимы почек	23	76,7±2,3
Изменение эхогенности паренхимы почек	28	93,3±1,7
Нарушение кортикомедуллярной дифференцировки	3	10±1,6

Как видно из таблицы 3 расширение чашечно-лоханочной системы наиболее часто встречающийся ультразвуковой признак пиелонефрита (27-(90±1,6%)). При этом расширение ЧЛС 2 степени регистрировалось у 11 пациенток, а 3 степени – выявлено в 2 наблюдениях. Это может быть связано с физиологической дилатацией собирательной системы почек во время беременности, о которой имеются сообщения в литературе [95]. Вместе с тем она может служить фоном для реализации воспалительного процесса в почках при определенных

неблагоприятных условиях. У 28 (93,3±1,7)% женщин, визуализировалось снижение эхогенности паренхимы, как результат ее отека при остром воспалении. Одновременно отмечалось увеличение или уменьшение толщины паренхимы у 23 (76,7±2,3)% пациенток. В большинстве наблюдений расширение ЧЛС сочеталось с другими ультразвуковыми критериями, такими как изменение эхогенности и толщины паренхимы, реже с нарушением кортикомедуллярной дифференцировки. Заподозрить наличие хронического пиелонефрита нам позволило, помимо анамнеза, наличие деформации чашечно-лоханочной системы, уплотнение чашечек 15 (50±2,7%). Больше, чем у половины пациенток, имеющих сонографические признаки пиелонефрита имело место сочетание одного или нескольких ультразвуковых признаков. Сочетание деформации и уплотнения стенок чашечек с расширением чашечно-лоханочной системы имело место в 17 (56,7±2,7)% наблюдений, с изменением толщины и эхогенности паренхимы почек – 12 (40±2,7)% пациенток. Это подтверждало не только наличие хронического пиелонефрита, а с учетом описанных выше лабораторных данных – его обострение.

Таким образом, наиболее часто встречающимся сочетанием ультразвуковых признаков пиелонефрита во время беременности явилось дилатация чашечно-лоханочной системы с изменением эхогенности паренхимы почечной ткани 28 (93,3±1,7)%, вторым по частоте регистрировалось ее сочетание с увеличением толщины паренхимы почек – 26 (86,7±1,8)%, редко встречалось сочетание расширения чашечно-лоханочной системы с нарушением кортикомедуллярной дифференцировки 3 (10±1,6)%.

Аномалии развития мочевой системы и фоновая патология почек в виде удвоения чашечно-лоханочной комплекса, подковообразной почки, гидронефроза, мочекаменной болезни были диагностированы у 7 пациенток, причем у подавляющего большинства они были впервые обнаружены во время беременности в результате наших исследований. Нефроптоз при УЗИ был выявлен у 4 (13,3±1,9)% пациенток, в 2 (6,7±1,4)% наблюдениях он имел место до беременности.

Таким образом, в наших исследованиях сонографические критерии пиелонефрита были выявлены в 86%, что говорит о высокой информативности метода, кроме того, ультразвуковое исследование органов мочевыделительной системы при пиелонефрите во время беременности позволяет верифицировать патологический процесс, выявить возможные аномалии развития и фоновую патологию.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Сидорова И.С., Макаров И.О. Фетоплацентарная недостаточность – М.: Знание – М., 2000. – 127 с.
2. Демидов В.Н., Розенфильд Б.Е., Воеводин С.М., Логвиненко А.В. Ультразвуковая биометрия плода при физиологически развивающейся беременности (нормативы и сравнительная точность)// Sonoace International. – 2001. – Выпуск 8. Русская версия. – С. 50-59.
3. Федянова М. П. Диагностические и прогностические критерии пиелонефрита у беременных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Смоленск, 2004.
4. Дергачев А.И. Ультразвуковая диагностика заболеваний почек и надпочечников. – М.: Триада Х, 2003. – 96 с.
5. Крюков Н.Н., Дорман Е.С. Ультразвуковые критерии хронического пиелонефрита. Урология. – 2000. №2. – С. 15-17.

УДК 615.15:614.2

#### РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТОВ ФАРМАЦЕВТОВ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*М.М.Сапақбай*

*Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент*

#### ТҮЙІН

Денсаулық сақтау жүйесінде фармацевт мамандарының негізгі ролі – халыққа жоғары сапалы қызмет көрсету мен дәрілік заттардың тиімді қолдануын насихаттау.

#### SUMMARY

The dominant role of experts in public health services system is a granting of high-quality service of the population and propagation of rational use medicinal.

Меры, предпринимаемые правительством, по сокращению расходов на здравоохранение приведут к тому, что аптеки будут предоставлять пациентам дополнительные виды услуг. Список безрецептурных лекарственных средств значительно пополнится, расширятся показания к их применению. Это будет способствовать возрастанию роли фармацевта в оказании первичной медицинской помощи, он станет первым помощником врача общей практики.

Изменения, произошедшие в экономике нашей страны, а также возросшие запросы потребителей способствует тому, что многие обязанности врача постепенно переходят к фармацевту. И это не случайно. В процессе обучения фармацевт приобретает профессиональные знания о лекарственных средствах и квалификацию, позволяющие ему, исходя из наличия соответствующих симптомов, давать потребителю