

3. У пацієнтів, в яких зафіксовано важкий перебіг іхтіозу, лише системне застосування ретинолу пальмітату дозволяло контролювати прояви захворювання.

Перспективою подальших досліджень є вивчення особливостей місцевого та системного застосування ретиноїдів у хворих на іхтіоз.

Список літератури

- Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ БТАТ-ШЛСА / Реброва О. Ю. - М.: Медиа Сфера, 2006. - 312 с.
- Скрипкин Ю. К. Кожные и венерические болезни / Ю.К. Скрипкин, А.А. Кубанова, В.Г. Акимов. - М.: ГЭОТАР/Медиа, 2009. - 544 с.
- A systematic review of clinical trials of treatments for the congenital ichthyoses, excluding ichthyosis vulgaris / A. Hernandez-Martin, B. Aranegui, A. Martin-Santiago, I. Garcia-Doval // J. Am. Acad. Dermatol. - 2013. - Vol. 69, № 4. - P. 544-549.
- An absence of nuclear lamins in keratinocytes leads to ichthyosis, defective epidermal barrier function, and intrusion of nuclear membranes and endoplasmic reticulum into the nuclear chromatin / H. J. Jung, A. Tatar, Y. Tu [et al.] // Mol. Cell Biol. - 2014. - Vol. 34, № 24. - P. 4534-4544.
- DiGiovanna J. J. Ichthyosis: etiology, diagnosis, and management / J. J. DiGiovanna, L. Robinson-Bostom // Am. J. Clin. Dermatol. - 2003. - Vol. 4, № 2. - P. 81-95. - Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20040505_191.html
- Management of ichthyosis and related conditions gene-based diagnosis and emerging gene-based therapy / G. Richard, K. Choate, L. Milstone [et al.] // Dermatol. Ther. - 2013. - Vol. 26, № 1. - P. 55-68.
- Maruthappu T. Discovery in Genetic Skin Disease: The Impact of High Throughput Genetic Technologies / T. Maruthappu, C. A. Scott, D. P. Kelsell // Genes. - 2014. - Vol. 5, № 3. - P. 615-634.
- Oji V. Ichthyosis, clinical manifestations and practical treatment options / V. Oji, H. Traupe // Am. J. Clin. Dermatol. - 2009. - № 10. - P. 351-364.
- Systemic retinoids in the management of ichthyoses and related skin types / J. J. Digiovanna, T. Mauro, L. M. Milstone [et al.] // Dermatol. Ther. - 2013. - Vol. 26, № 1. - P. 26-38.
- Usefulness of a global clinical ichthyosis vulgaris scoring system for predicting common FLG null mutations in an adult Caucasian population / K. Ezzedine, C. Droitcourt, C. Ged [et al.] // Br. J. Dermatol. - 2012. - № 167. - P. 1165-1169.

Дмитренко С.В.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИХТИОЗОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕТИНОЛА ПАЛЬМИТАТА

Резюме. В статье представлен анализ результатов дифференцированного лечения 70 больных ихтиозом с использованием ретинола пальмитата. Выявлено, что терапия стандартными методами лечения согласно современным рекомендациям и установкам позволяет контролировать болезнь у большинства пациентов. Однако применение только одного стандартного способа лечения (кератолитики или другие смягчающие средства) не позволяет контролировать течение заболевания у большинства пациентов. У пациентов, у которых зафиксировано тяжелое течение ихтиоза, только системное применение ретинола пальмитата позволяло контролировать проявления заболевания.

Ключевые слова: ихтиоз, ретинола пальмитат, лечение.

Dmytrenko S.V.

DIFFERENTIAL TREATMENT PATIENTS WITH ICHTHYOSIS WITH THE USE OF RETINOL PALMITATE

Summary. The paper presents an analysis of the differentiated treatment of 70 patients with ichthyosis using retinol palmitate. We found that treatment with standard methods of treatment according to current guidelines and settings allows to control the disease in most patients. However, the uses of only one standard method of treatment (keratolytics or other emollients) not control the disease in most patients. In patients in whom a severe course ichthyosis registered, only systemic use of retinol palmitate allowed to control the manifestations of the disease.

Key words: ichthyosis, retinol palmitate, treatment.

Стаття надійшла до редакції 19.12.2014 р.

Дмитренко Світлана Володимирівна - к.мед.н., доцент, доцент кафедри шкірних та венеричних хвороб Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 067 592-49-09

© Міщенко В.П., Руденко І.В., Запорожченко М.Б.

УДК: 618.3-06-02-092

Міщенко В.П., Руденко І.В., Запорожченко М.Б.

Одеський національний медичний університет, кафедра акушерства та гінекології №1 (Валіховський пров., 2, м. Одеса, Україна, 65023)

ЕТИОПАТОГЕНЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ

Резюме. Представлені результати досліджень в групі жінок репродуктивного віку з дефіцитом вітамінів групи В, які отримували у комплексній профілактиці та лікуванні гестаційних ускладнень вітамінну терапію препаратом, до складу якого входять кобамід (кофермент В12), кокарбоксілаза (кофермент В1), піридоксал-5-фосфат (кофермент В6), корнітил, лізин. Наведені дані порівняльної характеристики клініко-лабораторних спостережень з групою жінок, що приймали стандартну терапію. Обґрунтовано ефективність застосування запропонованого препарату з метою профілактики і комплексної терапії гестаційних ускладнень.

Ключові слова: гестаційні ускладнення, вітаміни, профілактика.

Вступ

Вітаміни групи В входять до складу ферментів, коферментів, фолатного та циклу Кребса (цикл трикарбонових кислот) [Жук и др., 2007].

У популяції встановлені дефіцити більшості вітамінів: аскорбінова кислота - у 40 - 100%, вітамінів групи В - 20-100%. Із них, тіаміну, піридоксину - до 60%, вітаміну В12 - 1,5% - 15% населення. У 70-80% жінок спостерігається сумісний дефіцит трьох і більше вітамінів, тобто - полігіповітамінні стани незалежно від віку, пори року, місця мешкання [Буданов и др., 2006].

За цих станів в організмі жінки є лише мінімальна кількість вітамінів, що запобігає розвитку тяжких форм ("клінічний" гіповітаміноз) вітамінної недостатності, але недостатньої для повноцінних оптимальних життєвих процесів обміну речовин, функціонування репродуктивної сфери, запліднення, фізіологічного перебігу вагітності. Вітаміни групи В приймають безпосередню участь у всіх процесах обміну речовин та є взаємозалежними за своєю дією [Мищенко та ін., 2009]. Дефіцит вітамінів групи В є ключовим моментом у виникненні таких порушень та захворювань як менструальна функція, лейоміома матки, анемія.

Дефіцит поліненасичених жирних кислот, який виникає у наслідок недостатнього синтезу корнитілаз лізину та метіоніну у печінці, нирках, мозковій тканині, сприяє виникненню ферменто-, ензимопатій, вітамінної недостатності, гіпоксії тканинного типу, клінічним проявом якого є порушення менструальної функції у наслідок дисбалансу статевих гормонів. Лізин незамінна амінокислота, яка бере участь у всіх процесах асиміляції і росту, сприяє осифікації і росту кісткової тканини, стимулює мітоз клітин, підтримує жіночу статеву функцію [Овчинікова та ін., 2009; Ермошина, 2008].

Вивчення етіологічних факторів та патогенетичних механізмів виникнення лейоміоми матки, ускладненого перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду, дозволяють стверджувати про поліетіологічність їх розвитку.

Фізіологічний перебіг вагітності залежить від багатьох факторів, в тому числі від збалансованого обміну вітамінів. Серед різноманітних безпосередніх причин порушень репродуктивного здоров'я, ускладненого перебігу вагітності провідне місце посідає субклінічна недостатність вітамінів В1, В6, В12, яка є однією з причин виникнення ендотеліальної дисфункції, дисметаболических зрушень в організмі жінки, матері і фето-плацентарному комплексі (ФПК) та ланцюгом патогенетичного кола переважної більшості акушерсько-гінекологічних і перинатальних ускладнень [Дроздов и др., 2007; Егорова и др., 2011].

Дефіцит вітамінів під час вагітності негативно позначається на формуванні зародка, розвитку ембріона, плода, підвищує ризик перинатальної патології, дитячої смертності, є однією із причин виникнення вроджених вад розвитку [Мурашко и др., 2012]. Виходячи з вище

сказаного, метою дослідження було підвищення ефективності комплексної профілактики акушерсько-гінекологічних і перинатальних ускладнень шляхом етіопатогенетичного обґрунтовування застосування комплексних вітаміновмісних препаратів.

Матеріали та методи

Дослідження виконане на базі клінічного підрозділу кафедри акушерства та гінекології №1 ОНМедУ полового будинку №1, жіночих консультацій №4, №5 м. Одеси, гінекологічного відділення Одеського обласного медичного центру.

Обстежено 90 жінок репродуктивного віку до вагітності та за триместрами гестації: 30 практично здорових з умовно фізіологічним перебігом вагітності, які народили здорових дітей (контрольна група - А), 30 жінок з ускладненим акушерсько-гінекологічним анамнезом та субклінічним дефіцитом вітамінів В1, В6, В12 (група Б), 30 вагітних (група В), у яких у комплексній профілактиці і терапії акушерських і перинатальних ускладнень застосовували комбінований препарат, до складу якого входять кобамід (кофермент В12), кокарбоксілаза (кофермент В1), піридоксал-5-фосфат (кофермент В6), корнитіл, лізин.

Препарат призначали на етапі прекоцепційної підготовки та вагітним в II, III триместрах вагітності за відсутності алергії щодо вітамінів груп В по 1 капсулі 3 разів на добу впродовж 20 - 21 днів.

Усім пацієнткам було проведено обстеження відповідно клінічних протоколів, затверджених наказами МОЗУ №503 від 28.12.2002; №676 від 31.12.2004; №417 від 15.07.2011.

Результати. Обговорення

Згідно даних отриманих результатів встановлено супутні фактори розвитку порушень у репродуктивній сфері, ризику акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з субклінічним дефіцитом вітамінів такі: зимо-во-весняний період запліднення (49,5%), гормональні порушення (37,4%), екстрагенітальна патологія (100%), обтяжений гінекологічний анамнез запальними та інфекційними процесами, лейоміомою матки (83,2%), штучним (77,8%) та самовільним перериванням вагітності (73,3%), надмірного вживання медикаментів (69,7%), ускладненим перебігом вагітності (79,6%) та пологів (45,2%).

Результати визначення вмісту вітамінів В1, В6, В12 у обстежених представлені у таблиці 1.

Вітамін В1 (тіамін) здійснює активний транспорт через плаценту. Його дефіцит є однією з причин розвитку гіпотрофії плода, енцефалопатій, ензимопатій. Тіамін являється безпосереднім попередником кокарбоксілази (тіаміну фосфата), що є кофактором дегідрогеназ, складових нуклеїнових кислот, нуклеотидів, жирних кислот, ацетилхоліна. Вітамін В1 активно транс-

Таблиця 1. Вміст вітамінів В1, В6, В12 у крові обстежених.

Термін визначення	Групи		
	А, n=30	Б, n=45	В, n=45
Вітамін В1 - тіамін (10,7-67,45 нмоль/л); 10,6-4,5 нмоль/л - субклінічний дефіцит; <4,49 нмоль/л - дефіцит			
До вагітності	67,45±1,0	10,6±0,3#	57,1±0,9
I триместр	50,02±0,5	6,11±0,2*#	39,18±0,37^
II триместр	49,31±0,4	5,09±0,2*#	35,9±0,36^
III триместр	38,77±0,3	4,87±0,19*#	27,4±0,3*^
p<0,05			
Вітамін В6 (мкмоль/л) 14,6-72,8 нмоль/л ; 14,5-12,2 нмоль/л - субклінічний дефіцит; <12,1 нмоль/л - дефіцит			
До вагітності	70,6±4,4	14,2±1,3	45,7±1,9
I триместр	65,3±4,2	13,9±1,1*#	36,3±1,8*
II триместр	63,1±3,7^	13,2±0,9*#^	30,1±1,5*^
III триместр	44,5±2,2^	12,3±0,8*#	23,6±1,2*^
p<0,05			
Ціанокобаламін - В12, 180-914 (пг/мл)			
До вагітності	210,7±10,5	175,1±7,0	204,2±10,2
I триместр	185,7±9,3	133,2±5,3*#^	185,3±7,4^
II триместр	164,9±8,2	127,7±3,5*#^	146,7±5,9^
III триместр	144,6±7,2	113,9±3,8*#^	142,3±5,7^
p<0,05			

Примітки: * - щодо контрольної групи; # - щодо групи В; ^ - щодо попереднього визначення.

Таблиця 2. Ефективність застосування запропонованого препарату у вагітних з дефіцитом вітамінів В1, В6, В12 (%).

Ускладнення	Стандартна терапія	Стандартна+ запропоновані заходи
	Б, n=30	В, n=30
Гестаційна анемія	73,3	33,3
Гестаційний пієлонефрит	36,7	16,7
ЗПВ	26,7	3,3
Часткове відшарування хоріона	26,7	3,3
Загроза ПП	63,3	16,7
Передчасні пологи	46,7	-
Плацентарна дисфункція	100	26,7
Гіпотрофія плаценти	30,0	20,0
Маловоддя	26,7	13,3
СЗРП	36,7	10,0
Хронічний дистрес плода	56,7	10,0
Гострий дистрес плода	16,7	-
Передчасне відшарування плаценти	13,3	-
Слаб. пологової діяльності	66,7	6,7
Передчасне вилиття навколоплідних вод	80,0	16,7
Субінволюція матки	23,3	-

портується через плаценту, швидко перетворюється в організмі плода в кокарбоксилазу.

У контрольній групі А вміст вітаміну В1 був у межах референтних величин і таким залишався впродовж всієї вагітності, але мав чітку тенденцію до зниження за триместрами гестації.

У групі В у наслідок проведеної передконцепційної підготовки вміст вітаміну В1 був у межах референтних величин. У I-му, II-му, III-му триместрах гестації рівень вітаміну В1 у 1,3; 1,4; 1,4 рази нижчим, ніж у контрольній групі А (p<0,05). В середньому - у 1,4 рази. Однак, виходячи з фізіологічних показників норми вмісту вітаміну В1, видно, що він знаходився у межах референтних величин.

В групі Б рівень вітаміну В1 до вагітності знаходився на рівні нижньої межі норми. У I триместрі був достовірно нижчим (p<0,01) по відношенню до групи А у 8,2 рази, у II триместрі - у 9,7 рази, у III - у 8,0 рази. В середньому - у 8,6 рази, що розцінювалось як ознаки субклінічного дефіциту.

Вітамін В6 (піридоксин) - характеризується нейропротекторною та антиоксидантною дією, бере участь у жировому й азотному обміні, синтезі серотоніну, в синтезі гама-аміномасляної кислоти (фактор гальмування ЦНС), перетворенні триптофана в серотонін і нікотинову кислоту; сприяє всмоктуванню амінокислот у кишківнику, синтезі білків, пуринових і піримідинових основ, функціях печінки, входить до складу трансаміназ і декарбоксилаз у вигляді коферментів. Нестача піридоксину призводить до порушення процесів інактивації естрогенів у печінці.

У контрольній групі А вміст вітаміну В6 був у межах фізіологічної норми і таким залишався впродовж всієї вагітності, але достовірно знижувався за триместрами гестації.

У групі В у I-му, II-му, III-му триместрах гестації, виходячи з фізіологічних показників норми вмісту вітаміну В6, видно, що рівень вітаміну В6 був у 1,8; 2,1; 1,9 рази нижчим, ніж у контрольній групі А (p<0,05) у середньому - у 1,9 рази. Однак, враховуючи референтні показники, його рівень знаходився у межах фізіологічної норми.

У групі Б рівень вітаміну В6 до вагітності свідчив про наявність субклінічного дефіциту (14,2±1,3 нмоль/л). У I триместрі був достовірно нижчим (p<0,01) по відношенню до групи А у 4,7 рази, у II триместрі - у 4,8 рази, у III - у 3,6 рази. В середньому - у 4,4 рази, що розцінювалось як субклінічний дефіцит вітаміну В6 під час вагітності.

Вітамін В12 - це група Со-містивних кориноїдів, що відіграють основну роль в трансметилуванні (наприклад в синтезі ДНК, метіоніну із гомоцистеїну тощо). Вітамін забезпечує синтез ліпопротеїдів в мієліновій тканині, глутатіону; входить до складу редуктаз, що переводять фолієву кислоту в тетрафолієву; приймає участь в синтезі білків, ферментів, янтарної кислоти, бере участь у синтезі метильованих сполук, у процесі

еритропоезу, стимулює утворення метіоніну та холіну. Дефіцит ціанокобаламіну знижує синтез нуклеїнових кислот, призводить до розвитку анемії за мегалобластичним типом, жирової інфільтрації печінки, лейоміом матки, ембріопатій, дисфункції плаценти, затримки розвитку плода, передчасних пологів.

Фізіологічна норма вмісту ціанокобаламіну в крові складає 140-914 пг/мл. Згідно цьому, концентрація вітаміну В12 у вагітних контрольної групи А до вагітності та протягом гестації була у межах референтних величин. В динаміці спостереження за термінами обстеження спостерігалась чітка тенденція до зниження вмісту ціанокобаламіну.

У групі В рівень вітаміну В12 до вагітності був нижчим нижньої границі норми (стан субклінічної форми дефіциту). У І-му триместрі його рівень знизився до $133,2 \pm 5,3$ пг/мл. До ІІІ-го триместру відмічалось різке падіння ($p < 0,05$) вмісту ціанокобаламіну по відношенню до контрольної групи (в середньому - 1,3 рази) та до вихідного рівня (в 1,2 рази).

У групі В у наслідок проведення передконцепційної підготовки рівень вітаміну В12 перед запліднення склав $204,2 \pm 10,2$ пг/мл, що було в межах референтних величин. В динаміці спостереження за термінами обстеження у групі В спостерігалась чітка тенденція до зниження вмісту ціанокобаламіну (в середньому у 1,05 рази). Однак, включення у комплексну профілактику акушерсько-перинатальних та гінекологічних ускладнень запропонованого препарату утримувало його вміст на рівні фізіологічної норми.

Проведена передконцепційна підготовка та застосування комбіновано препарату під час вагітності дозволила знизити частоту акушерсько-перинатальних ускладнень в наслідок стабілізації метаболічних процесів. Ефективність терапії та запропонованих заходів з профілактики акушерсько-перинатальних ускладнень у вагітних з дефіцитом вітамінів В1, В6, В12 представлена у таблиці 2.

Клінічні ознаки гестаційної анемії та пієлонефриту у групі В були у 2,1 рази менше ніж при стандартній терапії.

ЗПВ та часткове відшарування хоріона діагностовано у 26,7% у групі Б та у 3,3% групи В, що було у 8,1 рази менше.

ЗПП та ПП у групі Б були у 63,3% та 46,7% спостережень. У групі В ЗПП спостерігалась у 16,7%, що було у 3,8 рази менше по відношенню до групи Б. У всіх вагітних групи В пологи наступили у строк.

Плацентарна дисфункція протягом ІІ-го, ІІІ-го триместрів діагностована у 100% у групі Б і характеризу-

валась наявністю гіпотрофії плаценти у 30,0% випадках; маловоддя - у 26,7%; СЗРП - у 36,7%; хронічним дистресом плода - у 56,7%; гострим дистресом плода - у 16,7%.

У групі В ПД у ІІІ-му триместрі виявлена у 3,7 рази менше (26,7% випадків), гіпотрофія плаценти - у 1,5 рази (20,0%), маловоддя - у 2,1 разів (13,3%), СЗРП - у 3,7 разів (10,0%), хронічний дистрес плода - у 5,7 рази (10,0%) ніж у групі Б. Ознак гострий дистресу плода не виявлено.

Передчасне відшарування плаценти діагностовано у 13,3% вагітних групи Б; слабкість пологової діяльності - у 66,7%; передчасне виливання навколоплідних вод - у 80,0 % відповідно.

У групі В передчасного відшарування плаценти не діагностовано, а слабкість пологової діяльності та передчасне виливання навколоплідних вод спостерігалось у 6,7% та 16,7% випадків, що було у 10,0 та 4,8 рази менше ніж групі Б.

Ускладнення у після пологовому періоді у вигляді субінволюції матки у групі Б склало 23,3%, у групі В даних ускладнень не діагностовано.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Для зниження ймовірності виникнення акушерсько-гінекологічних і перинатальних ускладнень у вагітних з гіповітамінозом В1, В6, В12 необхідно виділення груп ризику, проведення передконцепційної підготовки та впровадження запропонованих заходів у комплексний профілактично-лікувальний алгоритм ведення даної категорії жінок.

2. Важливим є фактор часу проведення профілактичних заходів та їх індивідуальність з урахуванням особливостей вихідного стану організму жінки, етіологічних чинників та індивідуальних патогенетичних механізмів розвитку ускладнень у репродуктивній сфері.

3. Застосування комбінованого препарату, до якого входять кобамід (кофермент В12), кокарбоксілаза (кофермент В1), піридоксал-5-фосфат (кофермент В6), корнітин, лізин, у складі комплексної профілактики і терапії акушерських, гінекологічних і перинатальних ускладнень є етіопатогенетично обґрунтованим і його слід проводити періодично протягом життя жінки, особливо на етапі прекоцепційної підготовки та продовжувати у ІІ, ІІІ триместрах вагітності.

Перспективою подальших розробок буде поглиблене вивчення патогенетичних механізмів виникнення лейоміоми матки у жінок репродуктивного віку при субклінічній недостатності вітамінів В1, В6, В12.

Список літератури

Жук С. І. Риск внутріутробного інфікування плода при дисбіотическом состоянии / С. І. Жук, С. Н. Косьяненко, Е. А. Ночвина // Збірник наукових праць Асоціації акушерів - гінекологів України. - К. : Інтер-

мед, 2007. - С. 287-293.
Буданов П. В. Профілактика гиповитаминозов у беременных / П. В. Буданов, А. Г. Асланов, М. В. Рыбин // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2006. - № 5. - С. 69-74.

Мищенко В. П. Вміст мікро-, макроелементів в тканинах плацент матерів, що мали дітей з природженими вадами розвитку / В. П. Мищенко, І. В. Руденко // Збірник наукових праць Асоціації акушерів - гінекологів Ук-

- раїни. - К. : Інтермед, 2009. - С. 403-404.
- Сучасні підходи до лікування вагітних із залізодефіцитною анемією / О. В. Овчинікова, А. О. Щедров, В. В. Лазаренко [та ін.] // Збірник наукових праць Асоціації акушерів - гінекологів України. - Київ : Інтермед, 2009. - С. 418-421.
- Ермошина С. Фолиевая кислота, витаминны группы В и полиненасыщен- ные жирные кислоты в профилактике тромботических осложнений у женщин, принимающих оральные контрацептивы / С. Ермошина // Врач. - 2008. - № 5. - С. 55-60.
- Дроздов В. Н. Эффективность всасывания железа при раздельном и одновременном приеме с кальцием / В. Н. Дроздов, К. К. Носкова, А. В. Петраков // Терапевт. - 2007. - № 9. - С. 79-83.
- Егорова М. О. Параметры скринингово- го обследования для выявления В12-дефицитной анемии / М. О. Егорова, Н. С. Моисеева, Е. Н. Кормолова // Гематология и трансфузиология. - 2011. - № 3. - С. 14-18.
- Мурашко Л. Е. Содержание гомоцистеина, фолатов и витамина В12 в крови беременных с преэклампсией / Л. Е. Мурашко, Л. З. Файзуллин, Ф. С. Бадоева // Акушерство и гинекология. - 2012. - № 4 (1). - С. 22-25.

Мищенко В.П., Руденко И.В., Запорожченко М.Б.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Резюме. Представлены результаты исследований в группе женщин репродуктивного возраста с дефицитом витаминов группы В, которые получали в комплексной профилактике и лечении гестационных осложнений витаминную терапию препаратом, в состав которого входят кобамид (кофермент В12), кокарбоксилаза (кофермент В1), пиридоксал-5-фосфат (кофермент В6), корнитил, лизин. Приведенные данные сравнительной характеристики клинко-лабораторных наблюдений с группой женщин, которые принимали стандартную терапию. Обоснованно эффективность применения предложенного препарата с целью профилактики и комплексной терапии гестационных осложнений.

Ключевые слова: гестационные осложнения, витамины, профилактика.

Mischchenko V.P., Rudenko I.V., Zaporozhchenko M.B.

ETIOPATHOGENETICAL APPROACHES TO PREVENTION OBSTETRIC COMPLICATIONS

Summary. The results of the research in the group of women of reproductive age with deficiency of B vitamins, which are received in the complex prevention and treatment of gestational complications vitamin therapy drug, which includes cobamide (coenzyme B12) cocarboxilasa (coenzyme B1), piridocsal-5-phosphate (coenzyme B6) cornitil, lysine. The data Comparative characteristics of clinical and laboratory observations of a group of women who received standard therapy. The effectiveness of the proposed use of the drug for the prevention and treatment of complex gestational complications.

Key words: gestational complications, vitamins, prophylaxis.

Стаття надійшла до редакції 26.11.2014 р.

Мищенко Валентина Павлівна - д.мед.н., професор кафедри акушерства і гінекології №1 Одеського національного медичного університету; +38 067 749-67-51

Руденко Ірина Василівна - д.мед.н., професор кафедри акушерства і гінекології №1 Одеського національного медичного університету

Запорожченко Марина Борисівна - к.мед.н., завідувач гінекологічним відділенням Одеського медичного центру, докторант кафедри акушерства та гінекології №1 Одеського національного медичного університету; +38 067 749-67-58

© Ночвіна О.А.

УДК: 618.718.19:616.89-055.2

Ночвіна О.А.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра акушерства та гінекології № 2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЖІНОК З СИНДРОМОМ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ

Резюме. В статті представлена клінічна характеристика жінок з синдромом хронічного тазового болю за даними аналізу гінекологічного, соматичного анамнезу, менструальної та репродуктивної функції.

Ключові слова: хронічний тазовий біль, клінічна характеристика.

Вступ

Хронічний тазовий біль має суттєвий вплив на здоров'я пацієнток дітородного віку та є досить складною проблемою сучасної медицини. Це обумовлено, з одного боку, великою кількістю захворювань, що супроводжуються хронічним больовим синдромом, з іншого - відсутністю чіткого алгоритму діагностики та лікування даної патології [Кузнецова, 2013, Подзолкова, 2005]. Досить часто такі пацієнтки роками спостерігаються та лікуються у лікарів різного профілю, при цьому суттє-

вого покращення самопочуття вони не спостерігають, незважаючи на використання різних медикаментозних засобів. Особливої уваги заслуговує синдром хронічного тазового болю - "біль - хвороба", при якому відсутність доказів органічної причин болю з дисоціацією суб'єктивної його важкості стає додатковим стресом для пацієнтки. СХТБ зустрічається приблизно в 15% спостережень з загальної популяції та особливо розповсюджений у жінок. Тому закономірно, що тазовий