

КЛІНІКА МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ У ПОСТМЕНОПАУЗИ

Бен Мессаоуд Ершид, О.П. Пересунько

Резюме. У роботі проаналізовані особливості анамнезу, клініки маткових кровотеч у 186 жінок у постменопаузі. Дискутується поширена точка зору, що головною причиною таких кровотеч у цьому періоді життя жінки є злоякісні пухлини матки.

Ключові слова: маткові кровотечі, постменопауза.

THE CLINICAL PICTURE OF UTERINE HEMORRHAGES IN POSTMENOPAUSE

Ben Messaoud Erchid, O.P.Peresunko

Abstract. The peculiarities of case histories, the clinical picture of uterine hemorrhages in 186 postmenopausal women have been analyzed in the paper. The wide – spread point of view that the main reason of these hemorrhages during this period of life of women are malignant tumors of uterus, is discussed.

Key words: uterine hemorrhages, post-menopause.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. О.В.Кравченко

Buk. Med. Herald. – 2007. – Vol.11, №4.- P.79-81

Надійшла до редакції 12.11.2007 року

УДК 615.015.-08

*А.В.Яловчук¹, В.І.Жуков²***ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТІВ МЕТАБОЛІЧНОЇ ДІЇ
В РЕАБІЛІТАЦІЇ НЕМОВЛЯТ, НАРОДЖЕНИХ ВІД МАТЕРІВ
З УСКЛАДНЕНИМ ПЕРЕБІГОМ ВАГІТНОСТІ**¹Кафедра поліклінічної педіатрії (зав. – доц. О.А.Цодікова) Харківської медичної академії післядипломної освіти²Кафедра біохімії (зав. – проф. В.І.Жуков) Харківського державного медичного університету

Резюме. У статті наведені результати клінічного використання препаратів кардонат та α -токоферолу ацетат у реабілітації дітей першого року життя, народжених від матерів з ускладненим перебігом вагітності. Визначено, що використання кардонату та α -токоферолу ацетату сприяє покращанню показників фізич-

ного розвитку, зменшенню проявів підвищеної збудливості і нормалізації активності ферментів гліколізу та каталази в обстежених дітей.

Ключові слова: діти раннього віку, ускладнення вагітності, кардонат, токоферол.

Вступ. Проблема покращання стану здоров'я дітей раннього віку залишається однією з найбільш актуальних у сучасній вітчизняній педіатрії [1,3]. Це є важливою медичною і соціальною проблемою, оскільки за останні десятиріччя склалися негативні тенденції в погіршенні стану здоров'я більшості дітей практично всіх вікових груп в Україні, що часто пов'язується з несприятливими наслідками ускладнень під час антенатального періоду розвитку [1,3].

Наявність у переважної більшості дітей раннього віку, народжених від матерів з ускладненим перебігом вагітності, недостатніх темпів фізичного розвитку, проявів перинатального ураження ЦНС, значної захворюваності на гострі респіраторні захворювання (ГРЗ) тощо [1,3,6] призводить науковців до висновків про вірогідну патогенетичну роль порушень процесів клітинної біоенергетики в даного контингенту дітей на фоні недостатності антиоксидантного захисту, на що вказують результати останніх досліджень [6,8].

Тому, патогенетичним рішенням терапевтичної корекції існуючих порушень у стані здоров'я дітей раннього віку від матерів з ускладненим

перебігом вагітності можуть бути пролонговані курси застосування препаратів, дія яких спрямована на збільшення енергетичного потенціалу клітин шляхом мобілізації додаткових шляхів постачання енергії при одночасному підвищенні антиоксидантної спроможності організму в цілому.

Отриманий в останні роки досвід застосування препаратів карнітину в педіатричній практиці показав хороший анаболічний ефект цих засобів, особливо в дітей раннього віку із захворюваннями нервової системи, вторинною кардіопатією тощо [4,9]. Одним із цих засобів є кардонат (виробництво "Сперко Україна", Україна), до складу однієї капсули якого входить 100 мг L-карнітину, 50 мг лізину, 50 мг кокарбоксілази (коферменту В₁), 50 мг піридоксаль-5-фосфату (коферменту В₆) та 1 мг кобамамиду (коферменту В₁₂). L-карнітин разом з іншими складовими препарату кардонату бере участь у процесах енергетичного обміну як переносник жирних кислот через клітинні мембрани із цитоплазми в мітохондрії, де ці кислоти піддаються процесу β -окиснення з утворенням значної кількості енергії (у формі АТФ). Карнітин впливає на інтенсивність

енергетичного метаболізму також шляхом пригнічення утворення кетокислот та гліколізу, зменшує ступінь лактат ацидозу, сприяє економному використанню глікогену і збільшує його запаси в печінці та в м'язах [4,8].

α -токоферолу ацетат (вітамін Е) вважається природним антиоксидантом. Він бере участь у біосинтезі білків, проліферації клітин, у тканинному диханні та інших важливих процесах клітинного метаболізму [2]. Враховуючи антиоксидантні та анаболічні властивості α -токоферолу ацетату, останній вважається одним із важливих компонентів реабілітаційних заходів у дітей з неврологічними захворюваннями [2,6].

Мета дослідження. Оцінити ефективність застосування повторних курсів препаратів кардонату та α -токоферолу ацетату в реабілітації дітей раннього віку, народжених від матерів з ускладненим перебігом вагітності.

Матеріал і методи. Дослідження з оцінки ефективності запропонованих заходів реабілітації проводили в грудному і неврологічному відділеннях ОДКЛ м. Харкова упродовж 2004-2006 років. Під час роботи проаналізовані результати обстеження протягом першого року життя 72 дітей від матерів з ускладненим перебігом вагітності (фетоплацентарна недостатність, гестози, загроза переривання вагітності) та фізіологічними пологами у терміні 38-40 тижнів. Всі діти отримали з приводу перинатального ураження ЦНС три курси реабілітації тривалістю в один місяць кожний. Повторний курс терапії призначався після тримісячної перерви. Залежно від застосованої терапії діти у віці першого місяця життя методом рандомізації розподілені на дві групи.

До I групи увійшло 36 дітей, які отримували терапію за запропонованою програмою, що складалася з трьох повторних курсів одночасного застосування внутрішньо препаратів кардонату (з розрахунку по 1/2 капсули на день; дітям у віці до 6 міс. – у два прийоми на добу по 1/4 капсули, у віці старше 6 міс. – одноразово по 1/2 капсули) та 10% розчину α -токоферолу ацетату (по 2 краплі (4 мг) на день, одноразово).

До групи порівняння (II група) увійшло 36 немовлят, які отримували три загальноприйнятних курси терапії, що складалася з одночасного застосування ноотропного засобу пікамілону (по 5 мг двічі на день), кавінтону (по 1,25 мг двічі на день) та полівітамінного препарату «Киндер биовіталь гель» (по ¼ чайної ложці двічі на день).

Дітям в обох групах лікування призначали на 2-му, 6-му і 9-му місяцях життя. Обстеження дітей проводили у віці 1-го (попереднє обстеження) та 6-го місяців життя, в 1 рік.

Оцінку стану здоров'я обстежених проводили з урахуванням загальноприйнятих критеріїв та рекомендацій [7]. Верифікація діагнозу перинатального ураження ЦНС здійснювалася відповідно до рекомендацій В.Ю. Мартинюка (2001).

Ступінь метаболічних змін в організмі дітей визначали за результатами дослідження в сироватці

криві значень ферментів гліколізу (гексокіназа, лактатдегідрогеназа (ЛДГ)) методом спектрофотометрії за допомогою наборів Labsystems (Фінляндія). Стан первинної ланки антиоксидантної системи в дітей досліджували за показниками активності в крові каталази [5]. Результати біохімічного дослідження в обстежених порівнювали з відповідними даними в 36 дітей, народжених від матерів із фізіологічним перебігом вагітності та пологів (III група).

Клінічні критерії ефективності запропонованих курсів: покращання загального стану дітей у динаміці спостереження, зменшення патологічних проявів із боку ЦНС (симптомів підвищеної збудливості, порушень сну та поведінки тощо). Відповідно біохімічними критеріями ефективності вважали підвищення значень каталази та зниження рівнів ферментів гліколізу в крові обстежених відповідно до вікових норм (дані обстеження в III групі).

Критерієм виключення з протоколу дослідження було захворювання дитини на ГРЗ чи невиконання батьками рекомендацій з лікування.

Математичні обчислення проводили з використанням програм "Statgraphics".

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз первинних даних дослідження показав, що тяжкість стану місячних дітей у I та II групах переважно зумовлена помірними порушеннями центральної нервової системи: прояви підвищеної збудливості, порушеннями сну і поведінки тощо на фоні недостатнього збільшення маси тіла (табл. 1).

При біохімічному дослідженні визначалося, що в місячних немовлят з I та II груп спостерігалися низькі показники каталази в сироватці крові (порівняно з відповідними даними у дітей з III групи, табл. 2). Зазначені зрушення в цих дітей поглиблювалися досить високими середніми значеннями показників гліколізу (табл. 2), що пояснювали існуванням суттєвих порушень в енергетичному обміні, які потребують своєї корекції [6,8].

При оцінці змін у стані здоров'я дітей у віці шести місяців життя після завершення двох курсів запропонованої терапії відзначалося, що в немовлят із I групи, у реабілітації яких застосовували препарат карнітину кардонат та вітамін Е, спостерігалося більш помітне збільшення показників маси тіла та зменшення серед них немовлят із мікросоматичним типом тілобудови (табл. 1). Останнє позитивно відображалося і в помірному зменшенні в 6-місячних дітей з I групи (порівняно з даними в однолітків із II групи) симптомів підвищеної збудливості та порушень у поведінці, особливо під час прийому їжі (табл. 1).

Аналізуючи дані біохімічного дослідження обстежених у віці шести місяців життя після проведених курсів реабілітації (табл. 2), визначалися помітні позитивні тенденції в дітей I та II груп у підвищенні середніх значень каталази ($p < 0,05$, порівняно з даними в III групі) та в зниженні активності ферментів гліколізу ($p < 0,05$, порівняно з

Таблиця 1

Динаміка змін в клінічній характеристиці дітей, які отримували (I група) та не отримували (II група) запропоновану програму терапії (%)

Клінічні прояви	Розповсюдженість серед дітей					
	до лікування (у віці 1-го місяця)		після двох курсів лікування (у віці 6-ти місяців)		після трьох курсів лікування (у віці 1-го року)	
	I група (n=36)	II група (n=36)	I група (n=31)	II група (n=35)	I група (n=31)	II група (n=34)
Мікросоматичний тип тілобудови	44,4	41,7	12,9*	34,3	8,5**	32,4
Підвищена збудливість	83,3	83,3	48,4	57,1	38,7*	64,7
Порушення сну	77,8	72,2	54,8	57,1	29,0	32,4
Підвищена емоційна лабільність	-	-	-	-	12,9	17,6
Гіперестезія	11,1	11,1	-	-	-	-
Високі періостальні рефлексії	97,2	94,4	58,1*	71,4	16,1*	29,4
Негативні зміни у поведінці дітей під час їжі	69,4	63,9	19,4**	62,9	6,5**	29,4

Примітка. *, ** - різниці з даними в II групі статистично достовірні, відповідно $p < 0,05$ та $p < 0,001$

Таблиця 2

Динаміка змін в показниках каталази та ферментів гліколізу у дітей, які отримували (I група) та не отримували (II група) запропоновану програму терапії (порівняно з даними в III групі) ($M \pm m$)

Вік дітей	Групи дітей	Середні значення біохімічних показників		
		каталаза, умовн. од.	гексокіназа, од/л	ЛДГ, од/л
1-й місяць (до лікування)	I група (n=36)	17,9±1,4#	41,4±1,5#	281,6±6,2#
	II група (n=36)	16,4±1,5#	39,2±1,5#	285,9±6,2#
	III група (n=36)	22,6±1,5	18,5±1,6	155,7±4,6
6-й місяць (після двох курсів лікування)	I група (n=31)	21,4±1,5*	14,5±1,5*	180,3±6,5*#
	II група (n=35)	17,6±1,5#	38,6±1,5#	263,5±6,4#
	III група (n=36)	22,7±1,5	12,1±1,2	139,4±6,1
1-й рік (після трьох курсів лікування)	I група (n=31)	26,8±1,2*	9,5±1,2	112,6±6,2*
	II група (n=34)	20,7±1,4#	10,8±1,4	172,5±6,4#
	III група (n=36)	26,2±0,9	9,2±1,1	104,8±6,7

Примітка. * - різниці з даними в II групі статистично достовірні, $p < 0,05$; # - різниці з даними в III групі статистично достовірні, $p < 0,05$

результатами в III групі) (табл. 2). При цьому в 6-місячних дітей із I групи середні значення каталази та гексокінази практично дорівнювали відповідним показникам у їх однолітків з III групи (табл. 2). Також, у цих немовлят, порівняно з даними в дітей з II групи, реєструвалися і більш низькі середні значення ЛДГ (табл. 2), що, безумовно, вказувало на більшу ефективність терапії, яка запроваджена у дітей із I групи.

Оцінка результатів обстеження дітей із I групи у віці першого року після проведеного курсу реабілітації показала, що переважна більшість із них мала позитивну відповідь на запропоновану терапію. У 48,4% дітей із I групи у віці одного року життя визначалися прояви перинатального ураження ЦНС, що значно менше, ніж у дітей з II групи (у 70,6%, $p < 0,05$). Особливу увагу привертає факт значно меншої в однолітків дітей з I групи (порівняно з даними в II групі) захворюваності на ГРЗ (у 16,1%, $p < 0,05$), що пов'язувалося з анаболічним ефектом карнітину та антиоксидантними властивостями вітаміну Е.

Останнє відповідно, визначалося і в показниках фізичного розвитку обстежених. Тільки у 8,5% однолітків дітей із I групи спостерігався мікросоматичний тип тілобудови. Поліпшення фізичного стану дітей із I групи у віці одного року, на відміну від даних обстеження однолітків із II групи, визначало і меншу тяжкість перебігу в цих дітей перинатального ураження ЦНС: порівняно невелика поширеність симптомів підвищеної збудливості та порушень поведінки (табл. 1).

Результати аналізу даних біохімічного дослідження дітей у віці одного року також впевнено свідчили про ефективність застосування в реабілітації препаратів карнітину та вітаміну Е. В однолітків дітей із I групи показники каталази та ферментів гліколізу дорівнювали відповідним значенням у дітей з III групи. В їх однолітків із II групи середні значення каталази залишалися зниженими, а показники ЛДГ - більш високими, ніж у дітей із I групи (табл. 2).

Слід визначити хорошу переносимість препаратів кардонату та α -токоферолу ацетату у всіх дітей із I групи, повну відсутність побічних ефек-

тів та несприятливих реакцій, простоту та зручність при застосуванні.

Терапевтична ефективність запропонованих вище реабілітаційних заходів у дітей раннього віку від матерів з ускладненим перебігом вагітності пояснюється безпосередньою спрямованістю дії препаратів, які застосовувалися (препарати карнітину та вітаміну Е), на корекцію існуючих метаболічних порушень та, як наслідок цього, – покращання їх адаптивних можливостей. Зазначені курси лікування пропонується проводити в дітей з обтяженим антенатальним анамнезом повторно протягом першого року життя, оскільки терміни відновлювальних процесів у їх організмі, як свідчать дані літератури [1,6] та отримані результати дослідження, досить пролонговані в часі.

Висновки

1. Включення в реабілітацію дітей від матерів з ускладненим перебігом вагітності з приводу перинатального ураження ЦНС протягом першого року життя трьох послідовних курсів кардонату та α -токоферолу ацетату сприяє більш ранньому покращанню загального стану, поліпшенню апетиту, збільшенню маси тіла і регресії проявів підвищеної збудливості.

2. Застосування препаратів кардонат та α -токоферол ацетат сприяє більш ранній нормалізації активності ферментів гліколізу та каталази в дітей раннього віку від матерів з ускладненим перебігом вагітності, що позитивно позначається на прогнозі їх подальшого розвитку.

Перспективи подальших досліджень.

Отриманий досвід призводить до думки, що запропоновані лікувальні заходи можуть бути більш ефективними, якщо стануть однією зі складових загальної програми диспансерного спостереження за розвитком дітей раннього віку з обтяженим антенатальним анамнезом. Пошук шляхів з оптимізації заходів диспансеризації зазначеного

контингенту дітей і стане перспективним завданням наших подальших досліджень.

Література

1. Лук'янова О.М. Актуальні проблеми перинатології на сучасному етапі охорони здоров'я // Перинатологія та педіатрія. - 2002. - № 3. - С. 3-6.
2. Раціональна вітамінотерапія у дітей / Л.Овчаренко, Ф.Шикаєва, А.Вертегел та ін. // Ліки України. - 2005. - № 11 (100). - С. 56-60.
3. Резніченко Г.І., Резніченко Ю.Г. Проблеми охорони здоров'я дітей та матерів на сучасному етапі та можливі шляхи їх вирішення // Современная педиатрия. - 2005. - № 2 (7). - С. 25-28.
4. Швець А.О., Швець Е.Г. Клінічна ефективність препарату кардонат при комплексному лікуванні вегето-судинної дистонії в дітей // Неонатологія і педіатрія. - 2003. - № 3. - С. 102-104.
5. Метод определения активности каталазы / М.А.Королюк, Л.И.Иванова, И.Г.Майорова и др. // Лаб. дело. - 1988. - № 1. - С. 16-19.
6. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных: руководство для врачей. - СПб.: Питер, 2000. - 224 с.
7. Румянцев А.Г., Тимакова М.В., Чечельницкая С.М. Наблюдение за развитием и состоянием здоровья детей: руководство для врачей. М.: Медпрактика, 2004. - 388 с.
8. Система энергетического обеспечения и антиоксидантной защиты у новорожденных при острой и хронической гипоксии / К.И. Пагава, Э.Д. Оболадзе, Е.А. Чикобава и др. // Педиатрия. - 2003. - № 1. - С. 34-38.
9. Федосеев В.А., Федосеева Н.П., Середенко В.Г. Использование препарата кардонат в комплексном лечении детей с перинатальной патологией нервной системы // Перинатология и педиатрия. - 2006. - № 3 (27). - С. 125-129.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ В РЕАБИЛИТАЦИИ МЛАДЕНЦЕВ, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С УСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

А.В.Яловчук, В.И.Жуков

Резюме. В статье приведены результаты клинического использования препаратов кардонат и α -токоферол ацетат в реабилитации детей первого года жизни, рожденных от матерей с осложненной беременностью. Определено, что использование кардоната и α -токоферол ацетата улучшают показатели физического развития, уменьшают проявления повышенной возбудимости и нормализации активности ферментов гликолиза и каталазы в обследованных детей.

Ключевые слова: дети раннего возраста, осложнения беременности, кардонат, токоферол.

THE USE OF DRUGS OF METABOLIC ACTION IN REHABILITATING INFANTS BORN FROM MOTHERS WITH A COMPLICATED COURSE OF PREGNANCY

A.V.Yalovchuk, V.I.Zhukov

Abstract. The paper presents the results of using Kardonat and α -tocopherol acetate agents when rehabilitating infants of the first year of life born from mothers with a complicated course of pregnancy. It has been found out that the use of Kardonat and α -tocopherole acetate contributes to an improvement of the indices of physical development, a decrease of the manifestations of enhanced excitation and a normalization of the enzymes of glycolysis and catalase in the infants under examination.

Key words: pregnancy complications, Kardonat, Tocopherol.

Medical Academy of Post-Graduate Education (Kharkiv)
State Medical University (Kharkiv)

Рецензент – проф. Ю.Д.Годованець

Buk. Med. Herald. – 2007. – Vol.11, №4. - P.81-84

Надійшла до редакції 2.10.2007 року