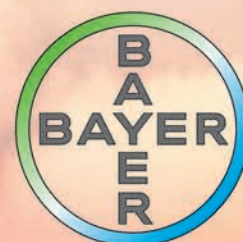


Елевіт® Пронаталь – вітамінно - мінеральний комплекс з потужною доказовою базою



- На 92% знижує ризик розвитку дефектів нервової трубки*
- На 58% знижує ризик розвитку вад серця*
- На 79% знижує ризик розвитку вад сечостатевої системи*
- На 81% знижує ризик розвитку вад кінцівок*



*Czeizel A.E. Primary prevention of neural-tube defects and some other major congenital abnormalities: recommendations for the appropriate use of folic acid during pregnancy. Paediatr Drugs. 2000 Nov-Dec;2(6):437-49.

Реклама для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для спеціалістів охорони здоров'я. Повна інформація наведена в інструкції для застосування.

РП №UA/9996/01/01 від 01.08.2014, ТОВ «Байер» 04071, вул. Верхній Вал 4-Б.

В макеті використане графічне (художнє) зображення

L.UK.MKT.CC.02.2017.0231

Ефективність препарату Елевіт® Пронаталь у профілактиці порушень плацентації

21-22 вересня 2017 року в м. Одесі відбулась важлива подія – Пленум Асоціації акушерів-гінекологів України та науково-практична конференція з міжнародною участю «Акушерство, гінекологія та репродуктологія: освіта, клініка, наука». Цей масштабний захід проведено завдяки підтримці Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, Національної академії медичних наук (НАМН) України, Асоціації акушерів-гінекологів України, Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика та Українського державного інституту репродуктології. Науково-практична конференція зібрала провідних науковців та лікарів-практиків, яких цікавлять актуальні проблеми акушерсько-гінекологічного профілю. Створення оптимальних умов для ефективного лікування жінок та підвищення їх репродуктивного потенціалу – пріоритетні напрями діяльності лікаря-гінеколога. Значний інтерес учасників конференції до нагальних медико-соціальних проблем, про що свідчила їх активна участь у дискусіях, зумовив робочу, дійсно продуктивну, атмосферу заходу. У рамках окремого секційного засідання його учасники мали можливість ознайомитися з сучасними методами лікування безпліддя та новітніми досягненнями репродуктивної медицини.

Протягом останнього десятиліття в Україні домінує тенденція до зниження народжуваності, що призводить до істотних демографічних втрат. Лише за період із 1993 по 2013 р. чисельність населення зменшилась на 12,9%. Подібна ситуація спостерігається і в поточному році: станом на 1 липня 2017 року чисельність населення становила 42 млн 457 тис. осіб, що, за оцінками Державної служби статистики України, на 126,9 тис. осіб менше, ніж на початку року. Одна з основних причин зменшення приросту населення – низький рівень народжуваності в Україні. За даним показником наша держава займає 186-те місце серед 226 країн світу. Зменшення кількості жінок фертильного віку, а також дівчат віком до 18 років створює передумови для подальшого зниження чисельності населення держави. Наявна ситуація викликає значне занепокоєння медичної спільноти. Основними причинами демографічних проблем в Україні є: малодітні сім'ї, висока частота переривання вагітності шляхом абортів, зростання рівня дитячої смертності.

У рамках секційного засідання, що відбулося на другий день конференції, про профілактику порушень плацентації у жінок, які проходять програму допоміжних репродуктивних технологій, розповіла під час свого виступу завідувач кафедри акушерства та гінекології ім. професора І.Д. Ланового ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», професор, доктор медичних наук **Наталія Іванівна Генік**.

– Актуальність проблеми безпліддя зростає з кожним роком, вона привертає дедалі більшу увагу не тільки репродуктологів, а й акушерів-гінекологів. Частота безпліддя в Україні, за різними даними, становить 15-20%. Високий рівень цього показника та відсутність тенденції до його зниження створюють проблеми державного масштабу (Е.В. Капустін, 2016). Тому відновлення репродуктивної функції жінок, які страждають на безпліддя, є важливою медико-соціальною проблемою сучасності та потребує впровадження у практику новітніх досягнень медицини. Фундаментальні дослідження в галузі репродуктології людини ознаменували нову епоху в лікуванні безпліддя – епоху допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), завдяки яким багато безплідних подружніх пар зможуть відчувати справжнє щастя батьківства.

Сьогодні екстракорпоральне запліднення (ЕКЗ), або запліднення *in vitro* (ЗІВ), та перенос ембріонів (ПЕ) є одними з найбільш перспективних методів лікування безпліддя. Незважаючи на високу результативність ДРТ, більшість індукованих вагітностей характеризуються розвитком різноманітних ускладнень, що призводить до переривання кожної другої вагітності. Показник успішної імплантації ембріонів з розрахунку на один перенос не перевищує 20-35%. При цьому частота невиношування вагітності після застосування ДРТ коливається від 11 до 66%, що знижує результативність лікування безпліддя (Ю.А. Лизікова, 2010). За даними Всесвітнього звіту з методів допоміжної репродукції, тільки 70-80% клінічних вагітностей після ЗІВ закінчуються живонародженням (О.Н. Аржанова, 1999; Є.А. Коломніна, 2002; В.В. Веселовський, 2003). Основними причинами репродуктивних втрат у пацієнок із безпліддям, включених у програму ДРТ, є такі: локальне передчасне відшарування хоріона, що призводить до плацентарної дисфункції, мимовільне переривання вагітності, дистрес

плода, затримка внутрішньоутробного розвитку плода, перинатальна захворюваність і смертність (Л.Г. Бойчук, 2009). Тому нині існує потреба в оптимізації програми прегравідарної підготовки у пацієнок із безпліддям, які включені у програму ДРТ і мають підвищений ризик порушення імплантації.

З цією метою наша група (Н.І. Генік, Н.В. Литвин) провела дослідження, в ході якого обстежено 100 жінок із безпліддям гормонального і трубно-перитонеального генезу, у яких вагітність наступила після проведення ЗІВ із ПЕ. У першу групу порівняння було включено 50 жінок, для яких застосовували стандартну схему ведення вагітності після ЗІВ. Основну групу склали 50 жінок, яким проводилась запропонована прегравідарна підготовка. У контрольну групу входили 30 жінок із фізіологічною вагітністю. Запропонована схема лікування включала застосування протягом 3 міс мультивітамінного комплексу із підвищенням вмістом фолієвої кислоти Елевіт® Пронаталь, L-аргініну, тіатриазоліну та поліненасичених жирних кислот. Після настання вагітності жінки продовжували прийом препарату Елевіт® Пронаталь та поліненасичених жирних кислот. У дослідженні використовували такі методи обстеження пацієнок: загальноклінічні, функціональні (ультразвукові методи діагностики), визначення рівня гормонів (зокрема, естрадіолу, прогестерону, β-хоріонічного гонадотропіну), імуноферментні аналізи (оцінка факторів ендотеліальної дисфункції), імунологічні тести (оцінка цитокінового профілю), статистичні методи обробки отриманих даних. Середній вік жінок контрольної групи становив 24,5±0,8 року, жінок основної групи та групи порівняння – 31,1±0,62 року та 31,5±0,65 року відповідно. Вік кожної п'ятої жінки був старше 36 років. В основній групі та групі порівняння кількість жінок із першою вагітністю становила 28 (56%) та 27 (54%) відповідно, у групі контролю – 22 (73,3%). Слід зазначити, що у жінок обох досліджуваних груп причини безпліддя були аналогічними: чільну позицію займали гормональні порушення, на 2-му місці були трубно-перитонеальні причини, на 3-му – поєднані фактори. У 18% випадків виявлено >3 спроб ЕКЗ в анамнезі, у 67% – програму ДРТ застосовано вперше. Привертає увагу структура екстрагенітальної патології в жінок обох груп. У 56% учасниць основної групи та у 58% групи порівняння було виявлено ожиріння. Нижчими були показники частоти захворювань органів серцево-судинної, травної, дихальної та сечовидільної систем, патології щитоподібної залози. У структурі гінекологічної захворюваності найчастіше зустрічались запальні захворювання органів малого таза (62% – у жінок основної групи, 68% – у групі порівняння). Серед інших станів, які істотно ускладнювали ведення вагітності, виявлено наявність: мікст-інфекції, патології ендометрія, захворювання шийки матки, синдрому полікістозних яєчників, фіброміоми матки, ендометріозу, доброякісних кістозних утворень придатків матки. Жінки обох груп, які брали участь у дослідженні, мали оперативні втручання в анамнезі (гістероскопія, операції на маткових трубах, кістектомія, вишкрібання порожнини матки, адгезіолізис, міомектомія, апендектомія).

Після застосування програми ДРТ клінічна вагітність настала у 84% жінок основної групи та 76% жінок групи порівняння. На тлі застосування запропонованої схеми



Н.І. Генік

прегравідарної підготовки отримано такі результати дослідження: при ультразвуковому обстеженні ознаки загрози переривання вагітності (локальний гіпертонус міометрія, наявність відшарування хоріона у вигляді ретрохоріальної гематоми) спостерігались в основній групі у 8 (16%) вагітних, у групі порівняння – у 21 (42%). У контрольній групі сегментарних скорочень матки та ділянок відшарування хоріона не виявлено. Найбільша кількість ретрохоріальних гематом виявлено у терміні вагітності 8,2±1,2 тижня. Слід зазначити, що ця ознака спостерігалась у 15 (30%) жінок основної групи, а у групі порівняння – у 7 (14%). Загибель ембріона встановлено у 6 (12%) жінок основної групи та у 14 (26,9%) групи порівняння. Результати проведеного клінічного аналізу продемонстрували, що репродуктивні втрати переважають у ранні терміни вагітності (у 63,41% випадків), а саме у 5-7 тижні вагітності. Ефективність застосування запропонованої схеми прегравідарної підготовки підтверджують дані лабораторних досліджень. Гормональні, імуноферментні та імунологічні тести проводили в різні терміни вагітності. При оцінці гормонального статусу жінок виявлено зниження рівня прогестерону та підвищення рівнів естрадіолу і β-хоріонічного гонадотропіну в обох групах, проте такі коливання показників менш виражені в основній групі. За даними імунологічного аналізу встановлено істотне підвищення рівня інтерлейкіну Іβ та фактора некрозу пухлин (TNF) у вагітних групи порівняння, особливо у жінок із виявленою ретрохоріальною гематомою на 5-7 тижні вагітності. Натомість кількість протизапальних цитокінів, зокрема інтерлейкіну 4, який сприяє нормальній імплантації та плацентації, була більшою у вагітних основної групи, порівняно з жінками групи порівняння. Також проведено аналіз маркерів ендотеліальної дисфункції. Згідно з результатами дослідження, рівень ендотеліну-1 був підвищений у вагітних обох груп із істотною перевагою у жінок групи порівняння. Концентрація оксиду азоту була вищою у жінок основної групи.

Важливою складовою прегравідарної підготовки жінок основної досліджуваної групи було застосування мультивітамінно-мінерального препарату Елевіт® Пронаталь фармацевтичної компанії «Байер» протягом 3 міс. За рахунок 12 вітамінів, 3 мінералів та 4 мікроелементів цей лікарський засіб забезпечує оптимальний рівень мікроелементів в організмі матері та плода, які необхідні для коректного обміну речовин, синтезу вуглеводів, ліпідів, нуклеїнових кислот та протеїнів. Ці сполуки є структурними компонентами амінокислот, колагену та нейротрансмітерів. У результаті оцінки ефективності та безпеки препарату Елевіт® Пронаталь встановлено, що його застосування в період планування вагітності як складової прегравідарної підготовки, а також протягом 3 міс під час вагітності істотно знижує ризик розвитку дефектів нервової трубки, вроджених вад серцево-судинної, сечовидільної, травної та опорно-рухової систем. Крім того, вітамінно-мінеральна підтримка за рахунок оптимального вмісту фолієвої кислоти та заліза у складі препарату запобігає розвитку анемії. Застосування лікарського засобу Елевіт® Пронаталь сприяє полегшенню нудоти та блювання на ранніх термінах вагітності.

Отже, запропонована схема прегравідарної підготовки із включенням мультивітамінно-мінерального препарату Елевіт® Пронаталь у жінок з індукованою вагітністю за рахунок збалансування імунологічних та ендотеліальних факторів покращує мікроциркуляторні процеси, дозволяє прискорити регрес ознак загрози переривання вагітності та сприяє успішній пролонгації вагітності у жінок із порушеннями плацентації.

Підготувала Ілона Цюпа