

ЗАСТОСУВАННЯ РЕОСОРБІЛАКТУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПІЗНІХ ГЕСТОЗІВ

Вивчено вплив комплексного препарату на основі сорбітолу (реосорбілакту) на реологічні та коагуляційні властивості крові, стан фетоплацентарного комплексу у вагітних з прееклампсією.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: реосорбілакт, фетоплацентарний комплекс, прееклампсія, реологічні та коагуляційні властивості крові.

ВСТУП. Пізні гестози – це ускладнення вагітності, яке характеризується зниженням адаптаційних систем організму матері, які забезпечують нормальний розвиток плода. Дуже важливо знати механізм розвитку прееклампсії, оскільки тільки знання ланок патогенезу дозволить призначити адекватне лікування та профілактику розвитку гестозів. Прееклампсія – це мультифакторний патологічний процес. Ключовим моментом розвитку пізніх гестозів є ендотеліальна дисфункція, в основі розвитку якої може лежати декілька причин. Це може бути імунна дезадаптація чи системна запальна реакція [4, 5–7].

Лікування вагітних з пізніми гестозами повинно бути патогенетичним, комплексним, індивідуальним залежно від клінічних симптомів і тяжкості захворювання. При проведенні лікування необхідно проводити корекцію гіповолемії, обмінних процесів, кислотно-лужного балансу, покращувати матково-плацентарний кровобіг [1, 4, 8].

Метою даного дослідження було вивчити зміни гемореологічних показників і стану фетоплацентарного комплексу при застосуванні реосорбілакту в комплексному лікуванні пізніх гестозів.

МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ. Під спостереженням перебували 120 вагітних з прееклампсією різного ступеня тяжкості (основна група), 30 жінок з фізіологічним перебігом вагітності (контрольна група). Для більш детального виявлення порушень системи згортання крові всім обстеженим проводили тести, які характеризують чотири фази гемостазу: 1 фаза –

протромбіноутворення (кількість тромбоцитів, час згортання за Лі-Уайтом, активований частково тромбопластиновий час (АЧТЧ), швидкість агрегації тромбоцитів (ШАТр)), 2 фаза – тромбіноутворення (протромбіновий індекс (ПІ)), 3 фаза – фібриноутворення (фібриноген, тромбіновий час (ТЧ), антитромбін-III (АТ-III тест)), 4 фаза – посткоагуляційна (етаноловий (ЕТ) і протамінсульфатний тести (ПСТ)), згідно із загальноприйнятими клініко-лабораторними методами [2].

У комплексній оцінці функціонального стану плода враховували результати кардіотокографії (КТГ) і біофізичного профілю плода (БПП). Для оцінки матково-плацентарного та плодово-плацентарного кровотоку проводили дослідження на ультразвуковому діагностичному приладі Радмір Ultima Pro 30, який оснащено блоком пульсуючої хвилі та функцією кольорового доплерівського картування. Ультразвукове дослідження плода виконували за допомогою апарата Alloca 2000 у динаміці вагітності, починаючи з ранніх її термінів.

Ми вирішили ввести у комплексну терапію пізніх гестозів новий вітчизняний комплексний інфузійний препарат “Реосорбілакт”, враховуючи спектр його фармакологічних властивостей та патогенез прееклампсії. Основними фармакологічно активними речовинами реосорбілакту є сорбітол і натрій лактат. Препарат має реологічні властивості, покращує мікроциркуляцію, зменшує інтоксикацію, стабілізує гемодинаміку, коригує кислотно-лужний стан [1, 3]. Призначали по 250 мл внутрішньовенно краплинно № 5 через день.

РЕЗУЛЬТАТИ Й ОБГОВОРЕННЯ. Аналізуючи результати проведених досліджень, слід вказати на стан гіперкоагуляції вже у жінок з фізіологічним перебігом вагітності: гіперфібриногенемія, дещо збільшуються агрегація та адгезивність тромбоцитів, з'являється мізерна кількість розчинних комплексів фібрин мономерів (РКФМ) і продуктів деградації фібриногену (ПДФ). Що стосується показників гемостазу в жінок з ускладненою вагітністю, то виявлено порушення всіх його ланок. У процесі гемостазу важливого значення надають тромбоцитам, які підтримують нормальну структуру і функцію мікросудин, забезпечують утворення первинного тромбоцитарного тромбу при пошкодженні судин. У пацієток основної групи виявлено виснаження тромбоцитарної ланки гемостазу в зв'язку зі ступенем тяжкості преєклампсії: при легкому ступені – $243 \pm 10,2 \times 10^9/\text{л}$, при середньому – $205 \pm 12,3 \times 10^9/\text{л}$, при тяжкому – $153 \pm 11,7 \times 10^9/\text{л}$, тоді як при фізіологічній вагітності цей показник становить $245 \pm 13,0 \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$).

Відносно якісних властивостей тромбоцитів слід відмітити, що зі збільшенням ступеня тяжкості преєклампсії достовірно зростають їх агрегація та адгезивність. При легкому ступені преєклампсії агрегація збільшується в 1,3 раза порівняно з показниками фізіологічної вагітності, при середньому – в 2,1 раза, при тяжкому – в 2,6 раза ($p < 0,05$).

У вагітних з преєклампсією було констатовано тільки достовірне зниження АЧТВ, ПІ, АТ-III ($p < 0,05$). Порівняно з цим при наростанні тяжкості гестозу, крім уже описаних порушень, мало місце достовірне підвищення гематокриту ($p < 0,05$), ЕТ ($p < 0,001$) і ПСТ ($p < 0,001$) на фоні більш вираженого зменшення АЧТВ ($p < 0,01$) і вмісту АТ-III ($p < 0,01$). Така картина характерна для вираженої гіперкоагуляції, що

клінічно проявляється високим рівнем акушерських і перинатальних ускладнень.

За даними КТГ, ознаки внутрішньоутробної гіпоксії плода у стадії компенсації до початку лікування відмічали у вагітних основної групи. Це проявлялося зниженням або підвищенням базального ритму, відсутністю акселерацій більше ніж за 40 хв запису, спорадичними децелераціями. Після отриманого комплексного лікування із застосуванням реосорбілакту ознаки внутрішньоутробної гіпоксії плода мали місце у 21 % вагітних з преєклампсією. Після одержаної терапії, за даними ультразвукового дослідження, затримку розвитку плода діагностували на 58,4 % рідше, передчасне дозрівання плаценти – на 69,2 %, гіпоплазію плаценти – на 54,8 %.

В основній групі показники біофізичного профілю до початку лікування були достовірно нижчими, ніж у контрольній групі ($p < 0,05$). Після закінчення лікування біофізичний профіль у вагітних з преєклампсією не відрізнявся від показників контрольної групи ($p > 0,05$) та зріс порівняно з показниками до початку терапії ($p < 0,05$).

Після отриманого лікування показники матково-плацентарно-плодового кровотоку покращились на 33 %.

ВИСНОВКИ. 1. Реосорбілакт – високо-ефективний препарат для лікування реологічних та коагуляційних порушень крові, фетоплацентарної недостатності у вагітних з преєклампсією.

2. Реосорбілакт може бути включений у комплексне лікування пацієток з преєклампсією при обов'язковому визначенні осмолярності плазми.

3. Ускладнень та побічних дій при застосуванні реосорбілакту у вагітних не було.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Грищенко О. В. Досвід лікування фетоплацентарної недостатності у вагітних з преєклампсією / О. В. Грищенко, І. В. Лахно, О. І. Шевченко // Клін. фармація. – 2003. – 7, № 3. – С. 40–42.
2. Дзісь Є. І. Основи гемостазіології / Є. І. Дзісь, О. Я. Томашевська. – К. : Гідромакс, 2006. – 138 с.
3. Место современных многоатомных спиртов (реосорбилакт, сорбилакт, ксилит) в медицине критических состояний (неотложная хирургия, педиатрия, нейрохирургия, парентеральное питание) : ме-

тод. рекомендации / под ред. В. И. Черния. – К., 2006. – 42 с.

4. Мозговая Е. В. Медикаментозная терапия и профилактика гестоза : метод. рекомендации / Е. В. Мозговая, О. Н. Аржанова ; ред. Э. К. Айламазян. – СПб. : Изд-во Н-Л, 2008. – 44 с.

5. Brockelsby J. C. The effects of vascular endothelial growth factor on endothelial cells: a potential role in preeclampsia / J. C. Brockelsby, F. W. Anthony, I. R. Johnson // Amer. J. Obstet. Gynecol. – 2000. – 182, №1. – P. 176–183.

6. Conrad K. P. Placental cytokines and the pathogenesis of preeclampsia / K. P. Conrad, D. F. Benyo // Am. J. Reprod. Immunol. – 2004. – **37**, № 3. – P. 240–249.

7. Gustaaf A. D. Etiology and pathogenesis of preeclampsia: current concepts / A. D. Gustaaf, B. M. Sibai //

Amer. J. Obstet. Gynecol. – 1998. – **179**, № 5. – P. 1359–1375.

8. Knight M. Antiplatelet agents for preventing and treating preeclampsia / M. Knight, I. Duley, D. J. Henderson-Smith // Cochran Data Base System Review. – 2000. – № 2. – P. 492.

И. Н. Маланчин

ТЕРНОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ И. Я. ГОРБАЧЕВСКОГО

ПРИМЕНЕНИЕ РЕОСОРБИЛАКТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЗДНИХ ГЕСТОЗОВ

Резюме

Изучено влияние комплексного препарата на основе сорбитола (реосорбилакта) на реологические и коагуляционные свойства крови, состояние фетоплацентарного комплекса у беременных с преэклампсией.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: реосорбилакт, фетоплацентарный комплекс, преэклампсия, реологические свойства крови.

I. M. Malanchyn

I. YA. HORBACHEVSKY TERNOPII STATE MEDICAL UNIVERSITY

USING OF RHEOSORBILACTUM IN THE COMPLEX TREATMENT OF THE PREECLAMPSIA

Summary

We have learned the influence of the rheosorbilactum on coagulating properties of blood, feto-placental complex in the pregnant women with preeclampsia.

KEY WORDS: rheosorbilactum, feto-placental complex, coagulating properties of blood.

Отримано 11.10.11

Адреса для листування: І. М. Маланчин, Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського, м. Воли, 1, Тернопіль, 46001, Україна.