

форма гипотрофии плода, повышение резистентности кровотоку в маточных артериях и артерии пуповины без централизации плодового кровотока. После проведенной терапии гестоза с применением фраксипарина 0,6 мл в течение 14 дней, АД стабилизировано в пределах 130/80–130/90 мм рт. ст, протеинурия не более 0,033 г/л, нормализовался диурез, уменьшилась выраженность отеков, показатели интенсивности агрегации тромбоцитов пришли в соответствие с нормой для данного срока беременности. По данным доплерометрии отмечено снижение резистентности кровотока в артерии пупови-

ны. Беременность была пролонгирована до 37 недель, пациентка родоразрешена операцией планового кесарева сечения под эпидуральной анестезией в связи с миопией. Фраксипарин отменен за сутки до родоразрешения. Родился доношенный мальчик с признаками гипотрофии I степени, с оценкой по Апгар 7, через 5 минут – 8 баллов. Кровопотеря во время операции составила 600 мл. Послеродовый период протекал без осложнений, мать с ребенком выписаны домой на 12-е сутки.

Статья подготовлена при финансовой поддержке компании GlaxoSmithKline.

Современные проблемы клинической нутрициологии в акушерстве

П.В. Буданов

Московская медицинская академия
им. И.М. Сеченова РМАПО

Рациональное питание женщин во время беременности определяет как её собственное здоровье, так и полноценное развитие и здоровье будущего ребёнка. Особая роль в этом принадлежит незаменимым аминокислотам, полиненасыщенным жирным кислотам и витаминам. Организм матери во время беременности является единственным источником пищевых веществ для плода.

Рождение здорового ребёнка в современных условиях нашей жизни стало определённой проблемой: у 80–85 % новорождённых наблюдаются различные отклонения в состоянии здоровья. Среди проблем вызывающих тревогу педиатров – замедление физического, нервно-психического и репродуктивного развития детей. Всего за последние 10 лет в России стало в 4 раза больше низкорослых детей и в 2 раза больше детей – инвалидов. Многие врождённые аномалии развития новорождённых – следствие неправильного питания будущей матери, дефицита тех или иных питательных веществ.

Вызывают тревогу данные о распространённости дефицита витаминов в различных регионах России, в т. ч. у беременных и кормящих женщин, а также новорождённых и грудных детей.

Широкомасштабные эпидемиологические исследования, выполненные Институтом питания РАМН, позволили выявить такие важные нарушения в пищевом статусе населения России, как избыточное потребление животных жиров; дефицит большинства витаминов (в т. ч. витаминов антиоксидантного ряда – С, Е, А и β-каротина; дефицит минеральных веществ – кальция, железа; дефицит микроэлементов – йода, фтора, селена, цинка; дефицит растительных и (иногда) животных белков; дефицит полиненасыщенных жирных кислот; выраженный дефицит пищевых волокон. Дефицит витаминов группы В выявляется у 20–100 % обследованных, аскорбиновой кислоты – у 13–50 %, каротиноидов – у 25–94 % при относительно хорошей обеспеченности витаминами А и Е. В целом, прак-

тически не обнаруживается женщин, обеспеченных всеми витаминами. У подавляющего большинства обследованных (70–80 %) наблюдается сочетанный дефицит трёх и более витаминов, т. е. полигиповитаминозные состояния независимо от возраста, времени года, места проживания и профессиональной принадлежности.

Не намного лучше обстоит ситуация с потреблением белка, особенно полноценного, содержащего необходимый набор незаменимых аминокислот в оптимальной пропорции. За последние 10 лет потребление белка населением нашей страны неуклонно снижалось, в частности, у женщин, живущих в городских условиях – с 75 до 51,9 г в сутки, у живущих в сельских условиях – с 89,7 до 54,9 г в сутки. Особенно существенно снизилось среднесуточное потребление животного белка – до 30–34 г в сутки.

Существующая дефицитная структура питания оказывает неблагоприятное влияние, прежде всего на защитные системы организма, подавляя реакции неспецифической резистентности организма, создавая и обуславливая формирование факторов риска любых заболеваний.

Таким образом, недостаточное потребление витаминов является массовым и постоянно действующим фактором, оказывающим отрицательное воздействие на здоровье, развитие и жизнеспособность всей нации.

В период беременности значительно возрастает (на 25 %) потребность женщины в витаминах и минералах. Даже при физиологически протекающей беременности с четвёртого месяца потребность организма женщины в витаминах начинает увеличиваться, так как запасы витаминов и микроэлементов используются для роста плода. Высокая потребность в железе и некоторых витаминах связана с увеличением объёма крови при беременности и кровопотерей во время родов. Секретция грудного молока (в среднем 700–900 мл в сутки) в период кормления ребёнка грудью также способствует истощению запасов витаминов и микроэлементов. Потребность в витаминах у женщин во время беременности и лактации возрастает более чем в 1,5 раза.

Дефицит питательных веществ в преконцептуальный период и тем более во время беременности, когда потребность женского организма особенно велика, наносит ущерб здоровью матери и ребёнка, повышает риск перинатальной патологии, увеличивает детскую смертность, является одной из причин недоношенности, врождённых уродств, нарушений физического и умственного развития детей.

Дефицит различных нутриентов на ранних этапах онтогенеза (первые 3 месяца беременности) может приводить к нарушениям нормального внутриутробного развития и даже к гибели плода. Так, дефицит витаминов способствует возникновению и развитию железодефицитной анемии,

поскольку обеспеченность витаминами С и В₂ влияет на всасывание и транспорт железа, в синтезе гема участвуют фолиевая кислота и витамин В₁₂, в созревании эритроцитов – витамин В₆.

Недостаточность витамина В₆ нередко является одной из причин раннего токсикоза, а его достаточное поступление нормализует обмен триптофана и тем самым оказывает нейропротекторное действие. Кроме того, недостаток витамина В₆ способствует задержке жидкости в организме.

Дефицит витаминов В₆, В₁₂ и фолиевой кислоты сопровождается повышением уровня гомоцистеина в крови, обладающего не только цито-, но и нейротоксическим действием, а также увеличивающего у беременных угрозу выкидыша.

Однако каким бы сбалансированным не было питание беременной и кормящей матери, полностью удовлетворить её потребности за счёт пищи в витамине Д и фолиевой кислоте невозможно. Дефицит фолата ведёт к нарушению синтеза нуклеиновых кислот и белка, следствием чего является торможение роста и деления клеток, особенно в быстро пролифелирующих тканях: костный мозг, эпителий кишечника и др. Дефицит фолиевой кислоты при беременности существенно повышает риск возникновения врождённых пороков, обусловленных дефектами нервной трубки (серьёзный порок развития нервной системы эмбриона), а также гипотрофии и недоношенности.

По данным многоцентровых исследований, у 80 % исследуемых женщин в возрасте от 18 до 40 лет уровень содержания фолиевой кислоты находился на субоптимальном уровне. В свою очередь, недостаток фолиевой кислоты в первом триместре беременности является причиной возникновения дефектов нервной трубки.

Закладка нервной трубки происходит между 22 и 28 днями гестации. К патологии закладки нервной трубки относятся менингоцеле, менингомиелоцеле, энцефалоцеле. Данные пороки встречаются в среднем у 15 на 1000 новорождённых. На сегодняшний день считают, что в возникновении этих изменений имеют значение как генетические факторы, так и факторы окружающей среды. Значение факторов окружающей среды подтверждает географическая неоднородность встречаемости данной патологии, связь с социально-экономическим положением беременной женщины. При повторном возникновении пороков развития нервной трубки нужно думать о генетических факторах. Тем не менее, в обоих случаях назначение фолиевой кислоты имеет большое значение, как мера профилактики возникновения данных пороков. Фолиевая кислота необходима для синтеза пуриновых и пиримидиновых оснований, отсюда и её необходимость для нормального развития и дифференцировки тканей плода.

Часть генетически обусловленных пороков развития нервной трубки плода связана с нарушением обмена гомоцистеина, на который влияет фолиевая кислота. Гомоцистеинметилтрансфераза катализирует гомоцистеин в метионин. Данный процесс требует присутствия фолиевой кислоты, витаминов В₆ и В₁₂. Гипергомоцистеинемия возникает при генетически обусловленном дефекте гомоцистеинметилтрансферазы. В свою очередь, гомоцистеин оказывает токсическое воздействие на нервную ткань. Компенсация пониженной активности гомоцистеинметилтрансферазы может быть частично осуществлена путём назначения фолиевой кислоты. По данным ряда авторов, генетически обусловленная гипергомоцистеинемия, как самостоятельная причина возникновения пороков нервной трубки, встречается от 12 до 27,4 % случаев всех пороков развития нервной трубки.

Ещё задолго до доказательства этой взаимосвязи многочисленные исследования указали положительное влияние фолиевой кислоты на риск возникновения пороков нервной трубки. В 1992 году были опубликованы данные многоцентрового рандомизированного плацебо-контролируемого исследования, показавшие, что у беременных женщин, у которых во время предыдущий беременности родился ребёнок с пороком развития нервной трубки, риск развития повторных пороков нервной трубки уменьшается на 72 % при периконцептуальном приёме фолиевой кислоты.

В связи с этим в США и Великобритании более 60 % всего населения (почти 100 % детей и беременных женщин) регулярно принимают витаминно-минеральные комплексы и нутриентные питательные смеси, а в России это цифра едва достигает 5 %.

Приём комплексных нутриентных препаратов, содержащих физиологические дозы, нельзя рассматривать в качестве медикаментозного вмешательства. Так, в поливитаминных препаратах витамины содержатся в профилактических дозах, т. е. дозах, близких к физиологической потребности организма в витаминах. Витамины в этих дозах не являются лекарством, а обеспечивают витаминную полноценность рациона и снижают риск нехватки витаминов. Профилактика нутриентной недостаточности у беременных женщин направлена на обеспечение полного соответствия между потребностями в аминокислотах, витаминах и микроэлементах и их поступлением с пищей.

В последнее время появилось очень много препаратов, содержащих наряду с витаминами комплекс микроэлементов. Поскольку наиболее распространёнными в нашей стране дефицитными минеральными веществами являются кальций, железо, магний и цинк, то предпочтение следует отдавать препаратам, содержащим, в первую очередь, именно эти минеральные вещества.

Кроме того, многие незаменимые аминокислоты участвуют в формировании функции надпочечников и щитовидной железы, синтезе серотонина, развития мозговой ткани, сетчатки глаза, надпочечников, синтеза гемоглобина, роста костной ткани, развития органа слуха, репродуктивной функции и умственного развития детей.

В настоящее время доказана роль более 40 незаменимых для организма органических и неорганических веществ, которые должны регулярно поступать с пищей. Среди органических соединений, необходимых матери и плоду 10 аминокислот (валин, гистидин, изолейцин, лейцин, лизин, метионин, таурин, треонин, триптофан, фенилаланин), две полиненасыщенные жирные кислоты (линолевая и линоленовая), 13 витаминов (А, С, Д, Е, К, В₁, В₂, В₆, В₁₂, РР, фолиевая и пантотеновая кислоты, биотин). Из неорганических минеральных веществ незаменимыми являются натрий, калий, кальций, хлор, фосфор, магний, йод, железо, цинк, медь, кобальт, хром, марганец, молибден и селен.

Адекватное и сбалансированное питание беременных и кормящих женщин имеет, безусловно, большое значение для благоприятного течения и исхода беременности, последующего развития и здоровья ребёнка. Поступающие в организм женщины пищевые вещества или нутриенты (белки, жиры, углеводы, макро- и микроэлементы, витамины) используются как для питания материнского организма, так и для построения органов и структур плода и его жизнеобеспечения.

Рациональное питание даже при неосложнённом течении беременности остаётся сложной задачей. Качество предлагаемых продуктов зависит от состава почвы, степени загрязнения окружающей среды ксенобиотиками, широты использования различ-

Берламин® Модуляр

Обеспечьте всем необходимым маму и ее малыша

Неосложненная беременность:

- **первая половина (1–5 мес)**
по 1 стакану 15 % напитка
1–2 раза в день (в виде добавки
к основному рациону)
- **вторая половина (6–9 мес)**
по 1 стакану 15 % напитка
3–4 раза в день
(в виде добавки к основному рациону)

Осложненная беременность:

- **недостаточное питание
(гипотрофия)**
по 1 стакану 22,5 % напитка
4–5 раз в день
(в виде добавки к основному рациону)
- **ожирение или избыточная
прибавка массы тела
(> 300–350 г за неделю)**
по 1 стакану 15 % напитка
5 раз в день
(вместо еды 1–2 раза в неделю)
- **отеки беременных**
по 1 стакану 15 % напитка
2 раза в день
(в виде добавки к основному рациону
с ограничением употребления воды)

Лечение в стационаре:

- **преэклампсия**
- **эклампсия**
- **после операций**
в первые 3 суток: парентеральное
питание (400 мл) + энтерально
до 1 л/сут 22,5 % раствора
Берламин® Модуляр со скоростью
введения 20–30 капель/мин
(50–70 мл/ч)
на 4–5-е сутки: энтеральное питание
до 2 л/сут 22,5 % раствора
Берламин® Модуляр

Кормящие мамы:

по 1 стакану 15 % напитка 3–5 раз в день
дополнительно к принимаемой пище



Рег. уд.: № 77.99.19.4.У.8640.10.07 от 25.10.2007



**БЕРЛИН-ХЕМИ
МЕНАРИНИ**

Назначение Берламина® Модуляра – путь к рождению здорового ребенка

ных химических добавок (красителей, консервантов, усилителей вкуса и др.) при производстве готовых продуктов. Если беременная или кормящая грудью женщина ограничивается употреблением только обычных продуктов питания, то в условиях повышенной потребности во всех нутриентах риск развития их дефицита будет довольно высоким.

Таким образом, недостаточное потребление нутриентов является массовым и постоянно действующим фактором, оказывающим отрицательное воздействие на здоровье, развитие и жизнеспособность всей нации.

Коррекция витаминного состава рациона путём подбора и дополнительного введения в него традиционно используемых продуктов-витаминносителей неизбежно приводит к увеличению потребления пищевых веществ и энергии, что нежелательно, так как влечёт за собой избыточное увеличение массы тела беременной женщины и плода. Поэтому для обогащения рациона беременной незаменимыми питательными веществами и витаминами целесообразно использовать приём комбинированных нутриентов, которые являются полноценными и хорошо сбалансированными лечебными продуктами питания.

Оптимально подобранная диета должна обеспечивать не только поддержание энергетических и пластических потребностей организма пациентки, но и быть самостоятельно воздействующим лечебным фактором, т. е. речь, по сути, следует вести о целенаправленной терапии питанием. Используя такой подход с помощью специально созданного состава вводимых нутриентов возможно обеспечить коррекцию ключевых звеньев тканевого метаболизма, нарушенных в результате течения патологического процесса.

Отсюда вполне закономерно, что среди многочисленных требований, которым должна удовлетворять адекватная терапия питанием фигурирует обеспечение адаптации и компенсации нарушенных функций, нормализации нарушений обмена веществ, иммуномодулирующий, антиоксидантный и другие эффекты.

Одним из современных препаратов, используемых для нутритивной поддержки беременных и

кормящих женщин является сбалансированная смесь Берламин Модуляр.

В последние годы для обогащения рациона беременных и кормящих женщин незаменимыми пищевыми веществами широко используются специальные препараты и лечебные продукты: витаминно-минеральные комплексы и сбалансированные смеси для дополнительного и основного питания беременных и кормящих женщин (Думил мама-плюс, Берламин® Модуляр и др.).

Препараты первой группы содержат все необходимые витамины, макро- и микроэлементы в соответствии с полной суточной потребностью организма беременной и кормящей женщины. Однако они не имеют в составе незаменимых аминокислот, жирных кислот и источников энергии, поэтому могут использоваться только на фоне полноценного рациона питания (табл. 1). Учитывая же наличие микронутриентов, в частности витаминов А, В₁, В₆, В₁₂, РР и др., микроэлементов (йода, цинка и др.) в потребляемых продуктах питания, их введение в организм может оказаться избыточным и привести к нежелательным последствиям для беременной и ребёнка.

Препараты второй группы представляют собой полностью сбалансированные питательные смеси, содержащие все необходимые для организма пищевые вещества (макро- и микронутриенты).

Их преимуществами являются:

- полное и всестороннее удовлетворение потребностей организма женщины, плода и (через женское молоко) грудного ребёнка в питательных веществах и энергии;
- сбалансированность всех вводимых извне нутриентов (витамина В₁ и углеводов; кальция, фосфора и магния; белка и энергии);
- более полное усвоение аминокислот, витаминов, макро- и микроэлементов благодаря их одновременному поступлению и обеспечению организма энергией;
- снижение риска заражения микробами и токсинами через потребляемую пищу;
- ограничение поступающего в организм матери с пищевыми продуктами антигенного и аллергенного материала (гипоаллергенные свойства

Информация о препарате

СОСТАВ И ФОРМА ВЫПУСКА

Соотношение растительного и молочного белка 50:50, отсутствие в составе глютена, сахарозы; жировой компонент смеси на 77 % представлен полиненасыщенными жирными кислотами (на 50 % такие как линолевая); углеводная часть представлена легкоусвояемыми углеводами, в основном олигосахаридами – декстринами (82 %) и дисахаридом мальтозой (15 %); наличие всех незаменимых макро- и микроэлементов (включая йод, железо, цинк, медь, фтор, хром, марганец, молибден); наличие в составе всех 9 водорастворимых и 4 жирорастворимых витаминов.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ

Лечебное питание является важным и неотъемлемым компонентом комплексной терапии любого заболевания как терапевтического, так и хирургического профиля. Общеизвестно, что рационально построенная диета для любого больного должна обеспечивать не только поддержание энергетических и пластических потребностей организма, но и быть самостоятельно воздействующим лечебным фактором. В частности, важно с помощью специально подобранного состава вводимых нутриентов обеспечить коррекцию определённых звеньев метаболизма, нарушенных в результате заболевания или патологического состояния.

ПОКАЗАНИЯ

Нарушения сознания и глотания, невозможность приёма обычной пищи. Непроходимость пищевода и желудка для твердой пищи (опухоль,

БЕРЛАМИН® МОДУЛЯР (Берлин-Хеми/Менарини Фарма ГмбХ, Германия) 360 г порошка питательной смеси в пакете и в картонной коробке

постожоговые и рубцово-язвенные стенозы). Тяжёлые травмы и ранения, в т. ч. с повреждением органов брюшной полости. В раннем периоде после операций на органах пищеварения. Инфекционные заболевания и осложнения, в т. ч. сепсис и СПИД. Ожоговая и лучевая болезнь, радиационный энтерит. Онкологические заболевания, особенно во время лучевой и химиотерапии. Заболевания кишечника с синдромом диареи (глютеновая энтеропатия, лактазная недостаточность и др.). Женщинам во время беременности и кормления грудью. При интенсивных физических нагрузках, в т. ч. спортивных тренировках, состязаниях, занятиях бодибилдингом, шейпингом и т. д.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Кишечная непроходимость, острый панкреатит (деструктивная форма), печёночная кома, анурия, желудочно-кишечное кровотечение, выраженные расстройства пищеварения, аллергия к протеинам коровьего молока и сои.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Полноценное питание Берламин® Модуляр может применяться перорально в виде напитка, при питании через зонд и в виде добавки к основной диете. В качестве добавки к различным блюдам порошок можно добавлять по желанию к супам-пюре, соусам, творожным массам и т. д. Берламин® Модуляр можно очень хорошо варьировать по вкусу и консистенции.

соевых белков, исключение лактозы, лактоглобулина, токсинов, гормонов).

Для дополнительного обеспечения организма беременной и кормящей матери во всех незаменимых веществах достаточно ежедневного потребления 100–150 г питательной смеси Берламин Модуляр. Для приготовления 1 стакана такого напитка необходимо растворить 30–45 г смеси (2–3 столовые ложки) в 200 мл теплой (30–40 °С) кипяченой воды. Можно добавлять смесь в готовые блюда (каши, молоко, чай).

В составе Берламин Модуляра 77 % жиров – полиненасыщенные жирные кислоты, в т. ч. 50 % – линолевая кислота. Остальные липиды представлены эмульгатором диглицеридом.

В углеводном компоненте преобладают мальтодекстрины (82,1 %) и мальтоза (15 %), т. е. олигосахариды. Содержание глюкозы в смеси 1,6 %, лактоза практически отсутствует (0,02 %). Питательная смесь Берламин Модуляр содержит все незаменимые макро- и микроэлементы. В Берламин Модуляре содержатся все необходимые организму 9 водорастворимых и 4 жирорастворимых витамина.

Кроме того, приём смеси Берламин Модуляр сопровождается восстановлением нормального микробиоценоза кишечника за счёт снижения содержания условно-патогенных и элиминации патогенных микроорганизмов, а также увеличения представительства бифидо- и лактофлоры.

С целью выяснения эффективности питательной смеси Берламин Модуляр, содержащей комплекс основных нутриентов, для профилактики осложнений гестации и перинатальной заболеваемости были обследованы 135 женщин.

Средний возраст пациенток существенно не различался и составил $26,4 \pm 1,7$ лет. Все женщины были распределены по группам и отобраны более чем из 600 пациенток. Для достижения однородности обследованных отбор проводился с учётом соматических и гинекологических заболеваний, инфекционного индекса, социального статуса и среднего уровня доходов, паритета родов, метода родоразрешения, наследственного риска врождённых аномалий развития плода.

Результаты проведения исследования показали, что наименьшая частота осложнений беременности была у женщин первой группы, получавших Берламин Модуляр на протяжении гестации и в период грудного вскармливания.

Отмечено снижение частоты анемии беременных на 37,1 %, рождения детей с массой тела менее 3000 г в 2,6 раза. Риск развития раннего токсикоза и невынашивания наиболее значимо уменьшался при начале приёма смеси Берламин Модуляр до наступления беременности (на 44,3 % и 23,6 % соответственно).

Пороки развития нервной трубки эмбриона/плода были зарегистрированы только в группе беременных, не получавших ни нутриентные смеси, ни поливитамины. Пренатально была диагностирована *spina bifida* (ребёнок успешно прооперирован в возрасте 1 месяца жизни) и 1 микроцефалия.

Обращает на себя внимание важность применения Берламин Модуляра в период лактации. Так, среди женщин продолживших принимать Берламин Модуляр после родоразрешения средняя продолжительность лактации составила $1,1 \pm 0,6$ года, а в 3 и 4 группах – $0,65 \pm 0,4$ года. Частота гипогалактии также была ниже у пациенток, принимавших Берламин Модуляр, в 1,8 раза.

Интересным представляется и повышение общей резистентности организма на фоне приёма сбалансированного продукта питания Берламин Модуляр.

Таблица 1. Сравнение нутриентного состава Матерны и Берламин Модуляра

Нутриенты	Дополнительные потребности беременных	Матерна (1 таб.)	Берламин® Модуляр (100 г)
Белки, г	30	0	14,4
Энергия, ккал	350	0	448
Витамины			
А, МЕ	660	2500	677
Е, мг	2	30	6,8
С, мг	20	100	75
В1, мг	0,4	3	0,5
В6, мг	0,3	10	0,5
В12, мкг	1	12	1,2
РР, мг	2	20	2,8
Йод, мкг	30	150	60
Железо, мг	2	60	4,9
Цинк, мг	5	25	4,9

Хотя специального анализа не проводилось, отмечена более высокая общая инфекционная заболеваемость у женщин, не получавших препарат.

В целом можно определить следующие показания к применению питательной смеси Берламин Модуляр:

- подготовка к наступлению беременности;
- профилактическое, общеукрепляющее, регулирующее обмен микро-, макроэлементов действие в организме беременной женщины во все сроки беременности;
- в составе коррекции анемий различного генеза;
- вспомогательное средство, позволяющее повысить эффективность терапии при наличии осложненной беременности;
- вспомогательное средство коррекции нутриентного состава женского молока, предотвращающее микронутриентную недостаточность у ребёнка, находящегося на естественном вскармливании;
- эффективность к применению кормящими женщинами с ранних сроков лактации.

Итак, отсутствие нутриентов на определённых этапах внутриутробного развития может приводить к формированию органической патологии и даже к гибели плода. Для обогащения рациона питания беременных и кормящих женщин незаменимыми нутриентами могут служить питательные смеси, которые содержат комплекс незаменимых аминокислот, полиненасыщенных жирных кислот и источников энергии.

Таким образом, рациональное питание беременных и кормящих женщин включает обеспечение организма матери, плода и ребёнка всеми необходимыми пищевыми веществами (белки, жиры, углеводы, макро- и микроэлементы, витамины), которое повышает неспецифическую резистентность организма матери, снижает частоту осложнений беременности и улучшает показатели здоровья новорождённого.

Рекомендуемая литература

1. Буданов П.В., Асланов А.Г., Рыбин М.В. Профилактика гиповитаминозов у беременных // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2006; 5: 2: 69–74.
2. Витамины и минеральные вещества: Полная энциклопедия Сост. Емельянова Т.П., СПб., Издательский Дом «Весь». 2001; 368.
3. Горбачев В.В., Горбачева В.Н. «Витамины. Микро- и макроэлементы» Справочник, Минск, «Книжный Дом» 2002; 445.
4. Коноводова Е.Н., Тютюник В.Л., Якунина Н.А., Применение поливитаминов при беременности и после родов // РМЖ. 2005; 13: 17.
5. Кулес В.Г., Тутельян В.А. Витамины и микроэлементы в клинической фармакологии. М.: «Палей». 2001; 489.
6. Кулес В.Г., Фисенко В.П. Метаболизм лекарственных средств. М., 2001; 176.
7. Мурашко А.В., Аль-Сейкал Т.С. Основы здорового питания беремен-

ной женщины // Consilium Provisorium. 2005; 4.

8. Нормы физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии для различных групп населения СССР. МЗ СССР. М., 1991.

9. Педиатрия: лекции по нутрициологии. Кондратьева Е.И., Тропова Т.Е., Шемякина Т.А. и др. «Феникс», 2006; 252.

10. Профилактика врожденных пороков развития у плода и новорожденного (под ред. В.И. Краснопольского). М.: 2001.

11. Рекомендуемые уровни потребления пищевых и биологически активных веществ. Методические рекомендации МР 2.3.1. 1915–04 (утверждены 02 июля 2004 года). – М., 2004.

12. Ших Е.В. Рациональная витаминотерапия с точки зрения взаимодействий // Фармацевтический вестник. 2004; 11: 332: 8–9.

13. Barker D.J.P. «Mothers, babies, and disease in later life». London: Brit Med J Books, 1994.

14. Botto L.D., Mulinare J., Erickson J.D. Occurrence of congenital heart defects in relation to maternal multivitamin use // Amer. J. Epidemiol. 2000; 152: 878–884.

15. Czeizel A.E. Periconceptional folic acid containing multivitamin supplementation. // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 1998; 78: 151–161.

16. Czeizel A.E., Dudas I., Firtz G. The effect periconceptional multivitamin-mineral supplementation for vertigo, nausea and vomiting in the first trimester of pregnancy. // Arch. Gynecol. Obstet. 1992; 251: 181–185.

17. Czeizel AE, Dudas I. Prevention of the first occurrence of neural tube

defects by periconceptional vitamin supplementation. New Eng J Med. 1992; 327: 1832–1835.

18. Elwood M, Little J, Elwood JH. Epidemiology and control of the neural tube defects. Oxford: Oxford University Press, 1992.

19. EUROCAT Working Group. Prevalence of neural tube defects in 20 regions of Europe and the impact of prenatal. J. Epidemiol. Commun. H 1991; 45: 52–58.

20. Fowler B. Disorders of homocysteine metabolism // J. Inher. Metab. Dis. 1997; 20: 270–285.

21. Frank T., Bitsch R., Maiwald J. et al. Alteration of thiamine pharmacokinetics by end-stage renal disease // Int. J. Clin. Pharmacol. Ther. 1999; 37: 9: 449–455.

22. Hort A, Brand H. Periconceptional multivitamin administration result in reduction of congenital abnormalities: adequate evidence for formulating national recommendations for Germany? // Gesundheitswesen. 1997; Apr; 59: 4: 248–51.

23. Kirke PN, Mills JL, Whitehead AS, Molloy A, Scott JM. Methylenetetrahydrofolate reductase mutation and neural tube defects // Lancet. 1996; 248: 1037–1038.

24. Lucas A. A programming by early nutrition in man. In: Bock GR; Whelan J (eds): The childhood environment and adult disease. Ciba Foundation Symposium 156.

25. Shaw G.M., Lammer E.J., Wasserman C.R. et al. Risks of orofacial clefts in children born to women using multivitamins containing folic acid periconceptionally // Lancet. 1995; : 393–396.

26. Shrimpton D.H. Nutritional implications of micronutrients interactions. // Chemist and Druggist. 2004; 15: 38–41.

Рациональное лечение миомы матки

А.Л. Тихомиров, Г.П. Гришин,
А.А. Кочарян, Д.С. Зинин

Кафедра акушерства и гинекологии
лечебного факультета МГМСУ, Москва

В последнее время органосохраняющее лечение миомы матки становится одним из приоритетных направлений.

Эффективное органосохраняющее лечение миомы матки невозможно без полноценного осознания этого заболевания. В понятие «миома матки» входит гетерогенная группа состояний, характеризующая патологическое изменение матки. Миомой матки врач может называть единичный узел в матке размером 1 см, не имеющий никакого клинического проявления, и множественную миому матки, соответствующую 25 и более неделям беременности, проявляющуюся кровотечениями и компрессией смежных органов. Поэтому подход к лечению этого заболевания во многом зависит от правильного клинического классифицирования. Существующие на настоящий момент классификации (гистологическая и по локализации) неприемлемы в практической гинекологии и фактически не несут никакой тактической информации. Широко применяющиеся в настоящее время показания к гистерэктомии на практике дают возможность наблюдать больных до рубежа в 12 недель, т. е. допускают пассивность в отношении пациенток с меньшим размером миом. В настоящий момент можно выделить четыре основных подхода к лечению миомы матки: радикальный, консервативно-пластический, временно-регрессионный, стабильно-регрессионный.

Радикальный

Можно ли полностью обойтись без гистерэктомии в лечении больных миомой матки? В настоящий момент нет. Удалять матку в ряде случаев всё

равно необходимо. Ниже мы рассмотрим именно те ситуации, при которых, несмотря ни на что, всё-таки приходится расставаться с органом.

Ситуация 1: у больной помимо миомы матки есть сопутствующие злокачественные или предраковые заболевания половых органов.

Ситуация 2: Миома матки гигантских размеров – сразу же возникает вопрос – что считать критерием «гигантскости»? Однозначно ответить сложно, эта оценка всё-таки слишком субъективная. Мы попробуем описать наши субъективные критерии. Миома матки гигантских размеров – такая миома должна быть обязательно множественной, т. е. узлов в матке столько, что даже невозможно найти фрагментов неизмененного миометрия, узлы различного размера и локализации, эндометрий плохо визуализируется и полость деформирована. При пальпации узлы «каменные», при доплеровском исследовании кровоток в них не определяется или незначителен. Вот такие миомы матки можно называть «гигантскими». Создавать ложное представление о гигантских миомах могут единичные крупные субсерозные узлы (10–20 см в диаметре). Тщательное УЗИ или МРТ исследование позволяет в таких наблюдениях обнаружить фактически неизменённую матку, из которой исходит такой узел. При таких ситуациях возможно успешное проведение консервативной миомэктомии.

Консервативно-пластический

Основной целью этого метода лечения является восстановление репродуктивной функции женщины. До появления эмболизации маточных артерий консервативная миомэктомия была фактически единственным эффективным методом органосохраняющего лечения больных миомой матки. За десятилетия использования этого метода зафиксированы случаи успешного проведения данной операции при наличии нескольких десятков миоматозных узлов. Таким образом, техническая возможность выполнения консервативной миомэктомии существует у большинства пациенток с миомой матки, но многое также зависит от подготовленности хирурга и целесообразности проведения подобной операции в современных условиях. Появление эмболизации маточных артерий сделало возможным лечить часть больных с использованием этого, менее травматичного метода, а накопленный опыт ведения беременностей на фоне миомы мат-