

УДК 618.2/3:616.71-008.1-08

Г.Х. ГАБДУЛИНА, А.Г. ТОКАРЕВ, М.Г. НОГАЕВА, Н.М. ДЖУНУСБАЕВА, Г.С. ЖУБАЕВА

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

КОРРЕКЦИЯ ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БЕРЕМЕННЫХ

В статье приведена оценка эффективности использования Кальций-D₃ Никомед для коррекции остеопении у беременных. Кальций-D₃ Никомед нормализует кальций-фосфорный обмен, тормозит исходно повышенную костную резорбцию и не оказывает заметного влияния на процесс костного формирования.

Ключевые слова: Кальций-D₃ Никомед, остеопения, беременные.

Во время физиологически протекающей беременности происходит изменение минерального обмена, и создаются предпосылки к значительной потере минеральных компонентов кости и развитию остеопении беременных.

Организм беременной женщины испытывает повышенную потребность в витаминах и минералах, в том числе и в витамине D, кальции, особенно в течение последнего триместра, во время которого происходит максимальная минерализация костей скелета плода [1]. Дефицит витамина D или резкий дефицит кальция в пище могут предъявлять к кальциевому гомеостазу такие требования, которые не удается компенсировать задержкой Ca²⁺ почками, что приводит к отрицательному кальциевому балансу. Предотвратить снижение содержания Ca²⁺ во внеклеточной жидкости в условиях хронического отрицательного кальциевого баланса способна усиленная резорбция костей, но только ценой прогрессирующей остеопении [2], поэтому патогенетически обоснованно для профилактики и лечения указанных нарушений назначение солей кальция и витамина D [3].

Цель исследования – оценка эффективности использования Кальций-D₃ Никомеда для коррекции остеопении у беременных.

Материал и методы

Обследовано 24 беременные женщины в возрасте от 20 до 34 лет (в среднем 25,5±0,9 года) в сроке беременности от 29 до 32 недель до и через 2 месяца после окончания терапии Кальций-D₃ Никомедом. Контрольную группу составили 30 беременных женщин. У всех обследованных беременных женщин Z-критерий был от -1 до -2 SD, что соответствует остеопении.

До начала обследования все женщины находились на обычном режиме питания без добавления препаратов кальция, и в течение последнего года ни одна из женщин не принимала препараты, влияющие на костный метаболизм (эстрогены, витамин D, препараты кальция, фосфора). Из обследования были исключены лица, имеющие другие сопутствующие заболевания, которые могли бы оказать самостоятельное влияние на метаболизм костной ткани.

У всех беременных изучались клинические проявления остеопенического синдрома.

Всем беременным проводили исследование уровней общего кальция, ионизированного кальция, фосфора. Исследование общего, ионизированного кальция, фосфора в сыворотке крови проводили комплексометрическим методом на биохимическом анализаторе электродитов фирмы «Screen Master Plus» (Швейцария) с использованием стандартных наборов реактивов фирмы «LACHEMA» (Чешская Республика).

Измерение плотности кости проводилось методом ультразвуковой денситометрии с помощью аппарата «Omnisense» (Израиль). Результат выражался в стандартных отклонениях (SD) от соответствующих нормативных показателей: возрастной нормы данного пациента (Z-критерий).

Статистическую обработку полученных результатов проводили с вычислением средней арифметической (M), ее ошибки (m), среднеквадратического отклонения, критерия Стьюдента (t), коэффициента линейной корреляции (r).

Всей группе был назначен препарат Кальций-D₃ Никомед в виде жевательных таблеток по 1 таблетке 2 раза в день, содержащий в каждой таблетке 1250 мг карбоната кальция (эквивалентно 500 мг кальция элемента) и 200 МЕ холекальциферола (витамина D₃) в течение 2 месяцев до предстоящих родов. Лечение проводилось под контролем уровня кальция и фосфора в крови.

Результаты и обсуждение

На фоне применения Кальций-D₃ Никомеда уменьшились или купировались симптомы кальциевой недостаточности (табл. 1). В результате проведенного лечения клинический эффект был достигнут практически у всех больных. Уменьшение болей в костях наблюдалось после 2-4 недель лечения, что объясняется подавляющим действием Кальций-D₃ Никомеда на процессы резорбции костной ткани. В контрольной группе женщин через 2 месяца боли в костях значительно усилились, и увеличилось абсолютное число женщин с проявлением симптомов кальциевой недостаточности с 14 (46,67%) до 19 (63,33%) человек.

По средним значениям исследуемых биохимических показателей контрольная группа не отличалась от группы женщин, принимавших Кальций-D₃ Никомед (табл. 2). Через 2 месяца терапии всем беременным проведен повторный лабораторный контроль показателей кальций-фосфорного обмена и маркеров костного метаболизма.

При анализе динамики уровня кальция в крови у беременных на фоне приема Кальций-D₃ Никомеда отмечено статистически достоверное повышение содержания в сыворотке крови общего кальция (p<0,001), у женщин с гипокальциемией он повышался до нормы, а у беременных с исходно нормальным уровнем кальция его концентрация оставалась в пределах нормы. Гиперкальциемии ни в одном случае отмечено не было. В контрольной группе беременных отмечалось достоверное снижение показателей как общего, так и ионизированного кальция сыворотки крови по сравнению с уровнем до начала лечения.

Данный препарат хорошо переносился, побочные действия при его применении отсутствовали.

Выводы

Кальций-D₃ Никомед является эффективным средством для коррекции остеопенического синдрома у беременных женщин. Применение данного препарата в течение 2 месяцев до предстоящих родов в дозе 2500 мг карбоната кальция и 400 МЕ холекальциферола в сутки стабилизирует остеопению, в то время как в контрольной группе наблюдалось ее прогрессирование. Кальций-D₃ Никомед нормализует кальций-фосфорный обмен, тормозит исходно повышенную костную резорбцию и не оказывает заметного влияния на процесс костного формирования. На фоне лечения уменьшаются или купи-

Таблица 1 – Динамика проявлений симптомов кальциевой недостаточности на фоне приема Кальций-D₃ Никомеда

Показатели	Частота выявленных симптомов у беременных							
	беременные, принимавшие Кальций-D ₃ (n=24)				контрольная группа, не принимавшая Кальций-D ₃ (n=30)			
	до лечения		через 2 мес.		исходно		через 2 мес.	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Парестезии	17	26,56	3	8,33	8	26,67	12	40
Судорожные подергивания, сведения мышц	20	31,25	4	11,11	10	33,33	15	50
Боли в костях таза	8	12,5	2	5,56	4	13,33	6	20
Боли в позвоночнике	3	4,69	1	2,78	1	3,33	3	10
Боли по ходу длинных трубчатых костей (голеней)	1	1,56	0	0	0	0	1	3,33
Изменение походки, хромота	4	6,25	0	0	2	6,66	4	13,33
Повышенная утомляемость при подъеме по лестнице	11	17,19	3	8,33	5	16,67	10	33,33
Тошнота	10	15,63	1	2,78	5	16,67	7	23,33
Обострение кариозной болезни зубов	16	25	4	11,11	8	26,67	12	40
Всего женщин с симптомами	32	50	10	27,78	14	46,67	19	63,33

Таблица 2 – Показатели кальций-фосфорного обмена на фоне терапии Кальций-D₃ Никомедом

Показатели	Беременные, принимавшие Кальций-D ₃ (n=24)		P	Контрольная группа, не принимавшая Кальций-D ₃ (n=30)		P
	до лечения	через 2 мес.		исходно	через 2 мес.	
Общ. Са крови, ммоль/л	2,15±0,03	2,42±0,02	p<0,001	2,17±0,04	2,04±0,03	p<0,01
Ca ²⁺ крови, ммоль/л	1,01±0,01	1,18±0,01	p<0,001	1,02±0,01	0,90±0,02	p<0,001
P крови, ммоль/л	1,02±0,02	1,15±0,02	p<0,001	1,04±0,03	1,01±0,03	н/д

руются симптомы кальциевой недостаточности. Препарат хорошо переносится, не вызывает побочных эффектов, безопасен во время беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Сатимова Л.А. Обеспеченность витамином D и фосфорно-кальциевый обмен в системе мать-плацента-плод // Вопросы охраны материнства и детства. – 1984. – Т.29, №10. – С. 65
 2 Лоренс Риггз Б., Джозеф Мелтон III.Л. Этиология, диагностика, лечение // Остеопороз. – М.: БИНОМ, 2000. – С. 558
 3 Michele F. Bellantoni Osteoporosis prevention and treatment // American Family Physician. – 1996. – V. 54. – P. 986-992

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Г.Х. ГАБДУЛИНА, А.Г. ТОКАРЕВ, М.Г. НОГАЕВА, Н.М. ДЖУНУСБАЕВА, Г.С. ЖУБАЕВА

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕ ОСТЕОПЕНИЯ СИНДРОМЫНЫҢ КОРРЕКЦИЯСЫ

Зерттеу мақсаты. Жүктілердің остеопениясын түзетуге арналған Кальций-D₃ Никомедті қолданудың әсерін бағалау.

Материал және әдістері. 20-дан 34 жасқа дейінгі (орташа 25,5±0,9 жас) 29-дан 32 дейінгі апта және 2 айдан кейінгі жүктілік мерзімінде Кальций-D₃ Никомед терапиясы аяқталған соң 24 жүкті әйел зерттелді. Бақылаушы топты 30 жүкті әйел құрады. Барлық зерттелген әйелдерде Z- -1-ден -2 SD дейінгі критерийі болды, бұл остеопенияға сай келеді.

Нәтижелері және талқылау. Кальций-D₃ Никомедты қолдану аясында кальций жетіспеушілік симптомдары азайды немесе басылды. Сүйектердегі аурулар емдеудің 2-4 аптасынан соң бақыланды, бұл Кальций-D₃ Никомедтің сүйек ұлпасының резорбция процестеріне басым әсер етуімен түсіндіріледі. Әйелдердің бақылау тобында 2 айдан соң сүйектеріндегі ауру елеулі күшейді және кальций жетіспеушілік симптомдарының пайда болуымен әйелдердің абсолютті саны көбейді 14-тен (46,67%) 19-ға (63,33%) дейінгі адам.

Қорытындылар. Кальций-D₃ Никомедін 2 айдан алдыңғы тууға дейін 2500 мг кальций карбонаты және 400 МЕ холекальциферолы мөлшерлемесінде тәулігіне қабылдау остеопенияны тұрақтандырады. Препарат жақсы сіңеді, теріс әсерлер тудырмайды, жүктілік кезінде қауіпсіз.

Негізгі сөздер: Кальций-D₃ Никомед, остеопения, жүкті әйелдер.

S U M M A R Y

G.H. GABDULINA, A.G. TOKAREV, M.G. NOGAEVA, N.M. JUNUSBAYEVA, G.S. ZHUBAYEVA
 Kazakh National medical university, Almaty c.

CORRECTION OF OSTEOPENIC SYNDROME IN A PREGNANT WOMAN

Objective. Evaluation of the use of Calcium-D₃ Nycomed for correction of osteopenia in pregnancy.

Material and methods. The study involved 24 pregnant women aged 20 to 34 years (mean age 25,5 ± 0,9 years) in the gestation of 29 to 32 weeks before and 2 months after the end of therapy Calcium-D₃ Nicomed. The control group consisted of 30 pregnant women. All pregnant women surveyed Z-criterion

was from -1 to -2 SD, which corresponds to osteopenia.

Results and discussion. On the background of Calcium-D₃ Nycomed stopped symptoms decreased or calcium deficiency. Decrease in bone pain was observed after 2-4 weeks of treatment, due to the overwhelming influence of Calcium-D₃ Nycomed processes of bone resorption. In the control group of women after 2 months of bone pain increased significantly, and increased the absolute number of women with onset of symptoms of calcium deficiency with 14 (46.67%) and 19 (63.33 %) patients .

Conclusions. Application of Calcium-D₃ Nycomed for 2

months before the upcoming birth at a dose of 2500 mg of calcium carbonate and cholecalciferol ME 400 night stabilizes osteopenia. The drug was well tolerated, no side effects, is safe during pregnancy.

The article presents the efficacy evaluation of using Calcium-D₃ Nycomed for the correction of osteopenia in pregnancy. Calcium-D₃ Nycomed improves the calcium and phosphate metabolism, slows initially increased bone resorption and does not impact on the process of bone formation significantly.

Key words: Calcium-D₃ Nycomed, osteopenia, pregnant women.

УДК 616.333-036.88-078:005

С.Ш. ИСЕНОВА, З.А. ДАТХАЕВА, А.С. ТАЙБОГАРОВА, И.С. КАДРИМБЕТОВА, В.В. ТЕСЛЕНКО

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ

В статье изложены результаты проведенного анализа документации женщин с антенатальной гибелью плода. Выявлены основные причины антенатальной гибели плода на уровне ПМСП, предложены рекомендации по выявлению данного вида осложнения беременности.

Ключевые слова: перинатальная смертность, антенатальная гибель плода, гравидограмма, плацентарный комплекс, синдром задержки развития плода.

Особенностью современного периода жизни общества является наличие различных негативных социально-экономических трансформаций, затрагивающих наиболее незащищенные слои населения, в первую очередь детей, женщин, семью в целом.

Рождение ребенка – это положительное и радостное событие для большинства женщин, однако, беременность и роды могут сопровождаться также страданиями, физическими и моральными, ухудшением состояния здоровья. Данное осложнение беременности – это не только репродуктивные потери. В некоторых случаях оно может служить источником прямой угрозы здоровью и жизни беременной. Антенатальная охрана плода, снижение уровня мертворождаемости, разработка мероприятий по пренатальной профилактике являются перспективными направлениями современной науки [1, 2, 3, 4].

Антенатальная гибель плода, которая составляет до 77,9% среди всех мертворожденных детей, остается актуальной клинической, социально значимой и недостаточно изученной проблемой. ВОЗ определила число мертворожденных детей в мире в 2009 г. как 3,3 миллиона. В исследовании были охвачены все регионы мира, и для 190 стран удалось рассчитать частоту случаев мертворождений на число родов. Полученная цифра, – 3,2 миллиона (вероятный разброс от 2,5 до 4,1) мертворождений в мире в год, однако исследователи подчеркивают, что, по-видимому, реальная цифра больше (ближе к 4,1). Частота мертворождений в различных странах варьирует от 5 на 1000 родов в развитых странах до 32 на 1000 родов в Южной Азии и Африке.

Этиология антенатальной гибели плода многообразна, нередко этиологические факторы не имеют клинических проявлений до беременности. Несмотря на использование современных методов в диагностике причин смерти плода, выявление основной причины остается трудной задачей в 60% (Goldenberg R.L. et al., 2009, Chaiworapongsa Tetal, 2010). Установлено, что антенатальная гибель плода в анамнезе является фактором риска повторных неблагоприятных исходов в последующей беременности, высокой неонатальной и младенческой смертности.

Цель исследования – изучение причин антенатальной гибели плода на этапе ведения беременных врачами ПМСП.

Материал и методы

Нами был проведен ретроспективный анализ историй родов 54 беременных одного из городских родильных домов. В исследовании обращалось внимание на возраст, паритет, данные инструментального обследования, ведение гравидограммы, наличие инфекционного фактора, приема лекарственных препаратов, не имеющих доказательную базу, характер изменений в плаценте и данные аутопсии.

Результаты и обсуждение

В большинстве случаев (71,3%) это были женщины активного репродуктивного возраста, причем наибольший процент антенатальной гибели плода наблюдался в возрасте с 26 до 30 лет.

Изучение анамнеза исследуемых пациенток выявило, что большинство пациенток (68,7%) были с сугубо отягощенным акушерским анамнезом и лишь 32,3% были без отягощенного анамнеза. Анамнез был отягощен медицинскими абортными в ранние сроки, самопроизвольными выкидышами, преждевременными родами и родами путем операции кесарево сечения (рис. 1).

Большинство исследуемых пациенток посещали женскую консультацию – 89,3%, причем в 57,1% случаев женщины встали на учет в I-м триместре, во II-м триместре в 28,6% и в III-м в 3,6% случаев. И только в 10,7% случаев пациентки не посещали женскую консультацию. Изучение сроков антенатальной гибели плода выявило, что наибольший процент антенатальной гибели плода (67,8% случаев) наблюдался в III-м триместре, 32,3% случаев – во II-м триместре.

Изучение особенностей течения данной беременности показало, что беременность протекала на фоне таких осложнений, как угроза прерывания в различные сроки гестации – 31,1% случаев, ОРВИ – 28,6% случаев, перинатальные инфекции – 25,0% случаев. Так же были пациентки с многоводием – 10,7%, анемией и низкой плацентацией – 17,8%, задержкой роста плода – 14,3%. Обращает внимание, что до сих пор используются пре-