
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Державне підприємство Український науково-дослідний інститут
медицини транспорту

Центральна санітарно-епідеміологічна станція
на водному транспорті

ВІСНИК

МОРСЬКОЇ МЕДИЦИНИ

Науково-практичний журнал
Виходить 4 рази на рік

Заснований в 1997 році. Журнал є фаховим виданням для публікації основних результатів
дисертаційних робіт у галузі медичних наук
(Бюлетень ВАК України від 9 червня 1997р. №4)

Зареєстрований в Міністерстві інформації України
Свідоцтво серія КВ № 2830;
перереєстрований у Міністерстві юстиції України 18.11.2010

№ 1 (51)
(січень - березень)

Одеса 2011

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **А.І. Гоженко**

О. М. Ігнат'єв (заступник головного редактора), В. О. Лісобей (науковий редактор), Н. А. Мацегора (відповідальний секретар), Є. П. Белобров, О. І. Верба, М. І. Голубятніков, Ю. І. Гульченко, В. М. Євстаф'єв, О. В. Кузнєцов, Т. П. Опаріна, Б. В. Панов, Н. Ф. Петренко, С. А. Праник, Е. М. Псядло, В. Г. Руденко, Л. М. Шафран, К. А. Ярмула

РЕДАКЦІЙНА РАДА

О. К. Асмолов (Одеса), К. Д. Бабов (Одеса), Ю. І. Бажора (Одеса), А. М. Войтенко (Одеса), С. А. Гуляр (Київ), В. М. Запорожан (Одеса), М. Ф. Измеров (Москва), С. Іднані (Індія), Н. К. Казимирко (Луганськ), О. О. Коваль (Київ), М. О. Корж (Харьків), І. Ф. Костюк (Харьків), О. М. Кочет (Київ), Ю. І. Кундієв (Київ), Т. Л. Лебедева (Одеса), В. І. Лузін (Луганськ), В. В. Поворознюк (Київ), А. М. Пономаренко (Київ), М. Г. Проданчук (Київ), А. М. Сердюк (Київ), В. П. Сіденко (Одеса), Ю. Б. Чайковський (Київ)

Адреса редакції

65039, ДП УкрНДІ медицини транспорту
м. Одеса, вул. Канатна, 92
Телефон/факс: (0482) 728-14-52; 42-82-63
e-mail nymba@mail.ru
Наш сайт - www.medtrans.com.ua

Редактор Н. І. Єфременко

Здано до набору..... р.. Підписано до друку..... Формат 70×108/16
Папір офсетний № 2. Друк офсетний. Умов.-друк.арк. .
Зам №

ISSN 0049-6804

©Міністерство охорони здоров'я України, 1999
©Державне підприємство Український науково-дослідний інститут медицини транспорту, 2005
© Центральна санітарно-епідеміологічна станція на водному транспорті, 2010

5. Зодионченко В. С., Адашева Т. В., Шилова Е. В. и соавт. Клинико-функциональные особенности артериальной гипертензии у больных хроническими обструктивными болезнями легких // РМЖ. – 2003.- № 9.- С.535–538)
6. Карпов Ю. А., Сорокин Е. В. Особенности лечения артериальной гипертензии при хронических обструктивных заболеваниях легких // РМЖ. – 2003.- № 19.- С. 1048–1051.
7. Обструктивные заболевания легких: образовательная программа для врачей / Ю. И. Фещенко, Л. А. Яшина, А. М. Полянская, А. Н. Туманов. -Київ, 2004. - 287 с.
8. Фещенко Ю. И. Проблемы хронических обструктивных заболеваний легких // Укр. пульмонолог. журн. - 2002.
9. Овчаренко С. И. Современные проблемы диагностики хронической обструктивной болезни легких. Medlinks.ru. Проверено 2 января 2009.

УДК 618.3-06:616.391:577.164.16]-084(477)

І. В. Руденко, С. В. Лісковський

ПРОФИЛАКТИКА ГЕСТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ ЦИАНОКОБАЛАМИНА, КОТОРЫЕ ПРОЖИВАЮТ В ЮГО-ЗАПАДНОМ РЕГИОНЕ ПРИЧОРНОМОРЬЯ

Одеський національний медичний університет

Реферат. И. В. Руденко, С. В. Лисковский **ПРОФИЛАКТИКА ГЕСТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ ЦИАНОКОБАЛАМИНА, КОТОРЫЕ ПРОЖИВАЮТ В ЮГО-ЗАПАДНОМ РЕГИОНЕ ПРИЧОРНОМОРЬЯ.** Изучено содержание цианокобаламина в крови 150 женщин до и во время беременности в разные сроки. Исследование проводили в лаборатории ДИЛА иммунохемилюминесцентным методом. С целью коррекции низкого содержания цианокобаламина в крови, женщинам назначали диетотерапию, обогащенную мясными, белок-содержащими продуктами, витамином В₁₂ в индивидуальных дозах внутримышечно. Терапевтическая коррекция способствовала увеличению показателей в среднем через 3 недели и снижению частоты и тяжести акушерских осложнений.

Ключевые слова : беременность, цианокобаламин

Реферат. І. В. Руденко, С. В. Лісковський **ПРОФИЛАКТИКА ГЕСТАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ДЕФИЦИТОМ ЦИАНОКОБАЛАМИНА, КОТОРЫЕ ПРОЖИВАЮТ В ЮГО-ЗАПАДНОМ РЕГИОНЕ ПРИЧОРНОМОРЬЯ.** Вивчено вміст ціанокобаламіну у крові 150 жінок до та під час вагітності у різні терміни. Визначення проводили у лабораторії ДІЛА імунохемилюмінесцентним методом. З метою корекції низького вмісту ціанокобаламіну у крові, жінкам призначали дієтотерапію, що збагачену м'ясними, білковмістивними продуктами, вітаміном В₁₂ в індивідуальних дозах внутрішньом'язово. Терапевтична корекція сприяла зростанню показників в середньому через 3 тижнів та зниженню частоти і тяжкості акушерських ускладнень.

Ключові слова: вагітність, ціанокобаламін

Summary. I. V. Rudenko, S. V. Liskovsky **PROPHYLAXIS OF GESTATIONAL COMPLICATIONS AT THE WOMEN WITH DEFICIENCY OF CIANOCOBALAMINI DWELLING AT THE SOUTH-WEST REGION OF THE BLACK SEA.** Maintenance of cianocobalamin was examined in blood of 150 women before and during different terms of pregnancy.

The investigations have been carried out in the DILA laboratory with immunochemyluministic method. Diet enriched with meat, protein- containing products, vitamin of B₁₂ in individual doses of intramuscular injections was appointed to the women under study with the aim to correct the low content of cianocobalamini in blood. Therapeutic correction offered has increased the indexes mentioned on the average in 3 weeks and decreased frequency and severity of obstetric complications.

Keywords: pregnancy, cianocobalamini

Вступ. Дефіцит вітамінів під час вагітності негативно позначається на формуванні зародка, розвитку ембріона, плода, новонародженого, підвищує ризик перинатальної патології, дитячої смертності, є однією із причин виникнення вад розвитку, порушень фізичного та розумового розвитку [1,2].

Викликають занепокоєння дані про розповсюдженість дефіцита вітамінів в різних країнах світу. Дефіцит вітамінів групи «В» складає 20-100%. У 70-80% жінок спостерігається сумісний дефіцит трьох і більше вітамінів, тобто – полігіповітамінні стани незалежно від віку, пори року, місця мешкання [3].

Дефіцитна структура харчування, негативний вплив факторів довкілля (екотоксикантів) гальмують реакції неспецифічної резистентності організму та стимулюють порушення ферментативної активності, що сприяє виникненню ферменто-, ензимопатій. Дефіцит вітамінів групи «В» супроводжується утворенням гіпергомоцистеїнемії, що є причиною різноманітних патологічних станів гестаційних періодів [4].

Напрямок досліджень, що спрямовані на профілактику гестаційних ускладнень у жінок з дефіцитом вітамінів, пов'язаний з вирішенням цілої низки питань на основі вивчення стану метаболічних процесів генних мутацій в організмі матері – дитини. Розв'язання цих питань може сприяти розробці нових методів профілактики ускладнень вагітності, пологів, захворюваності дітей.

Мета дослідження. Розробка заходів по профілактиці виникнення гестаційних і перинатальних ускладнень у жінок з дефіцитом ціанокобаламіну на підставі комплексної клініко-лабораторної оцінки стану здоров'я матерів та характеристики перебігу вагітності, пологів.

Матеріали та методи обстеження: За даними лабораторних досліджень вивчено перебіг вагітності у 150 жінок. Із них, у 50 вагітних (контрольна група А) з фізіологічним перебігом вагітності та референтними величинами вмісту вітаміну В12 у крові протягом гестації, у 50 – (основна група Б) з вмістом ціанокобаламіну нижче нижньої межі норми (<180 пг/мл) і у 50 вагітних групи порівняння (група В), яким було проведено вітамінопрофілактику на етапі прегравідарної підготовки в наслідок низького вмісту вітаміну В12 (<180 пг/мл) та протягом вагітності. Усі піднаглядні були жителями південно-західного регіону причорномор'я.

Визначення вмісту вітаміну В12 проводили у лабораторії ДІЛА імунохемілюмінесцентним методом. Забір крові здійснювали натщесерце у вакуумну систему без антикоагулянта або з активатором згортання в умовах лабораторії. Напередодні забору матеріалу пацієнтки дотримувалися дієти без жирів. Референтні величини ціанокобаламіну знаходяться у діапазоні 180 – 914 пг/мл [5]. З метою корекції вмісту ціанокобаламіну у крові, жінкам призначали дієтотерапію, що збагачена м'ясними, білковомістивними продуктами, вітамін В12 в індивідуальних дозах внутрішньом'язово та вітамініотерапію шляхом призначення препарату «Елевіт», який містить вітамін В12, протягом місяця..

Результати та їх обговорення.

Простежена динаміка змін концентрації вітаміну В12 у крові вагітних протягом гестації при фізіологічному перебігу вагітності та референтними величинами вмісту вітаміну В12 вихідного стану (група А) (таблиця 1).

Середній показник вмісту вітаміну В12 у крові 50 жінок контрольної групи у першому триместрі складав 393±20 пг/мл. У другому і третьому триместрах спостерігали зниження рівня ціанокобаламіну до 325±16 пг/мл і 278±14 пг/мл відповідно. Таким чином, для фізіологічного перебігу вагітності характерне зниження вмісту вітаміну В12 за триместрами вагітності. Слід відмітити, що його концентрація не виходила за нижню

границю норми і знаходилась в межах менших за середні показники референтних величин (400-600 пг/мл).

Таблиця 1

ДИНАМІКА ЗМІН КОНЦЕНТРАЦІЇ ВІТАМІНА В₁₂ У КРОВІ ВАГІТНИХ (ПГ/МЛ)

Групи	Період спостереження		
	I-й триместр	II-й триместр	III-й триместр
A,n-50	393±20	325±16	278±14
B,n-50	152±8	139±7	130±7
B,n-50	378±17	310±16	250±13

Обстежено 50 вагітних жінок основної групи Б з вмістом вітаміну В₁₂ у крові нижче референтних величин (менше 180 пг/мл) у першому триместрі (таблиця 1). Із числа обстежених у I-му триместрі у 23(46%) вагітних вихідний рівень вітаміну В₁₂ складав 127-132 пг/мл, у 17(34%) – 145-160 пг/мл і у 17(34%) – 169-179 пг/мл, що було достовірно меншим (p<0,05) середніх показників референтних величин (400-600 пг/мл). Для цих вагітних характерним було запліднення на фоні гіповітамінозу В₁₂. Динаміка вмісту вітаміна В₁₂ у крові вагітних групи Б протягом вагітності свідчила про зниження його за триместрами гестації: у I-му триместрі середні показники по групі склали 152±8 пг/мл, у II-му - 139±7 пг/мл, у III-му триместрі - 130±7 пг/мл. Таким чином, у даній групі вагітність перебігала на фоні виразного дефіциту вітаміна В₁₂.

Виходячи з одержаних даних, було сформовано групу порівняння (група В) з низьким вмістом вітаміна В₁₂ (<180 пг/мл), які планували вагітність і яким проведена преемпліонарна підготовка. За результатами дослідження (таблиця 1), вихідний рівень вітаміну В₁₂ у крові 50 жінок групи порівняння за два місяці до запліднення був 176±9 пг/мл - стан гіповітамінозу. З метою корекції вмісту вітаміну В₁₂ вагітним проведено вітамінопрофілактику на етапі преемпліонарної підготовки. Терапевтична корекція сприяла зростанню показників в середньому через 3 тижні.

В період периконцепційного періоду (перші 8 тижнів вагітності) рівень вітаміну В₁₂ склав 490±25 пг/мл. Запліднення відбулось на фоні нормальних показників концентрації вітаміну В₁₂. У подальшому динаміка змін вмісту вітаміну В₁₂ у крові даної групи протягом вагітності свідчила про його зниження: у I-му триместрі (кінець) - 378±17 пг/мл, у II-му - 310±16 пг/мл, у III-му - 250±13 пг/мл, але його концентрація не виходила за нижню границю норми (180 пг/мл) в наслідок проводимої протягом гестації вітамінопрофілактики.

Для вивчення взаємозв'язку гестаційних ускладнень з дефіцитом ціанокобаламіна у вагітних та ролі преемпліонарної підготовки і вітамінопрофілактики протягом вагітності гіповітамінозу В₁₂ нами проаналізовано частоту і вид ускладнень перебігу вагітності (таблиця 2).

Таблиця 2

ЧАСТОТА ТА ВИД УСКЛАДНЕНЬ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ

Вид ускладнення	Група Б, n-50		Група В, n-50	
	Абс.	%	Абс.	%
Ранній токсикоз	50	100	27	54,0
Дисплазія епітелію цервікального каналу	33	66,0	6	12,0
Анемія I-го ступеню тяжкості	13	26,0	3	6,0
Загроза викидня	21	42,0	5	10,0
Аборт, що не відбувся	10	5,0	-	-
Плацентарна дисфункція	40	80,0	12	24,0

За даними клінічної оцінки перебігу вагітності встановлено достовірну залежність між вмістом ціанокобаламіну у крові жінки і наявністю гестаційних ускладнень. У 50(100%) вагітних групи Б вагітність була ускладнена раннім токсикозом різного ступеня тяжкості, у 33(66%) - дисплазією епітелію цервікального каналу, у 13(26%) - анемією I ступеня тяжкості з середніми показниками гемоглобіну 115±2 Г/л, загального протеїну - 63±2 Г/л, у

21(42%) – загрозою викидня, у 10(5%) вагітність завершилась абортom, що невідбувся. Плацентарна дисфункція у третьому триместрі діагностована і підтверджена даними гістоморфологічного дослідження плацент у 40(80%) пацієнток основної групи.

В той же час, на фоні проведеної преконцепційної підготовки та вітамінопрофілактики, відмічено достовірне зниження перерахованих гестаційних ускладнень у 1,9; 5,6; 4,3; 4,2; 3,3 рази відповідно, а завмерлої вагітності не спостерігалось.

Висновки.

1. Вміст ціанокобаламіну у крові вагітних знижується протягом гестації.
2. Низькі рівні вітаміну В12 у крові вагітних можуть бути ланцюгами патогенетичного кола акушерських ускладнень, що обґрунтовує доцільність проведення своєчасної корекції шляхом призначення дієтотерапії, вітамінних комплексів в індивідуальних дозах.

Література

1. Буданов П. В. Профилактика гиповитаминозов у беременных / П. В. Буданов, А. Г. Асланов, М. В. Рыбин // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии . – 2006 . - № 5 . – С . 69-74 .
2. Запорожан В. М. Антропогенно залежні стани в акушерстві та перинатології / В. М. Запорожан, В. П. Міщенко. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2001. – 156 с.
3. Луценко Н. Н. Поливитамини и минералы как неотъемлемая часть в рациональном питании женщины до, во время и после беременности /Н. Н. Луценко // Русский медицинский журнал . – 2006 . - № 12 (13) . – С . 815-818.
4. Ших Е. В. Клинико- фармакологические аспекты применения витаминно минеральных комплексов у женщин в период беременности / Е. В. Ших, Л. И. Ильенко. – М.: Медпрактика, 2007. – 80 с.