

Акушерство та гінекологія

Література

1. Бесплодный брак Под редакцией В.И. Кулакова // Руководство для врачей. – 2006. – "ГЭОТАР-МЕДИА". – С. 613.
2. Запорожан В.Н., Низова Н.Н., Рожковская Н.Н. Диагностика и лечение инфекций женских половых органов: Методические рекомендации. – Одесса, 2002. – 36 с.
3. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. Руководство для врачей. – Триада-Х, 2003. – 438 с.
4. Микробиологические исследования в диагностике репродуктивнозначимых инфекций / Н.Г. Кошелева, Л.Б. Зубжицкая, О.Н. Аржанова, О.В. Тышкевич, Ю.Л. Громыко, Т.Н. Шляхтенко, Т.А. Плужникова, Е.А. Шаповалова // Журнал акушерства и женских болезней. – 2004. – Том LIII, №1. – С. 16-22.
5. Bebear C., Barbeyrac B., Bebear C.M. New developments in diagnostic and treatment of mycoplasma infections in humans // Wien.Klin.Wochenschr. – 1997. – № 8. – Suppl.109 (14-15). – P. 594-599.

УДК 618.5-089:616-085

П.П. Григоренко, О.Г. Шиманська, Н.Л. Левицька, А.П. Григоренко
ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ БІЛКОВИХ ВТРАТ
У ВАГІТНИХ ЖІНОК З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ БІЛКОВИХ ВТРАТ У ВАГІТНИХ ЖІНОК З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ. На основі проведеного дослідження доведена доцільність використання харчового амінокислотно-вітамінно-мінерального комплексу "Берламін модуляр" (Berlin-Chemie) у жінок з преєклампсією, в додаток к традиційного лікування.

ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ БЕЛКОВЫХ ПОТЕРЬ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ. На основании проведенного исследования доказана целесообразность использования пищевого аминокислотно-витаминно-минерального комплекса "Берламин модуляр" (Berlin-Chemie) у женщин с преєклампсией, в дополнение к традиционному лечению.

SPECIALITY OF PROTEIN LOSS RESTORATION AT PREGNANT WOMEN WITH PREECLAMPSIA. It was proved an expediency of using nourishing complex "Berlamin Modular" (Berlin-Chemie) at women with preeclampsia in edition to routine treatment.

Ключові слова: вагітність, преєклампсія.

Ключевые слова: беременность, преєклампсия.

Key words: pregnancy, preeclampsia.

ВСТУП. Преєклампсія – це патологічний стан, який ускладнює протікання вагітності та характеризується порушенням судинної, нервової, ендокринної, імунної систем, гомеостазу, гемостазу, порушенням функції нирок, печінки, плаценти та головного мозку, різними метаболічними змінами адаптаційних систем організму жінки [1, 2, 3].

Преєклампсія розглядається як системна ендотеліальна дисфункція, яка супроводжується активацією тромбоцитарно-судинної ланки гемостазу, з системною загальною реакцією та підвищеною продукцією прозапальних (ІЛ-1 β , ІЛ-2, ІЛ-6, ФНП- α та ін.) та зниженням рівнів протизапальних (ІЛ-4, 5, 9, 10 та ін.) цитокінів з формуванням клітинного (Th-1) типу імунної відповіді [4, 5, 6]. Зменшується синтез простагліну та збільшується

рівень тромбоксану, в результаті чого підсилюється вазоконстрикторний ефект та активується адгезія та агрегація тромбоцитів [7]. Порушення дозрівання плаценти, тривалий спазм вільозних артеріол поєднується з регресивними змінами метаболічного русла і служить патогенетичною основою для розвитку хронічної фетоплацентарної гіпертензії, яка супроводжується ЗВУР плода або явищами інтранатальної гіпоксії (прогресуючий дистрес плода) [8].

При вагітності, ускладненій преєклампсією, виражені процеси окисно-відновлювальної модифікації білків, що посилює пошкодження клітинних мембран, дистрофія та некроз клітин з декомпенсацією білковосинтетичної функції печінки та плаценти [9].

Мета роботи. Вивчити лікувальну ефективність харчового амінокислотно-вітамінно-мінерального комплексу "Берламін модуляр" (Berlin-Chemie) у відновленні білкових втрат у вагітних з преєклампсією. "Берламін модуляр" нами широко (більш 3-х років) з успіхом використовується в акушерстві: ЗВУР плода, важка анемія вагітних, альбінурія, зниження загального білка крові, в гінекології у хворих з післяопераційним парезом кишківника.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ. В дослідження було включено 32 вагітних в третьому триместрі вагітності з преєклампсією середнього ступеня важкості з альбінурічним синдромом. Контрольну групу склали 15 вагітних з фізіологічним перебігом вагітності, які госпіталізовані для допологової підготовки. Лікування преєклампсії проводилось згідно протоколів [10].

Вагітні з преєклампсією були розділені на дві групи: Основна (16 вагітних) які отримували "Берламін модуляр" по 22,5 г (1,5 столової ложки) тричі на добу. У вагітних групи порівняння (16 жінок) "Берламін модуляр" не використовувався. Оцінка результатів лікування проводилось через 7 діб.

Для оцінки білково-синтезуючої функції печінки досліджували загальний білок крові та білкові фракції уніфікованим методом. Досліджували показники гемостазу (тромбоцити, протромбіновий індекс, рівень фібриногену, етаноловий тест, час згортання крові за Лі-Уайтом) уніфікованим методом. АЧТЧ (активованій частковий тромбoplastиновий час) – оцінює внутрішній час згортання

крові, який характеризує рівновагу між прокоагулянтною та антикоагулянтною ланкою системи гемостазу. Він подовжується при дефіциті факторів XII, XI, IX, VIII, VIII фВ, а також при присутності в крові їх інгібіторів (гепарин). Скорочення АЧТЧ вказує на гіперкоагуляцію. Норма АЧТЧ 20-40 сек. [11]. Визначення сечовини крові проводили уніфікованим методом за кольоровою реакцією з діацетилмоноксином, креатинін у сироватці крові визначали за кольоровою реакцією Яффе (за Попером).

Статистичну обробку результатів проводили з допомогою критерію Стюдента. Різницю між порівнюваними середніми величинами вважали вірогідною при $t > 2$ та $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. У вагітних з преєклампсією добовий діурез (табл. 1) знижувався на 30,2 % та 28,8 % ($p < 0,05$). У жінок основної групи добовий діурез після прийому "Берламіну модуляру" протягом 7 діб зростав на 23,2 % ($p < 0,05$). Добова протеїнурія у жінок основної групи після лікування знизилась на 85,3%, в групі порівняння – на 64,5%, в 1,3 раза нижче ($p < 0,05$). Креатинін до лікування був підвищеним на 47,6 % та 48,8 % ($p < 0,05$).

Після лікування рівень креатиніну знизився в основній групі на 35,8 %, а в групі порівняння на 18,5 %, в 1,93 раза нижче ($p < 0,05$). Сечовина до лікування була підвищена на 21,8 % та 24,6 % ($p < 0,05$). Після лікування в основній групі спостерігалось зниження сечовини на 11,0 % ($p < 0,05$), в групі порівняння вона залишалась на тому ж рівні ($p < 0,05$).

Таблиця 1. Лабораторні прояви преєклампсії до та після лікування ($M \pm m$)

Показник	Групи жінок				
	Контрольна (n=15)	Основна (n = 16)		Порівняння (n = 16)	
		До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Діурез (мл/добу)	1454±25,3	1014±30,2*	1320±28,2**	1035±32,5*	1100±31,2
Протеїнурія в добовій сечі (г/л)	–	1,36±0,35	0,2±0,05**	1,41±0,28	0,5±0,1**
Відносна щільність сечі (кг/л)	1015–1019	1010–1014 ніктурія	1011–1015	1010–1013	1010–1012
Креатинін (мкмоль/л)	44±3,25	84±4,28*	54±2,2**	86±3,25	70,1±2,22**
Сечовина (ммоль/л)	4,3±0,38	5,5±0,28*	4,9±0,16**	5,7±0,21*	5,1±0,35*

Примітка: * – $p < 0,05$ в порівнянні з показниками контрольної групи; ** – $p < 0,05$ в порівнянні з показниками досліджуваних груп.

Таблиця 2. Вміст загального білка та білкових фракцій у жінок з преєклампсією в залежності від методу лікування ($M \pm m$)

Показники	Контрольна група (n=15)	Основна група (n=16)		Група порівняння (n=16)	
		До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Загальний білок крові, г/л	71,9±1,6	66,8±1,1*	71,4±2,4**	67,9±1,7*	69,0±2,1
Альбуміни, г/л	35,8±1,1	30,5±0,8*	34,2±0,9**	31,0±2,3*	32,3±1,8
Глобуліни, г/л	35,5±1,6	32,3±2,4	33,8±2,8	30,2±2,9	32,7±2,6
А/Г коефіцієнт	1,01±0,05	0,94±0,07	1,01±0,03	1,03±0,1	0,99±0,11

Примітка: * – $p < 0,05$ в порівнянні з показниками контрольної групи; ** – $p < 0,05$ в порівнянні з показниками досліджуваних груп.

Таблиця 3. Показники коагулограми у жінок з преєклампсією в залежності від методу лікування (M±m)

Досліджувані показники	Групи жінок				
	Контрольна (n=15)	Основна (n=16)		Порівняння (n=16)	
		До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Тромбоцити × 10 ⁹ / л	258,46±4,9	215,8±1,74*	232,2±2,3**	220,2±1,82*	210,4±1,25**
Протромбіновий індекс (%)	92,5±0,29	96,0±2,06	88,0±2,42**	95,2±2,01	88,0±1,42**
Фібриноген (г/л)	4,3±0,1	4,26±0,3	4,42±0,1	4,17±0,25	4,3±0,28
Фібриноген В (%)					
+	11,7±1,3	67,3±1,3*	51,6±2,12**	65,3±1,2*	53,4±1,1**
-	88,3±1,2	32,7±1,8*	48,4±1,75**	34,7±2,1*	46,6±0,85**
Етаноловий тест (%)					
+	5,9±1,4	46,8±1,5*	32,5±1,2**	48,2±1,3*	43,4±1,8**
-	94,1±1,8	53,2±1,9*	67,5±1,5*	51,8±2,2*	56,6±2,4*
Час згортання крові (сек)	315,0±12,0	256,0±20,0*	298,0±18	252,0±22*	246,2±18*
АЧТЧ (сек)	34,5±0,41	28,5±0,53*	30,4±0,38	27,9±0,63*	29,1±0,55*

Примітка: * – p<0,05 в порівнянні з показниками контрольної групи; ** – p<0,05 в порівнянні з показниками досліджуваних груп.

Таким чином "Берламін модуляр" нормалізує функцію печінки та нирок у жінок з преєклампсією за рахунок виражених антиоксидантних властивостей.

Вміст загального білка крові (табл. 2) у жінок з преєклампсією знижувався на 7,1 % та 6,0 % (p<0,05). Відповідно знижувався рівень альбуміну на 14,8 % та 13,4 % (p<0,05). Після лікування в основній групі рівень загального білка виріс на 6,5 %, альбумінів на 10,8 % (p<0,05). В групі порівняння рівень загального білка крові та альбумінів залишались на одному рівні (p<0,05).

Таким чином, "Берламін модуляр" стимулює білково-синтетичну функцію печінки, відповідно, нормалізується онкотичний тиск крові у вагітних з преєклампсією.

Аналіз системи згортання крові (табл. 3) показав, що у вагітних з преєклампсією рівень тромбоцитів був знижений на 16,5 % та 14,8 % (p<0,05). Позитивний фібриноген В виявляється частіше в 5,75 та 5,6 разів в порівнянні з контрольною групою (p<0,05).

Позитивний етаноловий тест, відповідно, виявлявся в 7,9 та 8,6 разів частіше (p<0,05). Час згортання крові підвищувався на 18,7 % та 20,0 % (p<0,05). АЧТЧ скорочувався на 17,4 % та 19,1 % (p<0,05).

Таким чином, у вагітних з преєклампсією спостерігається тромбоцитопенія з тенденцією прогресування хронічного ДВЗ – синдрому з явищами гіперкоагуляції.

Після лікування рівень тромбоцитів зріс на 7,4 % та 5,0 % (p<0,05), протромбіновий індекс знизився на 8,4 % та 7,6 % (p<0,05).

Позитивний фібриноген В в основній групі виявлявся рідше на 23,3 %, в групі порівняння – на 18,2 %, в 1,28 разів (p<0,05). Етаноловий тест, відповідно, на 30,6 % та 10,0 %, в 3,06 разів (p<0,05). АЧТЧ в основній групі подовжувався на 6,3 % (p<0,05).

Таким чином при дозованому використанні "Берламіну модуляру" у вагітних з преєклампсією спостерігається пригнічення активності судинно-тромбоцитного гемостазу та фібрinolітичної системи, що дає можливість відновлення мікроциркуляції.

ВИСНОВКИ. "Берламін модуляр" має виражені антиоксидантні властивості, стимулює білково-синтетичну функцію печінки та плаценти, пригнічує активований судинно – тромбоцитарний гемостаз у вагітних з преєклампсією, що дає можливість відновлення мікроциркуляції. "Берламін модуляр" може з успіхом використовуватись в комплексному лікуванні преєклампсії.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. В подальшому нами планується продовжити роботу над даною проблемою.

Література

1. Гестозы: Руководство для врачей / Венцовский Б.М., Заборожан В.Н., Сенчук А.Я., Скачко Б.Г. – М.: МИА, 2005. – 312 с.
2. Исследование проницаемости гемозенцефалического барьера у беременных с гестозом / Сидорова Н.С., Дмитриева Т.Б., Гурина О.Н. и др. // Акуш. и гин. – 2006. – № 5. – С. 15-17.
3. Шифман Е.М., Шиканадзе А.Д., Вартанов В.Я. Инфузионно-трансфузионная терапия в акушерстве. – Петрозаводск, 2003. – 300 с.

4. Rein D.T., Schondorf T., Gohring U.I. Cytokine expression in peripheral blood lymphocytes indicated a switch T (helper) celes in patients with preeclampsia // J. Reprod. Immunol. – 2002. – № 54. – P 133-142.

5. Богачов Е.І., Григоренко П.П., Григоренко А.П. Клініко – діагностичне значення інтерлейкінів у жінок з преєклампсією розроджених кесаревим розтином // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2006. – № 2 (6). – С. 48 – 51.

6. Григоренко П.П., Богачов Е.І., Григоренко А.П. Стан

імунної системи у вагітних та породіль з прееклампсією, розроджених кесаревим розтином // Репродуктивное здоровье женщины. – 2006. – № 1. – С 79-81.

7. Sand A., Andersson E., Fried G. Nitric oxide donors mediate vasodilation in human placenta arteries partly a direct effect on potassium channels // Placenta. – 2006. – Vol. 27. – P. 181 – 190.

8. Placental development in normal and compromised a review // Regnault T.R., Galan H.L., Parker T.A. et. al // Placenta. – 2002. – Vol. 23. – P. 119-129.

9. Іванов І.І., Черипко М.В. Показники процесу дегра-

дації білків при фізіологічній вагітності та при НПГ – гестозах // ПАГ. – 2002. – № 6. – С. 70-71.

10. Гіпертензивні розлади під час вагітності, прееклампсії /еклампсії // Наказ МОЗ України № 676 від 31.12.2004. "Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги". – Київ, 2004. – С. 1-26.

11. Основные причины нарушения скрининговых тестов коагулограмм / Баркаган З.С., Момот А.П., Мамаев А.Н. и др./ В сб. Диагностика и оценка эффективности терапии основных видов патологии гемостаза. – Харьков, 2003. – С. 4-6.

УДК 618.3-06 + 616.983 + 616.9-022

В.Ф. Струк, І.І. Гудивок

Ведення вагітності у жінок, інфікованих парвовірусом В19

Івано-Франківський державний медичний університет

ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК, ІНФІКОВАНИХ ПАРВОВІРУСОМ В19. Проведене порівняльне дослідження ведення вагітності у жінок, інфікованих парвовірусом В19, по загальноприйнятій та запропонованій авторами схемі. Спостереження та лікування проводилося за наступною схемою: 1) у I триместрі вагітності – ультрасонографія та дослідження гормонів крові (?-ХГЛ і прогестерон) з метою ранньої діагностики ускладнень вагітності, які найчастіше виникають при парвовірусній інфекції, (загрози викидня, мимовільного викидня, відмерлої вагітності) кожні 2 тижні, щонайменше 12 тижнів з моменту постановки діагнозу парвовірусної інфекції, а також проводилося лікування парвовірусної інфекції антигомтоксичними препаратами енгістол та плацента композитум; 2) у II та III триместрах вагітності – ультрасонографія (доплерографія) та дослідження гормонів крові (вільного естріолу та плацентарного лактогену) з метою ранньої діагностики ускладнень вагітності, які найчастіше виникають при парвовірусній інфекції, (плацентарної недостатності, дистресу плода, водянки плода, мертвого плода), а також проводилося лікування парвовірусної інфекції антигомтоксичними препаратами енгістол та плацента композитум у комплексі з імуноглобуліном нормальним людини для внутрішньовенного введення згідно методичних рекомендацій МОЗ України "Профілактика і лікування акушерсько-перинатальних ускладнень у вагітних з парвовірусною інфекцією". Виявлено, що частота акушерсько-перинатальних ускладнень у групі, де вагітні спостерігалися за схемою, запропонованою авторами, була достовірно ($p < 0,05$) меншою, ніж у групі, де спостереження проводилося за загальноприйнятою схемою.

THE MANAGEMENT OF THE PREGNANCY IN PREGNANT WOMEN INFECTED WITH THE PARVOVIRUS B19. It was made a comparative research of the management of the pregnancy in women, infected with the parvovirus B19, with general and proposed by the authors'scheme. The observation and the treatment held with the next scheme: 1) in the first trimester of the pregnancy – ultrasonography and research of hormones of blood (human chorionic gonadotropin-? and progesteron) with the aim of the early diagnosis of complications of the pregnancy which very often appear in parvoviral infection (the threat of the misbirth, spontaneous misbirth, dead pregnancy) every 2 weeks, less 12 weeks from the moment of the diagnosis of parvoviral infection, antihomotoxic preparations engystol and placenta compositum; 2) in the second and third trimester of the pregnancy – ultrasonography (doplerography) and the research of hormones of blood (free estriol and placental lactogen) with the aim of the early diagnosis of complications of the pregnancy with appear in parvoviral infection (placental insufficiency, distress of the fetus, dropsy of misbirth, dead fetus) and also the treatment of parvoviral infection was made with antihomotoxic preparations engystol and placenta compositum in complex with the immunoglobulinum human normal pro injectionibus intravenosa with the aim of methodological recommendations TOH of Ukraine "The prophylaxis and treatment of tocologic and perinatal complications pregnant women with parvoviral infection". It is determined that the rate of tocologic and perinatal complications in the group, where pregnant women were observed in the scheme which is proposed by authors ,was really ($p < 0,05$) smaller than in the group, where researches held for general scheme.

Ключові слова: вагітність, парвовірус В19.

Ключевые слова: беременность, парвовирус В19.

Key words: pregnancy, parvovirus B19.

ВСТУП. Починаючи з 1991 року, в Україні відбувалося істотне зниження народжуваності порівняно з показниками смертності. Але вже з 2001 року потрошку, проте невпинно в Україні почав підви-

щуватися рівень народжуваності. На жаль, це зростання відбувається на тлі підвищення смертності, тому повністю компенсувати рівень смертності рівнем народжуваності немає можливості, і в нас