

Концентрації Ig G	г/л	18,5±0,20	18,2±0,42	18,3±0,35	>0,05	>0,05
Концентрації Ig A	г/л	3,52±0,24	2,9±0,17	3,05±0,41	>0,05	>0,05
Σ Ig M+ Ig G+ Ig A CD22+ лімфоцити		0,92±0,06	0,90±0,03	0,92±0,03	>0,05	>0,05
Ig M / (CD22+ лімфоцити)		0,04±0,001	0,04±0,001	0,04±0,001	>0,05	>0,05
Ig G / (CD22+ лімфоцити)		0,73±0,03	0,73±0,02	0,74±0,01	>0,05	>0,05
Ig A / (CD22+ лімфоцити)		0,14±0,01	0,12±0,01	0,12±0,01	>0,05	>0,05
Циркуючі імунні комплекси	ум. од	93,1±4,16	90,7±4,12	90,6±3,68	>0,05	>0,05

Література:

1. Лінніков В.І. Застосування плазмаферезу при синдромі втрати плода, обумовленому антифосфоліпідним синдромом / В.І.Лінніков // Вісник наукових досліджень. – 2004. – № 2. – С. 231–233.
2. Линников В.И. Плазмаферез в комплексном лечении акушерских осложнений, обусловленных приобретенной формой тромбофилии при антифосфолипидном синдроме / В.И.Линников // Медицинская реабилитация, курортология, физиотерапия. – 2005. – № 2. – С. 13–16.
3. Применение плазмафереза в комплексном лечении беременных с ассоциированной инфекцией / Т.Демина, Б.Иотенко, С.Черных [и др.] // Перинатология та педіатрія. – 2008. – № 1. – С. 45–48.
4. Смольников В.Ю. Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского бесплодия / В.Ю. Смольников, Е.Я. Финогенова; под ред. В.И., Кулакова, Б.В. Леонова. – М: МИА, 2005. – С. 91–135.
5. Чека Н.Э. Плазмаферез в коррекции иммуноэндокринного и репродуктивного статуса пациенток с СПКЯ / Н.Э. Чека // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – № 1. – С. 119–124.
6. Broekmans F.J.M. Comparison of basal markers of the ovarian reserve in IVF: a prospective study / Broekmans F.J.M., Bancsi L.F.J., Looman C.W. // Hum. Reprod. – 2000. – Vol. 15, Suppl. I. – P. 22.
7. Druckmann R. Review: Female sex hormones, autoimmune diseases and immune response / Druckmann R. // Gynecol. Endocrinol. – 2001. – Vol. 15, No 6. – P. 69–76.

Бакун О.В.,

*кандидат медичних наук, асистент кафедри акушерства і гінекології
Буковинського державного медичного університету*

Іринчина К.А.,

*студентка
Буковинського державного медичного університету*

**РОЛЬ ПРЕПАРАТІВ МАГНІЮ ПРИ ЛІКУВАННІ
НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ**

Огляд літератури присвячено сучасному стану питання використання магнію в невіношуванні вагітності. Проаналізовано літературні джерела, в яких наведено роль препаратів магнію в патофізіології невіношування вагітності.

Ключові слова: лікування, невіношування вагітності.

Обзор литературы посвящен современному состоянию вопроса использования магния в невынашивании беременности. Проанализированы литературные источники, в которых показана роль препаратов магния в патофизиологии невынашивания беременности.

Ключевые слова: лечение, невынашивание беременности.

The literature review is dedicated to the current state of usage of magnesium in noncarrying of pregnancy. It has been analyzed literature sources in which there are indicated role of medication of magnesium in the pathophysiology of noncarrying of pregnancy.

Key words: treatment, noncarrying of pregnancy.

Магній є життєво важливим елементом, який знаходиться у всіх тканинах організму і необхідний для нормального функціонування клітин, бере участь в більшості реакцій обміну речовин. Зокрема, магній бере участь в регуляції передачі нервових імпульсів і в скороченні м'язів. Організм

отримує магній разом з їжею. Недолік магнію в організмі може спостерігатися при порушенні режиму харчування (дієта) або при збільшенні потреби в магнії (при підвищеному фізичному та розумовому навантаженні, стресі, вагітності, застосуванні діуретиків). Піридоксин (вітамін В6) бере участь

у багатьох метаболічних процесах, в регуляції метаболізму нервової системи. Вітамін В6 покращує всмоктування магнію з шлунково-кишкового тракту і його проникнення в клітини. Встановлений дефіцит магнію, ізольований або пов'язаний з іншими дефіцитними станами, ізольований або пов'язаний з іншими дефіцитними станами, що супроводжується такими симптомами, як: підвищена дратівливість, незначні порушення сну; шлунково-кишкові спазми або прискорене серцебиття, підвищена стомлюваність, болі і спазми м'язів, відчуття поколювання. Підвищена чутливість до компонентів препарату, виражена ниркова недостатність (кліренс креатиніну менше 30 мл / хвилину), феїлкетонурія, дитячий вік до 6 років (для таблетованої лікарської форми) і до 1 року (для розчину), при непереносимості фруктози, синдромі порушеної абсорбції глюкози або галактози або дефіциті сахарози-ізомальтози. Магній В6 при вагітності може застосовуватися за рекомендацією лікаря. Магній проникає в грудне молоко. Слід уникати застосування препарату в період лактації і годування грудьми. У статті представлено результати динамічного спостереження у процесі застосування патогенетично обґрунтованої терапії 30 вагітних із загрозою переривання вагітності та 50 пацієнок з фізіологічним перебігом вагітності. Усі вагітні із загрозою переривання вагітності отримували комплексну терапію, яка складалася з дбайливого режиму, спазмолітиків, кровоспинних та знеболюючих препаратів, вітамінотерапії. Додатково до комплексу терапії додавали препарати, які містять магній. У І триместрі вагітності застосовували Магне-В6. У ІІ та ІІІ триместрах за наявності виражених ознак загрози переривання вагітності спочатку призначали внутрішньовенно розчини магнію сульфату, а потім переходили до прийому таблетованих форм магнію. У жінок обох груп спостерігали і порівнювали особливості перебігу вагітності протягом І, ІІ та ІІІ триместрів, пологів, післяпологового періоду, а також стан плода та новонародженого. Отримані результати дають змогу рекомендувати застосування препарату Магне-В6 у клінічній практиці для лікування невиношування вагітності в І, ІІ та ІІІ триместрах.

Проблема невиношування вагітності до теперішнього часу має велике значення і є актуальною у практичному акушерстві. Це пов'язано з великою частотою даної патології – від 18% до 20%, а також з тим, що, незважаючи на зусилля вчених і практиків, протягом останніх десяти років вона не має тенденції до зниження. Головну причину загрози мимовільного викидня в кожному конкретному випадку визначити дуже важко. Однією з численних та суттєвих причин переривання вагітності у ІІ–ІІІ триместрах є підвищення тонуусу матки. Тому патогенетично зумовленим є використання препаратів, що знижують його в разі загрози переривання вагітності. Препарати магнію в акушерстві застосовуються з початку ХХ сторіччя, тоді сульфат магнію використовували для лікування еклампсії. З 70-х років у Німеччині та США магнію сульфат широко застосовується для усунення скоротливої активності матки. Магній є важливим мікроелементом організму людини. Він необхідний для синтезу білка, АТФ, є ре-

гулятором клітинного росту, кофактором понад 300 ферментних реакцій, бере участь у процесах окисного фосфорилування, мембранного транспорту. Магній діє на центральну та периферичну нервову систему, пригнічуючи збудження в корі великих півкуль, гіпоталамічній ділянці, судинному та дихальному центрах, гальмуючи нервово-м'язову передачу [5, с. 23; 9, с. 12]. Магнію сульфат має виражені токолітичні властивості, зумовлені його впливом на клітини. Як природний фізіологічний антагоніст кальцію магній заміщує його у клітинах та блокує вільні кальцієві канали, що запобігає виходу калію з клітини. Магнію властивий ряд ефектів, що конкурують з ефектами кальцію на всіх рівнях організації клітини [9, с. 15]. Вагітності притаманний стан гіпомагніємії. Це пов'язано з підвищенням в 2–3 рази споживання магнію під час вагітності, зумовленого ростом та розвитком плода і збільшенням виділення цього елемента нирками вагітної. Окрім того, дефіцит магнію спричиняють стресові ситуації, ранні гестози, які супроводжуються блюванням і захворюваннями травного каналу з порушенням всмоктування. Особливо знижується концентрація магнію у сироватці крові наприкінці вагітності [2, с. 33]. Застосування препаратів магнію є доцільним на початку гормональної терапії вагітних із загрозою переривання, оскільки нестача естрогенів та прогестерону супроводжується зниженням рівня магнію. Відмічено також, що введення статевих гормонів збільшує магнемію. Магнію сульфат справляє виражену сприятливу дію на центральну та периферичну гемодинаміку. Встановлено антиагрегантну дію магнію на тромбоцити і безпосередньо на судинну стінку, оскільки він зменшує дисбаланс між синтезом простаглікліну судинної стінки і тромбоксану. Спостерігали також зменшення синтезу та викиду катехоламінів із депо. Все це поліпшує перфузію тканин [1, с. 23; 9, с. 43]. Під час проведення магнезіальної терапії слід пам'ятати, що ендотеліопротекторний та антиагрегантний ефект магнію сульфату короткочасний та закінчується після виведення його з організму. За внутрішньовенного введення це відбувається після закінчення інфузії розчину, а за внутрішньом'язового – через 3–4 години. Тому необхідна підтримувальна терапія пероральними формами [6, с. 11]. Наведені літературні дані свідчать про необхідність удосконалення методів профілактики та лікування загрози переривання вагітності препаратами, що не містять гормонів.

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності лікування загрози переривання вагітності шляхом застосування препаратів, що містять магній.

Усі вагітні із загрозою переривання вагітності отримували комплексну терапію, яка складалася з дбайливого режиму, спазмолітиків, кровоспинних та знеболюючих препаратів, вітамінотерапії. Додатково до комплексу терапії додавали препарати, які містять магній. У І триместрі вагітності ми застосовували таблетовані форми магнію.

У ІІ та ІІІ триместрах за наявності виражених ознак загрози переривання вагітності спочатку призначали внутрішньовенно розчини магнію сульфату, а потім переходили до прийому таблетованих форм магнію. З останніх ми зупинилися на

препараті Магне-В6 французької фармацевтичної компанії "Sanofi-Synthelabo", що містить магній у вигляді дегідратованого лактату та піридоксин (вітамін В6). Саме у цій комбінації поєднується багатогранна дія іонів магнію і піридоксину. Комбінація поліпшує показники ефективності порівняно з результатами, отриманого у результаті окремого використання магнію та піридоксину. Піридоксин поліпшує всмоктування магнію із кишківника, підвищує проникність клітинної мембрани та фіксує іони магнію усередині клітини, запобігаючи виникненню гіпомагніємії [3, с. 22].

Комплексна дія препарату позитивно відбивається на показниках гомеостазу, поліпшує матково-плацентарний кровообіг, не має побічних ефектів і тератогенної дії. Отримані результати оброблено методами варіаційної статистики з використанням критерію (t) Стюдента, відносні показники (%) -непараметричного критерію кутового перетворення (f) Фішера.

Достовірних розбіжностей між вагітними у порівнювальних групах за віком, гінекологічним анамнезом, частотою та структурою екстрагенітальної патології нами не виявлено. Це дозволило нам вважати групи репрезентативними і виключити можливий вплив, окрім нашої терапії, на наслідки вагітності для матері, плода і новонародженого. Під час оцінювання клінічної ефективності лікувально-профілактичних заходів констатовано відсутність алергічних реакцій та індивідуальної непереносимості препарату Магне-В6. Основними факторами ризику не виношування у вагітних основної групи були: наявність урогенітальної інфекції в анамнезі, запальні захворювання генітальної та екстрагенітальної локалізації, репродуктивні втрати в анамнезі та наявність виробничих шкідливих факторів. Визначено такі скарги: біль тягучого характеру внизу живота та попереку під час помірного фізичного навантаження відмічали 28 пацієнток (93,3%), під час огляду шийки матки в дзеркалах і бімануального обстеження структурні зміни шийки матки виявлені у 6 вагітних (20%). Під час УЗД виявлено, що у плодів в обох групах куприково-тім'яний розмір (КТР) відповідав терміну вагітності. У всіх обстежених зареєстровано

активну діяльність плода. Головною ехографічною ознакою загрози переривання вагітності було потовщення біометрії, яке частіше було розташоване у місці прикріплення хоріону до стінки матки (70% випадків). У 30% пацієнток із загрозою переривання під час УЗД було зареєстровано збільшення діаметру внутрішнього вічка в межах 2,2-2,6 см. Для загрози переривання вагітності був також характерний запальний тип кольпоцитологічного мазка. Через 2 тижні після початку комплексної терапії усі 30 пацієнток у задовільному стані вписані під нагляд лікарів жіночих консультацій. Наприкінці лікування пацієнтки відмічали поліпшення самопочуття, настрою, сну. Таким чином, застосування Магне-В6 у комплексній терапії загрози мимовільного викидня у I триместрі вагітності дало змогу отримати позитивний клінічний ефект. Клінічні ознаки загрози не виношування були відсутні за даними УЗД і КТГ; ворухіння плода, тонус матки нормалізувалися. Результати кольпоцитологічного дослідження засвідчили, що в процесі лікування естрогенні типи мазків трансформувались у змішані. Застосування Магне-В6 дало змогу запобігти появі плаценто графічних, доплерометричних і фотометричних змін, після лікування отримано найвищу оцінку стану плода за шкалою Фішера. Дисгормональні зміни з боку плацентарних гормонів на фоні одночасного посилення функції наднирників свідчать про досить глибокі ендокринологічні порушення у жінок з високим ризиком не виношування, які неможливо ліквідувати за допомогою гормональної корекції. Отримані результати дають змогу пояснити зниження частоти передчасних пологів у обстежених жінок покращенням функціонального стану фетоплацентарного комплексу.

Таким чином, застосування препарату Магне-В6 для лікування невиношування вагітності у I та II триместрах перорально під час та після гострого токолізу дає змогу досягти позитивного ефекту збереження вагітності, подовжуючи гестаційний вік плода. Отримані результати дозволяють рекомендувати застосування препарату Магне-В6 у клінічній акушерській практиці для лікування невиношування вагітності в I, а особливо в II та III триместрах вагітності.

Література:

1. Глушко А.А., Поляков В.В. Ультразвуковое исследование нижнего сегмента матки в первом периоде родов // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1996. – № 1. – С. 61-63.
2. Дьоміна Т.М. Сучасні підходи до діагностики та лікування звичного невиношування вагітності / Невиношування вагітності: Збірн. наук. праць. – К.: Книга-плюс, 1997. – С. 419-421.
3. Кошелева Н.Г., Плужникова Т.А. Невынашивание беременности // Мир медицины. – 1998. – № 11-12. – С. 43-46.
4. Невынашивание беременности: этиопатогенез, диагностика, клиника и лечение. Учебное пособие / Н.Г. Кошелева, О.Н. Аржанова, Т.А. Плужникова и др. – СПб.: ООО «Издательство Н-Л», 2006. – 59 с.
5. Писарева С.П. Новые аспекты диагностики и терапии при невынашивании беременности // Doctor. – 2001. – № 3 (7). – С. 20-22.
6. Роль дидрогестерона в профилактике гестационных осложнений / Н.М. Ласман, Е.Р. Черных, А.А. Останин, А.В. Дударева и др. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2004. – Т. 3. – № 3. – С. 21-25.
7. Сидельникова В.М. Актуальные проблемы невынашивания беременности: Цикл клинич. лекций. – М.: Мед. книга, 2000. – С. 11-23.
8. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности. – М.: Триада-Х, 2002. – 304 с.
9. Сидорова И.С. Гипертоническая дисфункция сократительной деятельности матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 1998. – № 1. – С. 99-106.