

Таким чином, використання “Ломадєя” з профілактичною метою дозволило нормалізувати всі показники, що пов’язано зі зникненням мікробного обсіювання та запобіганням розвитку післяабортних ускладнень.

Важливий також і суттєвий економічний ефект.

ЛІТЕРАТУРА

1. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойная гинекология. – М.: Мпрессинформ, 2001.

2. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. – М.: Медицина, 1996.

3. Кулаков В.И., Зак И.Р., Куликова Н.Н. Аборт и его осложнения. – М.: Медицина, 1987.

4. Падейская Е.Н. Антимикробный препарат широкого спектра действия – ломефлоксацин (Максаквин): итоги 10-летнего применения в клиниках России // Антибиотики и химиотер. – 2000. – Т.45, №1. – С. 39-44.

5. Фторхинолоны в клинической практике / А.А. Мухин, А.Я. Дзяблук, Н.Н. Недлинская и др. // Укр.хіміотерапевт.журнал. – 2001. – №1(9). – С. 27-31.

УДК 618.3:616.155.194.8]-08:615.356

Галалу С.І., Данькина І.А., Джеломанова С.О.

ВИКОРИСТОВУВАННЯ ПРЕПАРАТУ “ПРЕГНАВІТ” ПРИ ЛІКУВАННІ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНИХ АНЕМІЙ У ВАГІТНИХ

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького

ВИКОРИСТОВУВАННЯ ПРЕПАРАТУ “ПРЕГНАВІТ” ПРИ ЛІКУВАННІ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ У ВАГІТНИХ – За даними ВООЗ, частота анемії при вагітності в різних країнах складає від 21 до 80 % (якщо судити за рівнем гемоглобіну) і 49-80 % (якщо оцінювати за рівнем сироваткового заліза). У 9 випадках з 10 при вагітності виявляється залізодефіцитна анемія (ЗДА). Серед найчастіших причин: порушення всмоктування в шлунково-кишковому тракті (ШКТ), відсутність надходження достатньої кількості заліза з їжею. До кінця вагітності неминує збільшення залізом організму матері у зв’язку з депонуванням його у фетоплацентарному комплексі, із збільшенням об’єму циркулюючої крові, у зв’язку з фізіологічною крововтратою в 3-му періоді пологів і лактацією. Загальноприйнятною терапією ЗДА вагітних є лікування препаратами заліза. Лікування, проте, не завжди виявляється ефективним, а іноді і неприємним, оскільки при прийманні препаратів заліза нерідко розвивається ряд побічних ускладнень. Тому вивчений вплив препарату “Прегнавіт” при лікуванні анемії вагітних на цитохімічну активність клітин периферичної крові, оскільки виявлений взаємозв’язок між зниженням рівня активності цих ферментів і високим ризиком розвитку плацентарної недостатності. Досвід застосування препарату “Прегнавіт” свідчить про ефективність його застосування у вагітних із залізодефіцитною анемією і позитивний вплив на метаболічні внутрішньоклітинні процеси, що приводить до поліпшення стану фетоплацентарного комплексу.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА “ПРЕГНАВИТ” ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЙ У БЕРЕМЕННЫХ – По данным ВООЗ, частота анемии при беременности в разных странах составляет от 21 до 80 % (если судить по уровню гемоглобина) и 49-80 % (если судить по уровню сывороточного железа). В 9 случаях из 10 при беременности определяется железодефицитная анемия (ЖДА). Среди частых причин: нарушение всасывания в желудочно-кишечном тракте, отсутствие поступления достаточного количества железа с пищей. К концу беременности неизменно возникает истощение запасов железа у матери, в связи с депонированием его в фетоплацентарном комплексе, с увеличением объема циркулирующей крови, в связи с физиологической кровопотерей в 3-ем периоде родов и лактацией. Общепринятой терапией ЖДА беременных является лечение препаратами железа. Но лечение не всегда оказывается эффективным, а иногда и невозможным, поскольку при приеме препаратов железа часто развиваются побочные эффекты. Потому изучено влияние препарата “Прегнавит” при лечении анемии беременных на цитохимическую активность клеток периферической крови, поскольку выявлена взаимосвязь между снижением уровня активности этих ферментов и высоким риском развития плацентарной недостаточности. Опыт использования препарата “Прегнавит” показывает эффективность его использования у беременных с ЖДА и положительное влияние на внутриклеточный метаболизм, что приводит к улучшению состояния фетоплацентарного комплекса.

USE OF PREGNAVIT PREPARATION IN TREATMENT OF IRON DEFICIENCY ANEMIAS AT PREGNANT WOMEN – According to WHO data the frequency of anemia at pregnancy in different countries is 21-80 % (concerning the level of hemoglobin) and 49-80 % (if to estimate on the level of serum iron). The iron deficiency anemia (IDA) is revealed in 9 cases from 10 at pregnancy. Among the most frequent reasons: dysfunction of absorption in gastrointestinal tract (GIT), absence of receiving of enough amount of iron with food. By the end of pregnancy the impoverishment of mother organism with iron takes place in connection with its deposition in fetoplacental complex, with the increase of circulating blood volume, in connection with physiological blood loss in the

3th period of delivery and lactation. Treatment by preparations of iron is the generally accepted therapy of IDA of pregnant. Treatment, however, not always appears effective, and sometimes it is unacceptable, because at the receiving the preparations of iron a number of side complications develops quite often. Therefore, the influence of Pregnavit preparation on cytochemical activity of peripheral blood cells at treatment of anaemia of pregnant is studied, as the interrelation between the decrease of the activity level of these enzymes and high risk of development of placenta insufficiency is revealed. Experience of application of Pregnavit preparation testifies to efficiency of its application at pregnant with iron deficiency anaemia and its positive influence on metabolic intracellular processes resulting in the improvement of the state of fetoplacental complex.

Ключові слова: вагітність, залізодефіцитна анемія, метаболізм, вітаміни.

Ключевые слова: беременность, железодефицитная анемия, метаболизм, витамины.

Key words: pregnancy, iron deficiency anemias, metabolism, vitamins.

ВСТУП За даними ВООЗ, частота анемії при вагітності в різних країнах складає від 21 до 80 % (якщо судити за рівнем гемоглобіну) і 49-80 % (якщо оцінювати за рівнем сироваткового заліза). У 9 випадках з 10 при вагітності виявляється залізодефіцитна анемія (ЗДА). Серед найчастіших причин: порушення всмоктування в шлунково-кишковому тракті (ШКТ), відсутність надходження достатньої кількості заліза з їжею. До кінця вагітності неминує настає збільшення залізом організму матері у зв’язку з депонуванням його у фетоплацентарному комплексі (близько 450 міліграм), із збільшенням об’єму циркулюючої крові, на що витрачається близько 500 міліграм, у зв’язку з фізіологічною крововтратою в 3-му періоді пологів (150 міліграм) і лактацією (400 міліграм). Сумарна втрата заліза до закінчення вагітності складає 1200-1400 міліграм. Щоденна потреба в залізі у вагітних складає 10 міліграм, з їжі утилізується близько 2 міліграм [1]. Залізо – це мікроелемент, що бере участь в організмі в чотирьох основних біохімічних перетвореннях:

– у транспорті електронів (цитохроми, залізосірчано-протеїди);

– у транспорті і депонуванні кисню (міоглобін, гемоглобін);

– у формуванні активних центрів окислювально-відновних ферментів (оксидази, гідроксилази);

– у транспорті і депонуванні заліза (трансферин, ферритин, гемосидерин, сидерохроми, лактоферин).

Виявлено, що при ЗДА посилюються процеси перекисного окислення ліпідів без активації антиоксидантної системи захисту, що призводить до пошкодження мембранних структур кліток фетоплацентарного комплексу в цілому [3]. При ЗДА вагітних гіпотрофія плода зустрічається в 25 %,

гіпоксія плода – в 35 % випадків. Встановлено, що прееклампсії, невиношування вагітності, відшарування плаценти, кровотечі часто поєднуються з анемією, посилюючи одне одного. На сьогодні загальноприйнятою терапією ЗДА вагітних є лікування препаратами заліза. Лікування, проте, не завжди виявляється ефективним, а іноді і неприйнятним, оскільки при прийманні препаратів заліза нерідко розвивається ряд побічних ускладнень, що погіршує стан хворого і робить неможливим продовження приймання препарату. Абсорбція мікроелементів в ШКТ і біодоступність мікроелементів залежать від численних харчових компонентів: вітамінів А, Е, D, групи В; фітінової кислоти, амінокислот, жирних кислот, целюлози, пектинових речовин і т.д. Вітаміни або виконують каталітичну роль, входячи до складу ферментів (ензимовітаміни), або виконують сигнальні функції екзогенних прогормонів або гормонів. Встановленим вважається факт обов'язкової наявності ряду мікроелементів в структурі багатьох вітамінозалежних коферментів, що в свою чергу підказало, що при гіповітамінозі є дефіцит апофермент-вітамін-мінерального комплексу. Багато вітамінів є синергістами, потенціюючи антиоксидантні властивості один одного. З сучасних позицій можна говорити, що існують ензимовітаміни (В₁, В₂, РР, В₆, В₁₂, пантотенова кислота, Н, фолієва кислота та ін.), гормоновітаміни (А, D₂, D₃), а також вітаміни-антиоксиданти (А, З, Е, ліпоева кислота). Вітаміни і мікроелементи, що володіють антиоксидантними властивостями, виконують найважливішу роль у функціонуванні всіх органів і систем на рівні ферментів і навіть транскрипції генів. За даними літератури, дефіцит вітамінів під час вагітності може виявитися причиною деякої природженої потворності, захворювань, гіпотрофії плода, недоношеності, порушення фізичного і розумового розвитку, неврологічних розладів, високої дитячої захворюваності [2]. Не менш важлива при вагітності і роль мінеральних речовин, які є необхідними елементами для виконання життєво важливих функцій жіночого організму і плода. Мінеральні речовини входять до складу багатьох білків, ферментів, гормонів, виконують роль у формуванні скелета плода, регулюють водно-сольовий обмін, обмін заліза, беруть участь в процесах клітинного метаболізму.

Мета даного дослідження – вивчення впливу препарату "Прегнавіт" при лікуванні анемії вагітних на цитохімічну активність клітин периферичної крові (сукцинатдегідрогеназа – СДГ і α -глицерофосфатдегідрогеназа – ГФДГ лімфоцитів), оскільки виявлений взаємозв'язок між зниженням рівня активності цих ферментів і високим ризиком розвитку плацентарної недостатності.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ Комплексний вітаміно-мінераловмісний препарат "Прегнавіт" містить в своєму складі в одній капсулі: вітаміну А – 3000 МО, D₃ – 200 МО, Е – 10 міліграм, В₁ – 1,5 міліграма, В₂ – 2,5 міліграма, В₆ – 5 міліграма, В₁₂ – 5 мкг, нікотинамід – 15 міліграм, З – 75 міліграм, кальцію пантотенату – 10 міліграм, кальцію лактату – 6,51 міліграма, фолієвої кислоти – 0,75 міліграма, фумарата заліза – 30 міліграм, дикальцій фосфату – 250 міліграм. Показаннями до застосування служить заповнення дефіциту вітамінів, заліза і кальцію при вагітності і лактації. Застосовується під час вагітності всередину під час їди в I триместрі – 1 капсула, в II – 2 капсули, в III – 3 капсули.

Нами було обстежено 150 вагітних з анемією I і 2-го ступенів. Вік вагітних склав 19-39 років, в середньому

(27,8 \pm 2,7) року. ЗДА до вагітності була виявлена у 10 (6,7 %). Першовагітними були 38 (25,3 %), повторновагітними – 112 (74,7 %), повторнонароджуючими – 76 (50,7 %). При вивченні анамнезу у повторнонароджуючих звертала на себе увагу достатньо висока частота звичного невиношування – 55 %, прееклампсій – 28 %, гіпотрофії плода – 24 %, перинатальних втрат – 9,2 %. Перебіг даної вагітності був обтяжений раннім токсикозом у 24 (16 %), загрозою переривання вагітності в I триместрі – у 45 (30 %). Другий триместр вагітності був ускладнений загрозою переривання у 23 (15,3 %), набряками вагітних – у 31 (20,7 %), помірним багатоводдям – у 11 (7,3 %). У III триместрі відмічені прееклампсії легкого ступеня у 8 (5,3 %), загроза переривання – у 18 (12 %). Всім вагітним з лікувальною метою був назначений прегнавіт з моменту обігу: у I триместрі – 41 (27,3 %), в II – 76 (50,7 %), в III – 33 (22 %) у вищезгаданому дозуванні. Всім вагітним, крім загальноприйнятих методів дослідження, проведене дослідження показників СДГ і α -ГФДГ в лімфоцитах периферичної крові, вмісту сироваткового заліза.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Є чітка позитивна динаміка в показниках периферичної крові на фоні лікування препаратом "Прегнавіт" вже через 2 тижні від початку лікування. Нв до лікування – (102,1 \pm 2,5) г/л; після лікування – (118 \pm 1,8) г/л; еритроцити крові до лікування – (3,05 \pm 0,08) млн/л, після лікування – (3,92 \pm 0,07) млн/л, ретикулоцити крові – (11,28 \pm 1,2) % і (8,9 \pm 2,1) % до і після лікування, відповідно, сироваткове залізо – (7,2 \pm 0,7) мкмоль/л і (14,6 \pm 1,1) до і після лікування, відповідно. При дослідженні цитохімічної активності лімфоцитів було встановлено, що початково є значне зниження цих показників (СДГ – (15,7 \pm 0,7) гран/лімф і α -ГФДГ – (10,2 \pm 0,5) гран/лімф) з подальшим прогресивним зростанням в процесі лікування (СДГ – (18,7 \pm 0,4) гран/лімф і α -ГФДГ – (13,8 \pm 0,05) гран/лімф), що свідчить про посилення метаболічних процесів в організмі вагітної. Застосування препарату, мабуть, сприяє перебудові функціонального стану імункомпетентних клітин і фетоплацентарного комплексу у напрямі оптимізації метаболічних процесів, що в свою чергу приводить до зниження частоти ускладнень вагітності. За всіма вагітними проводили динамічне спостереження із застосуванням методів функціональної діагностики (УЗ-дослідження, доплерометрія, кардіотокографія). Частота гіпотрофії плода склала 6 %, внутрішньоутробної гіпоксії плода – 5,3 %. Всі вагітні були розроджені живими новонародженими. Частота своєчасних пологів склала 94,7 %, передчасні пологи на 36-37-й тижні були у 5,3 %. Середня маса тіла новонароджених склала (3128 \pm 348) г (2680-4320 г). Оцінка за шкалою Апгар склала 7-9 балів. Частота мимовільних пологів склала 102 (68 %), кесарів розтин за об'єднаними даними – 48 (32 %).

ВИСНОВОК Таким чином, досвід застосування препарату "Прегнавіт" свідчить про ефективність його застосування у вагітних із залізодефіцитною анемією і позитивний його вплив на метаболічні внутрішньоклітинні процеси, що приводить до поліпшення стану фетоплацентарного комплексу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Шехтман М.М. Хвороби крові у вагітних. – М.: Медицина, 1997. – 231 с.
2. Проценко О.О., Мазорчук Б.Ф. Про можливості зростання частоти анемії серед вагітних // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 1999. – №1. – С. 77-79.
3. Дворецький Л.І. Залізодефіцитні анемії // Російський медичний журнал. – 1997. – Т. 5, №19. – С. 1234-1242.