

ВЛИЯНИЕ ЭНОАНТА НА УРОВЕНЬ «МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ» ИНТОКСИКАЦИИ И ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С РАННИМИ ГЕСТОЗАМИ

В.В. Симрок, , Д.В.Наталенко

(Луганский государственный медицинский университет)

Ключевые слова: ранние гестозы, синдром метаболической интоксикации, перекисное окисление липидов, полифенолы винограда, эноант

Ключові слова: ранні гестози, синдром метаболічної інтоксикації, перекисне окислення ліпідів, полі феноли винограду, еноант

Key words: early gestosis, a syndrome of a metabolic intoxication, peroxide oxidation of lipids, grapes polyphenols, enoant.

Summary

INFLUENCE ENOANT ON THE LEVEL OF THE "METABOLIC" INTOXICATION AND PEROXIDEUS OXIDATION LIPIDIS IN THE COMPLEX OF TREATMENT OF PREGNANT WOMEN WITH EARLY GESTOSIS

V.V. Simrok, D.V. Natalenko

Efficiency of Enoant using in a complex treatment of 52 pregnant women into the first trimester of pregnancy with the established diagnosis early gestosis of pregnant women (EGPW) has been investigated in view of dynamics of average molecules in blood and metabolites of peroxide oxidation of lipids (POL). The carried out researches have shown that inclusion of Enoant in complex EGPW therapy promotes faster and higher decrease in expressiveness of an endogenous ("metabolic") intoxication syndrome and POL, that in clinical aspect is combined with faster normalization of the general state of health and disappearance of EGPW symptoms.

Резюме

ВПЛИВ ЕНОАНТУ НА РІВЕНЬ “МЕТАБОЛИЧНОЇ” ІНТОКСИКАЦІЇ ТА ПЕРЕКИСНЕ ОКИСЛЮВАННЯ ЛІПІДІВ У КОМПЛЕКСІ ЛІКУВАННЯ ВАГІТНИХ З РАННІМИ ГЕСТОЗАМИ.

В.В. Сімрок, , Д.В. Наталенко

Було досліджена ефективність енанту у комплексі лікування 52 вагітних у першому триместрі вагітності з встановленим діагнозом раннього гестозу вагітності (РГВ) з урахуванням динаміки середніх молекул у крові та метаболітів перекисного окислювання ліпідів (ПОЛ). Проведені дослідження виказали що включення енанту у комплексну терапію РГВ сприяє більш швидкому та повноцінному зниженню проявів синдрому ендогенної

(метаболической) интоксикации та активності ПОЛ, що у клінічному плані супроводжується більш швидкою нормалізацією загального самопочуття та зникненням симптомів РГВ.

Введение. Как показано ранее [3,4,6], гестозы первой половины беременности на патогенетическом уровне сопровождаются развитием синдрома эндогенной (“метаболической”) интоксикации (СМИ), лабораторным критерием которого является повышенный уровень “средних молекул” (СМ). С другой стороны, нами на протяжении ряда лет исследовалось также состояние перекисного окисления липидов (ПОЛ) у беременных данного профиля и его взаимосвязь с выраженностью “метаболической” интоксикации. При этом установлена прямая зависимость между уровнем СМ в крови и метаболитами ПОЛ, что в клиническом плане коррелирует с длительным сохранением симптомов ранних гестозов беременности (РГВ), а в ряде случаев может быть показанием к ее прерыванию из-за резистентности гестоза к проводимой общепринятой терапии. Поэтому перспективной является оптимизация лечения беременных с РГВ путем включения в комплекс общепринятой терапии препаратов, направленных на снижение уровня “метаболической” интоксикации и угнетение процессов ПОЛ.

С этой целью наше внимание привлек “эноант”, который представляет собой пищевой концентрат полифенолов винограда. В пищевом концентрате “эноант” присутствует вся гамма флаваноидной и нефлаваноидной групп полифенолов винограда, а также микроэлементы: цинк, медь, железо, марганец и многие другие. Благодаря этому обеспечивается комплексная биологическая активность эноанта – антибактериальная, противовирусная, Р – витаминная, антиоксидантная. В этом продукте все полифенолы находятся в биодоступном растворенном виде.

Целью работы было изучение эффективности эноанта в комплексе лечения беременных с РГВ с учетом динамики СМ в крови и метаболитов ПОЛ.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 52 беременных женщины в возрасте от 18 до 34 лет в первом триместре беременности с установленным диагнозом РГВ (рвота беременных I-II ст). У 22-х из них выявлена сопутствующая патология гепатобилиарной системы и гастродуоденальной зоны; у 28 – вегето-сосудистая дистония; у 17 – хронический пиелонефрит в фазе ремиссии; у 6 – хронический бронхит и у 9 – хронический компенсированный тонзиллит. У 16 выявлены маркеры хронической персистирующей инфекции (преимущественно, герпетической) и у 5 – пограничные титры в сыворотке крови к хламидиям. У 8 беременных имело место ожирение I-II ст.

Все обследованные беременные были разделены на две группы, рандомизированне по возрасту, паритету и выраженности проявлений РГВ. Пациентки основной группы (26) в комплексе лечения дополнительно получали эноант по 25 мл три раза в сутки, разбавив

коцентрат водой или соком. Курс приема продолжался 15-20 дней. Беременные группы сопоставления (26) лечились только с использованием общепринятых препаратов.

Для оценки выраженности СМИ у обследованных беременных определяли концентрации СМ в сыворотке крови (В.В.Миколайчик и соавт., 1991). Активность ПОЛ оценивали по уровню промежуточных (диеновые конъюгаты - ДК) и конечных метаболитов (малоновый диальдегид - МДА) [5].

Результаты исследования и их обсуждение. В результате проведенных исследований установлено, что у беременных с РГБ обеих групп до начала лечения имело место повышение уровня СМ в сыворотке крови (в среднем до $1,58 \pm 0,27$ г/л в основной и $1,56 \pm 0,35$ г/л в группе сопоставления при норме $0,67 \pm 0,05$ г/л; $P < 0,01$), что указывало на наличие СМИ у беременных данного профиля. Наряду с этим отмечено повышение содержания в крови МДА (в среднем до $10,6 \pm 1,2$ ммоль/л в основной и $11,2 \pm 1,7$ ммоль/л в группе сопоставления при норме $5,2 \pm 0,5$ г/л; $P < 0,01$) и ДК (до $16,7 \pm 3,2$ ммоль/л и $16,2 \pm 2,9$ ммоль/л в основной и группе сопоставления соответственно при норме $9,4 \pm 2,2$ ммоль/л; $P < 0,01$). Индивидуальный анализ показал, что более выраженные сдвиги со стороны изученных показателей отмечены у беременных со рвотой второй степени и наличием сопутствующей соматической патологии, преимущественно патологии гепатобилиарной зоны и дигестивной системы.

Повторное лабораторное обследование показало, что у беременных группы сопоставления, которые получали общепринятое лечение РГБ, изученные биохимические показатели на 9,8±1,7 дня дольше оставались на патологическом уровне, тогда как в основной группе уже к концу первой недели лечения гестоза с использованием эноанта отмечена четко выраженная их положительная динамика. Так, если в группе сопоставления на 10-й день от начала лечения гестоза у 18 из 26 беременных уровень СМ составлял в среднем $0,98 \pm 0,02$ г/л, достоверно превышая норму, то в основной группе у 22 из 26 пациенток к этому сроку значение данного показателя равнялось в среднем $0,58 \pm 0,01$ г/л ($P < 0,01$ относительно показателя группы сопоставления). Аналогичная динамика отмечена и относительно уровня МДА и ДК. Так, через 10 дней от начала лечения содержание МДА в основной группе у преимущественного числа беременных с РГБ на фоне лечения с включением эноанта составляло $6,8 \pm 1,2$ ммоль/л (при среднеарифметическом показателе по группе сопоставления $8,8 \pm 1,5$ г/л; $P < 0,05$), а концентрация ДК - $10,2 \pm 2,4$ ммоль/л и $15,1 \pm 2,2$ ммоль/л ($P < 0,05$). При этом у 17 из 26 беременных основной группы уже к концу первой недели приема предложенного препарата имела места нормализация изученных биохимических показателей, тогда как у 22 из 26 беременных группы сопоставления даже на фоне значительного улучшения общего самочувствия на 14-й день общепринятого лечения уровень СМ оставался на повышенном уровне (составляя в среднем $0,76 \pm 0,03$ г/л), что указывало на сохранение признаков СМИ.

В основной группе, беременные которой дополнительно получали эноант, отмечено более быстрое (на $6,7 \pm 1,5$ дня) улучшение общего самочувствия и исчезновение недомогания. Рвота исчезала уже на 3-5-й день от начала лечения с применением эноанта, нормализация аппетита отмечена на 5-6-й день, улучшение сна – на 3-4-й день от начала лечения. В основной группе ни в одном случае не прервано беременности по медицинским показаниям, тогда как в группе сопоставления такой аборт выполнен одной беременной, у которой на фоне интенсивной терапии РГБ отмечено его неуклонное прогрессирование.

Выводы. Таким образом, можно отметить, что включение эноанта в комплексную терапию ранних гестозов беременности способствует более быстрому и полноценному снижению выраженности СМИ и активности ПОЛ, что в клиническом аспекте сочетается с более быстрой нормализацией общего самочувствия таких беременных и исчезновению у них симптомов гестоза, тем самым создавая благоприятные условия для развития плода.

Перспективным является включение эноанта в состав комплексной терапии ранних гестозов беременных.

Литература

1. Гаврилов В.Б., Мишкорудная М.И. Спектрофотометрическое определение содержания гидроперекисей липидов в плазме крови // Лаборат. дело.- 1983.-№3.-С. 33-36.
2. Диагностика и лечение заболеваний печени у беременных: Метод. рекомендации / Под ред. В.Т.Германова, В.М.Фролов, Е.Т.Михайленко. -Луганск, 1991.-26 с.
3. Паєнок В.О. До питання патогенезу ранніх гестозів вагітних // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 1997. - № 2.- С. 68-69.
4. Сімрок В.В., Наталенко Д.В. Вплив глутаргіну на показники перекисного окислення ліпідів та стан системи антиоксидантного захисту у вагітних з ранніми гестозами // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Зб. наук. праць. - Київ; Луганськ, Харків, 2003. - Вип. 5 (51). - С. 315-323.
5. Чевари С., Андял Т., Штрэнгер Я. Определение антиоксидантных параметров крови и их диагностическое значение // Лаборат. дело. - 1991. -№ 10.-С.9-13.
6. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. - М.: Изд-во «Триада-Х», 1999. - 815 с.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ
С ДИСБИОЗОМ НА ФОНЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНОАНТА**

В.В. Симрок, О.В.Белкина

(Луганский государственный медицинский университет)

Ключевые слова: преэклампсия, медицинская реабилитация, дисбиоз, иммунокоррекция, полифенолы винограда, эноант.

Ключові слова: прееклампсія, медична реабілітація, дисбіоз, імуноткорекція, поліфеноли винограду, еноант

Key words: pre-eclampsia, medical rehabilitation, dysbiosis, immunocorrection, grapes polyphenols, enoant.

Summary

***EFFICIENCY OF MEDICAL REHABILITATION OF PREGNANT WOMEN WITH DYSBIOSIS
ON BACKGROUND OF PRE-ECLAMPSIA WITH APPLICATION OF ENOANT***

V.V. Simrok, O.V. Belkina

Efficiency of food concentrate of grapes polyphenols “Enoant” in medical rehabilitation of 28 pregnant women in the third trimester of pregnancy with intestines dysbiosis (DBI) developed on a background of pre-eclampsia, have studied. Prescription of Enoant promoted authentically long (on $6,5\pm 0,4$ month longer) preservation of normal microflora of intestines and vagina. Immunological research has shown the longer preservation at a normal level of a parameter of circulating immune complexes (CIC), due to Enoant consumption. The received results testify about soft immunocorrection action of Enoant at pregnant women with pre-eclampsia under medical rehabilitation.

Резюме

***ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВАГІТНИХ З ДИСБІОЗОМ НА ТЛІ
ПРЕЕКЛАМПСІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЕНОАНТУ***

В.В. Сімрок, О.В. Белкіна

У 28 вагітних жінок на третьому триместрі з встановленим діагнозом дисбіозу кишечника (ДБК), який повстав на тлі прееклампсії, була вивчена ефективність харчового концентрату полі фенолів винограду “Енант” під час проведення медичної реабілітації. Призначення Еноанту сприяє вірогідному більш тривалому (на $6,5\pm 0,4$ місяців довше) утриманню нормальної мікрофлори кишечника та похви. Імунологічне дослідження показало що на тлі вживання Еноанту мало місце більш тривале утримання на нормальному рівні показника циркулюючих імунних комплексів (ЦІК). Отримані результати свідчать про м'яку імуноткоригуючу дію Еноанту, що призначено вагітним з прееклампсією під час медичної реабілітації.

Введение. Как показано ранее, в патогенезе поздних гестозов беременности (ПГБ) определенная роль принадлежит существенным сдвигам в иммунной системе [1]. С другой стороны известно, что важным фактором гомеостаза, обеспечивающим иммуностимулирующий эффект, является микрофлора кишечника [2]. Однако, из данных доступной литературы и наших собственных исследований вытекает, что у 68-84% беременных на сегодняшний день имеет место дисбиоз кишечника (ДБК), который в свою очередь может способствовать развитию различных осложнений беременности, в том числе и гестозов [2, 3].

Нами на протяжении нескольких лет изучались патогенетические звенья развития ДБК у беременных [3]. При этом мы пришли к выводу, что его развитие нередко связано с исходным иммунодефицитным состоянием у женщин репродуктивного возраста, который имеет место еще до наступления беременности, и обусловлен дисгормоналами, множественной экстрагенитальной патологией, хроническими заболеваниями гениталий, экологическими факторами и др. Позже с наступлением беременности, когда при вынашивания плода развивается физиологическая иммуносупрессия, у таких беременных может наступать усиление симптоматики ДБК, присоединение наряду с ним и вагинального кандидоза, как проявления иммунодефицитного состояния. Потому, важной задачей в современном акушерстве является улучшение результатов лечения и медицинской реабилитации беременных с ДБК с использованием препаратов, нетоксичных и безопасных как для организма матери, так и плода. С этой целью наше внимание привлек пищевой концентрат полифенолов винограда - эноант, который обладает выраженной биологической активностью в плане антибактериального, противовирусного и антиоксидантного действия. Данный препарат не имеет противопоказаний у беременных.

Целью настоящей работы явилось изучение эффективности эноанта в качестве медицинской реабилитации беременных со “стрессовым дисбиозом” на фоне преэклампсии.

Материалы и методы.

Под нашим наблюдением находилось 48 беременных женщины в возрасте от 18 до 34 лет в третьем триместре беременности с установленным диагнозом ДБК, который у 39 развился на фоне преэклампсии первой степени и у 9 – второй степени. По результатам комплексного клиничко-лабораторного обследования на момент постановки на учет по беременности (до 12 недель) все наблюдаемые беременные были признаны соматически здоровыми, а результаты посевов указывали на отсутствие у них признакою ДБК и вагинального кандидоза. Таким образом, ДБК у обследованных нами беременных мы считали “стрессовым”.

Все пациентки получали общепринятое лечение преэклампсии, которое у оказалось достаточно эффективным и беременность удалось пролонгировать до срока родов. Коррекция ДБК проводилась с использованием симбитера по 1-2 дозы во внутрь в сутки во время или

после еды на протяжении 10 дней, а также интравагинально на тампоне на 6-8 часов до 20 раз. В дальнейшем в качестве медицинской реабилитации 28 пациенток, которые составили основную группу, получали эноант по 25 мл в день в течение 2-х недель в виде водного раствора. Остальные 20 беременных составили группу сопоставления и предложенный препарат не получали. Основная группа и группа сопоставления выявились рандомизированными по выраженности симптомов позднего гестоза и клиническому течению ДБК.

Эффективность эноанта оценивались по динамике клинических, бактериологических и иммунологических показателей. Из иммунологических показателей изучали уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в сыворотке крови и их разномолекулярный состав (крупно-, мелко- и среднемoleкулярные фракции) методом дифференцированной преципитации в 2,0%, 3,5% и 6% розчинах полиэтиленгликоля [4].

Полученные результаты и их обсуждение.

В результате проведенных исследований установлено, что у беременных с ДБК, который развился на фоне преэклампсии, имеет место существенное повышение уровня ЦИК в сыворотке крови (в среднем до $4,66 \pm 0,4$ г/л при норме $1,92 \pm 0,04$ г/л; $P < 0,01$), что указывает на развитие синдрома иммунотоксикоза при данной патологии. Тщательный анализ иммунограмм показал, что повышение данного показателя у обследованных беременных происходит, преимущественно, за счет доли наиболее патогенных их фракций – средне- (11S-19S) и мелкомолекулярных (<11S), сумма которых в среднем составила $87,5 \pm 2,5\%$ (при норме $57,8 \pm 2,2\%$; $P < 0,01$). Индивидуальный анализ позволил отметить, что существует корреляционная зависимость между степенью повышения концентрации ЦИК и течением преэклампсии. Выявлено также, что у беременных с более длительным и тяжелым течением позднего гестоза отмечается более выраженный дисбиоз кишечника с нарушением биоценоза влагалища, которые тяжело поддаются коррекции и легко усиливаются в дальнейшем после отмены эубиотиков.

Повторное иммунологическое исследование показало, что у большинства беременных с преэклампсией, на фоне которой возник ДБК и которые после традиционного лечения гестоза в качестве медицинской реабилитации получали эноант, имело место более быстрое достижение границ нормы уровнем ЦИК (в среднем на 5-6 дней) и длительное сохранение в ее пределах данного показателя (как правило до конца беременности) при среднем значении $2,02 \pm 0,52$ г/л ($P < 0,01$). В тоже время в группе сопоставления лишь у половины пациенток этот показатель на момент окончания лечения преэклампсии имел четкую тенденцию к снижению (составляя в среднем до $2,62 \pm 0,87$ г/л). У остальных беременных, которые эноант не получали, несмотря на улучшение общего самочувствия, уровень ЦИК оставался на патологическом уровне, составляя в среднем $3,45 \pm 0,62$ г/л ($P < 0,01$). В дальнейшем у большинства беременных группы сопоставления отмечалась тенденция к повышению содержания наиболее патогенных

фракцій імунних комплексів, що, як правило, сочеталось з прогресивним гестозом і повторним появленям ознак «стрессового» дисбіозу.

Включення еноанта в якості медичної реабілітації вагітним з ДБК, який розвивався на фоні преєклампсії, після їх лікування з використанням симбітера, сприяло достовірно довготривалому збереженню нормальної мікрофлори кишечника і влагалища порівняно з пацієнтками групи порівняння (на $6,5 \pm 0,4$ місяці довше, враховуючи час диспансерного спостереження після народження на протязі одного року). Показово, що в основній групі на фоні реабілітації з використанням еноанта не відзначено також випадків прогресивного пізнього гестозу, тоді як в групі порівняння таких було 5. При цьому у всіх них відзначалося повторне порушення мікрофлори кишечника і влагалища, що знову вимагало призначення еубіотиків.

Висновки. Отримані результати свідчать про м'яке імунотропіююче дієння еноанта при призначенні його вагітним з преєклампсією в якості препарату для медичної реабілітації. З іншої сторони, відсутність прогресивного гестозу стало профілактичним для «стрессового дисбіозу».

Перспективи. Використання еноанта в якості медичної реабілітації у вагітних з «стрессовим дисбіозом», який розвивався на фоні преєклампсії, після лікування симбітером є перспективним, так як воно патогенетично обґрунтовано і клінічно ефективно.

Література

1. Антонова О.Л. Взаємозв'язок показників рН піхвового середовища у вагітних зі змінами мікробіоценозу піхви, перебігом та наслідками вагітностей // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2002. - №1. – С. 74-75.
2. Маянский А.Н. Дисбактериоз: Современный взгляд на проблему // Новые медицинские технологии. – Киев, 2002. - №2. – С. 28-30.
3. Сімрок В.В., Белкіна О.В. Вплив симбітеру на показники природної антиінфекційної резистентності вагітних з дисбіозом кишечника на тлі преєклампсії. // Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України. – Київ: «Інтермед», 2004. – С.651-656.
4. Фролов В.М., Рычнев В.Е. Исследование циркулирующих иммунных комплексов их диагностическое и прогностическое значение // Лаборат. дело.- 1986.- № 3.- С. 159-161.

**ВПЛИВ ЕНОАНТУ НА КЛІТИННІ ПОКАЗНИКИ ІМУНІТЕТУ У ЖІНОК З
СИНДРОМОМ ПІДВИЩЕНОЇ СТОМЛЕНОСТІ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО
САЛЬПІНГООФОРИТУ**

Н.О.Удовіка

(Луганський державний медичний університет)

Ключевые слова: реабилитация, синдром повышенной усталости, сальпингоофорит, полифенолы винограда, эноант.

Ключові слова: реабілітація, синдром підвищеної втоменості, сальпінгоофорит, поліфеноли винограду, еноант

Key words: rehabilitation, a syndrome of heightened weariness (SHW), salpingo-oophoritis, grapes polyphenols, enoant.

Summary

***INFLUENCE OF ENOANT ON PARAMETERS OF CELLULAR IMMUNITY AT WOMEN
WITH THE SYNDROME OF THE HEIGHTENED WEARINESS ON THE BACKGROUND OF
CHRONIC SALPINGO-OOPHORITIS***

N.O.Udovika

The influence of food concentrate of grapes polyphenols “Enoant” as means of medical rehabilitation for some parameters of cellular immunity has been investigated at 29 women with a syndrome of heightened weariness (SHW) on a background of chronic salpingo-oophoritis, which have prevalence in pelvic pains. The lead researches have shown, that Enoant is capable to raise efficiency of medical rehabilitation at women with SHW as promotes proof deduction at the updated level cellular parameters of immunity. At repeated clinical and immune research within one year of dispensary supervision it is established that at the patients accepting Enoant immune parameters remained within the limits of norm. The conclusion about necessity of use Enoant at gynecologic patients with the purpose of medical rehabilitation was made.

Резюме

***ВЛИЯНИЕ ЭНОАНТА НА ПОКАЗАТЕЛИ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У ЖЕН-
ЩИН С СИНДРОМОМ ПОВЫШЕННОЙ УСТАЛОСТИ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО
САЛЬПИНГООФОРИТА***

Н.О.Удовіка

У 29 женщин с синдромом повышенной усталости (СПУ) на фоне хронического сальпингоофорита с преобладанием в клинике тазовых болей было изучено влияние пищевого концентрата полифенолов винограда “Эноант” как средства медицинской реабилитации

некоторых показателей клеточного иммунитета. Проведенные исследования показали, что Эноант способен повышать эффективность медицинской реабилитации у женщин с СПУ, так как способствует стойкому удержанию клеточных показателей иммунитета на обновленном уровне. При повторном клинико-иммунологическом исследовании в течение года диспансерного наблюдения установлено, что у пациенток, принимавших Эноант, иммунологические показатели оставались в пределах нормы. Сделан вывод о необходимости использования Эноанта у гинекологических больных с целью медицинской реабилитации.

Вступ. Як показано нами раніше, у жінок, хворих на хронічний сальпінгоофорит (ХСО), особливо який супроводжується наявністю синдрому тазового болю, виявляється симптомокомплекс, який трактується як синдром підвищеної стомленості (СПС) [3, 5]. На патогенетичному рівні для СПС характерні різного ступеня вираженості розлади з боку імунного статусу та метаболічного гомеостазу [4]. Клінічний досвід свідчить, що СПС негативно відбивається на загальному самопочутті та працездатності хворих; до того ж при його прогресуванні внаслідок посилення імунологічних та метаболічних порушень можуть виникати більш суттєві неврологічні та психічні розлади, які складають синдром хронічної втоми [1, 7]. Як витікає з наших особистих спостережень, проведення лікувальних заходів у жінок, хворих на ХСО з наявністю СПС, спрямованих лише на ліквідацію проявів основного захворювання, незавжди ефективно в плані досягнення стійкої ремісії хвороби та зникнення астеничної симптоматики. Якість лікування значно підвищується за рахунок проведення повторних курсів медичної реабілітації з використанням антиоксидантів та імунокоректорів [5]. Однак, це покращення не в усіх випадках є стійким та тривалим, що вимагає вдосконалення методів медичної реабілітації даного контингенту хворих жінок.

Сьогодні нашу увагу привернула можливість застосування з цією метою еноанту, який представляє собою харчовий концентрат поліфенолів винограду та чинить міцну антиоксидантну, протівірусну, антибактеріальну дію. У хворих жінок гінекологічного профілю еноант раніше не використовувався, що і визначає перспективність даного дослідження.

Метою даної роботи було вивчення впливу еноанту як засобу медичної реабілітації на деякі клітинні показники імунітету у жінок з наявністю СПС, який розвинувся на тлі ХСО з переважанням у клініці синдрому тазового болю.

Матеріал та методи. Під нашим наглядом було 50 жінок віком від 23 до 38 років з діагнозом ХСО у фазі нестійкої ремісії. Поряд з цим за критеріями [1] у всіх них виявлено наявність СПС першого і другого ступеня (у 36 та 24 пацієнток відповідно). Ознаками нестійкості патологічного процесу у придатках матки були явища невралгії тазових нервів. З анамнезу встановлено, що у 35 хворих мала місце злукова хвороба, у 28 були раніше медичні

аборти, у 34 відмічалася альгодисменорія. Поряд з цим у 19 виявлений супутній хронічний пієлонефрит, у 15 - хронічний тонзиліт та у 12 – хронічний некалькульозний холецистит.

Всі пацієнтки отримали лікування ХСО відповідно до існуючих схем [2]. У подальшому їм проводилася медична реабілітація з використанням повторних курсів ентеросорбції (сілард П) та ербісолу по 2,0 мл внутрішньом'язово на добу протягом 20-30 діб. Поряд з цим 29 жінок, які увійшли до основної групи, застосовували еноант по 25 мл у вигляді водного розчину протягом 20 днів. Решта 21 жінок склали групу співставлення і даний препарат з метою імунореабілітації не отримували. Обидві групи виявилися рандомізованими за віком та клінічними ознаками захворювання.

Усі пацієнтки підлягали загальноприйнятому клініко-лабораторному та інструментальному обстеженню в гінекологічній практиці. Поряд з цим у них також вивчали імунологічні показники, у тому числі кількість Т-лімфоцитів (CD3+), субпопуляцій Т-хелперів/індукторів (CD4+) та Т-супресорів/кілерів (CD8+) у цитотоксичному тесті [6] із застосуванням моноклональних антитіл фірми Ortho Diagnostic Systems Inc (USA). За норму прийняті імунологічні показники, отримані при обстеженні 26 соматично здорових жінок. Статобробка проведена на комп'ютері Celeron 300A з використанням спеціальних програм.

Отримані результати та їх обговорення.

У результаті проведених досліджень встановлено, що у обстежених жінок з СПС, який розвинувся на тлі ХСО, протягом перших 3-х місяців після завершення загальноприйнятого лікування, незважаючи на відносно покращення загального самопочуття, зберігаються порушення з боку вивчених клітинних показників імунітету. Переважно вони полягають у помірно вираженій Т-лімфопенії (зменшення числа Т-клітин з фенотипом CD3+ в 2,2 рази при нормі $75,9 \pm 2,3\%$; $P < 0,05$) та дисбалансі основних регуляторних субпопуляцій Т-лімфоцитів у бік більш значного пригнічення хелперної субпопуляції. Лише у 10 пацієнток з числа обстежених рівень CD3+-клітин був у межах норми (складаючи у середньому $72,8 \pm 2,6\%$; $P > 0,1$). У 46 хворих до початку імунореабілітації рівень клітин з фенотипом CD-4+ (циркулюючі Т-хелпери/індуктори) складав у середньому $32,7 \pm 2,1\%$ (при нормі $51,3 \pm 1,5\%$; $P < 0,01$); у решти жінок він був на нижній межі ($48,7 \pm 2,2\%$; $P > 0,05$). Щодо кількості Т-супресорів/кілерів (клітини з фенотипом CD-8+), то у 49 вона була у межах $18,9 \pm 1,5\%$ (при нормі $25,1 \pm 1,8\%$; $P < 0,05$), у 8 відмічалася помірна тенденція до її зростання (у середньому до $32,4 \pm 2,8\%$; $P > 0,05$), тоді як у решти пацієнток мало місце вірогідне зменшення числа Т-супресорів/кілерів (у середньому до $23,5 \pm 0,8\%$; $P < 0,05$). У результаті такого дисбалансу основних регуляторних субпопуляцій Т-клітин значення імунорегуляторного індексу (CD4/CD8), який відбиває співвідношення хелперів та супресорів, у жінок з СПС на тлі ХСО мало чітку тенденцію до зниження (у середньому в 2,3 рази при нормі $2,05 \pm 0,06$; $P < 0,01$). Виявлені порушення імунологічних показників нами трактувалися як вторинний імунodefіцит

за відносним супресивним варіантом. При цьому виявлено кореляцію між ступенем їх вираженості та симптоматикою СПС, що обґрунтовувало необхідність подальшої імунореабілітації у таких хворих.

Повторні імунологічні обстеження показали, що у хворих основної групи та групи співставлення на тлі медичної реабілітації з використанням ербісолу та повторних курсів ентеросорбції відмічається покращення імунологічних показників, однак більш значне в основній групі, пацієнтки якої додатково отримували усередину еноант. Так, у 27 з них (93,1%) вже через 10-12 діб від початку запропонованої імунореабілітації відмічалася нормалізація рівня Т-лімфоцитів ($72,8 \pm 1,4\%$; $P > 0,05$), зростання числа циркулюючих Т-хелперів/індукторів до меж норми ($49,4 \pm 1,7\%$; $P > 0,1$), відновлення імунорегуляторного індексу ($2,03 \pm 0,2$; $P > 0,05$). У клінічному плані це поєднувалося з повною ліквідацією астеничної симптоматики та досягненням стійкої ремісії основного захворювання. У той же час у групі співставлення у 9 (42,9%) пацієнток, незважаючи на проведену імунореабілітацію, залишилися на патологічному рівні загальна кількість Т-лімфоцитів ($62,1 \pm 0,8\%$; $P < 0,01$) та число клітин з фенотипом CD4+ ($35,5 \pm 2,2\%$; $P < 0,01$), внаслідок чого імунорегуляторний індекс також був вірогідно нижче норми ($1,62 \pm 0,7$; $P < 0,01$). У клінічному плані у цих пацієнток відмічено посилення або відновлення стомлюваності, неадекватної виконаній роботі; зниження фізичної і розумової працездатності; зберігалось порушення сну, немотивованої тривоги; в низці випадків з'явилася апатія. За час диспансерного нагляду у таких пацієнток відмічалися також епізоди ГРВІ, загострення супутньої тонзиллярної та гепатобіліарної патології.

При повторному клініко-імунологічному обстеженні протягом першого року диспансерного спостереження виявлено, що в основній групі у 25 з 29 пацієнток (86,2%), які отримували додатково еноант, вивчені імунологічні показники залишалися у межах норми. Поряд з цим у них не відмічено загострення ХСО з відновленням синдрому тазового болю та появою астеничної симптоматики. У решти 4-х жінок через 10 місяців відмічена тенденція до зниження числа Т-хелперів/індукторів, що у клінічному плані проявилось епізодом ГРВІ. Однак, після одужання залишкової астеничної симптоматики у них не виявлено. Тривалість стійкої ремісії захворювання протягом одного року в даній групі становила $96,6 \pm 2,3\%$. У той же час у групі співставлення у 7 пацієнток (33,3%) вже через 3 місяці після завершення медичної реабілітації без використання еноанту відмічено посилення Т-лімфопенії та дисбалансу основних регуляторних субпопуляцій, що поєднувалося з відновленням тазового болю та посиленням чи появою астеничних симптомів, характерних для компенсованого та субкомпенсованого СПС.

Отже, еноант може підвищити ефективність медичної реабілітації жінок з СПС на тлі ХСО з використанням ербісолу та повторних курсів ентеросорбції, бо сприяє стійкому

утриманню на відновленому рівні клітинних показників імунітету у переважній більшості таких хворих. Вищевказане необхідно враховувати при розробці лікувально-реабілітаційних заходів у гінекологічних хворих.

Висновки:

1. У жінок з наявністю СПС на тлі ХСО, незважаючи на проведене традиційне лікування, під час диспансерного нагляду зберігаються імунні порушення, які корелюють зі ступенем вираженості симптоматики астеничного синдрому та полягають у збереженні вторинного імунодефіциту, переважно, за відносним супресивним варіантом.

2. Проведення імунореабілітації таких хворих з використанням енанту на тлі комбінації ербісолу та ентеросорбції протягом 20 діб сприяє подальшому покращенню імунологічних показників під час диспансерного нагляду та стійкому утриманню їх на відновленому рівні, що у клінічному аспекті проявляється досягненням стійкої ремісії захворювання з ліквідацією астеничної симптоматики.

Перспектива. У подальшому планується вивчити вплив еноанту на перекисне окислення ліпідів у жінок, хворих з СПС на тлі ХСО.

Література

1. Дранник Г.М., Фролов В.М. Синдром повышенной утомляемости в клинической практике: клинико-эпидемиологические и иммунологические исследования. // Проблемы экологической та медичної генетики і клінічної імунології: Зб.наук.праць.- Київ;Луганськ;Харків,2002.-Вип.6(45).-С.71-80.
2. Іванюта Л.І. Сучасні аспекти патогенезу і лікування запальних захворювань геніталій // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 1992. - №1. – С. 41-43.
3. Удовіка Н.О. Клінічна характеристика синдрому підвищеної стомлюваності та хронічної втоми у жінок з синдромом тазового болю // Пробл. екологіч. та медич. генетики і клініч. імунології: Зб. наук. праць, присвячений пам'яті академіка В.Г.Бочоришвілі. - Київ; Луганськ; Харків, 2003.- Вип. 2(48).- С. 469-477.
4. Фролов В.М., Дранник Г.Н., Бариляк И.Р. Эпидемиологические и клинико-цитогенетические аспекты синдромов повышенной утомляемости и хронической усталости // Архив психиатрии. – 1998. - №1(16). – С. 46-62.
5. Фролов В.М., Удовіка Н.О. Диференційований підхід до медичної реабілітації жінок з синдромом підвищеної стомленості та синдромом тазового болю із застосуванням глутаргіну, ербісолу та манаксу // Пробл. екологіч. та медич. генетики і клініч. імунології: Зб. наук. праць. - Київ; Луганськ; Харків, 2004.- Вип. 1 (53).- С. 349-360.
6. Фролов В.М., Пересадин Н.А. Моноклональные антитела в изучении показателей клеточного иммунитета у больных // Лаборат. дело. – 1989.- № 6.- С.71-72.

7. Фролов В.М., Дранник Г.Н. Синдром повышенной утомляемости – патогенетические и клинические аспекты // Проблемы екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Зб. наукових праць.-Київ; Луганськ; Харків, 2001. - Вип.6(38).- С. 195-199.

enoant.info,

enoant-club.info

**ВПЛИВ ЕНОАНТУ НА РІВЕНЬ “СЕРЕДНІХ МОЛЕКУЛ” ТА ЦИРКУЛЮЮЧИХ
ІМУННИХ КОМПЛЕКСІВ У ЖІНОК, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬ
ОРАЛЬНУ ГОРМОНАЛЬНУ КОНТРАЦЕПЦІЮ**

В.В.Сімрок, Д.В.Сімрок-Старчева

(Луганський державний медичний університет)

Ключевые слова: оральные гормональные контрацептивы, средние молекулы, циркулирующие иммунные комплексы, полифенолы винограда, эноант.

Ключові слова: оральні гормональні контрацептиви, середні молекули, циркулюючі імунні комплекси, полі феноли винограду, еноант

Key words: oral hormonal contraceptives, the average molecules, circulating immune complexes, grapes polyphenols, enoant.

Summary

INFLUENCE OF ENOANT ON THE LEVEL OF AVERAGE MOLECULES AND CIRCULATING IMMUNE COMPLEXES AT WOMEN USED ORAL HORMONAL CONTRACEPTION

V.V.Simrok, D.V.Simrok-Starcheva

The Influence of food concentrate of grapes polyphenols “Enoant” as means of medical rehabilitation of a level of average molecules (SM) and circulating immune complexes (CIC) at 27 women previously used oral hormonal contraceptives has been investigated. Inclusion of Eenoant in rehabilitation promotes proof normalization of a level of SM and CIC that testifies to disappearance of a syndrome of a metabolic and immune intoxication and in clinical aspect to achievement of proof remission of disease that creates favorable conditions for the subsequent pregnancy.

Резюме

ВЛИЯНИЕ ЭНОАНТА НА УРОВЕНЬ СРЕДНИХ МОЛЕКУЛ И ЦИРКУЛИРУЮЩИЕ ИММУННЫЕ КОМПЛЕКСЫ У ЖЕНЩИН, КОТОРЫЕ ИСПОЛЬЗУЮТ ОРАЛЬНУЮ ГОРМОНАЛЬНУЮ КОНТРАЦЕПЦИЮ

В.В.Симрок, Д.В.Симрок-Старчева

Было изучено влияние пищевого концентрата полифенолов винограда «Эноант» как средства медицинской реабилитации уровня средних молекул (СМ) и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) на этапе планирования беременности у 27 женщин, которые раньше использовали оральные гормональные контрацептивы. Включение Эноанта в реабилитационные мероприятия способствует стойкой нормализации уровня СМ и ЦИК, что свидетельствует об исчезновении синдрома метаболической и иммунной интоксикации, а в клиническом аспекте- достижению стойкой ремиссии заболевания, что создает благоприятные условия для последующей беременности.

Вступ. Клінічний досвід свідчить, що у ряда жінок дітородного віку, які застосовують оральну гормональну контрацепцію (ОГК), з часом формується хронічна патологія гепатобіліарної системи, переважно, у вигляді жирового гепатозу, хронічного неспецифічного реактивного гепатиту, хронічного токсичного гепатиту, хронічного некалькульозного холециститу (ХНХ) та інш. [1, 2]. Поява клініко-лабораторних ознак ураження печінки та біліарної системи стає причиною припинення застосування даного методу контрацепції, що в ряді випадків небажано, особливо, коли такі препарати використовуються з лікувальною метою. З іншого боку, наявність хронічного ураження печінки та жовчних шляхів у жінок репродуктивного віку небажані для майбутньої вагітності [8]. Тому ми вважаємо, що жінкам, які застосовують ОГК, необхідні реабілітаційні заходи з використанням препаратів, нормалізуючих метаболічні процеси, стан імунної системи та печінкової паренхіми. З цією метою нашу увагу набув еноант, який в гінекологічній практиці нами використаний вперше.

Еноант являє собою харчовий концентрат поліфенолів винограду, у якому присутня уся гама флаваноїдної та нефлаваноїдної груп поліфенолів винограду, а також мікроелементи: мідь, цинк, залізо та інш. Завдяки цьому забезпечується комплексна біологічна його активність – антибактеріальна, антивірусна, Р-вітамінна, антиоксидантна. Раніше нами вже було встановлено позитивний вплив еноанту на клінічний перебіг ранніх гестозів та деякі біохімічні показники у вагітних з супутньою соматичною патологією [5, 6]. У жінок, які вживали оральні гормональні препарати та планують вагітнити, даний препарат нами використаний вперше.

Метою роботи було вивчення впливу еноанту як засобу медичної реабілітації на етапі планування вагітності на рівень “середніх молекул” (СМ) та циркулюючих імунних комплексів (ЦИК) у жінок, які використовували ОГК.

Матеріал та методи. Під нашим наглядом було 54 жінок віком від 17 до 36 років, які раніше застосовували оральні гормональні контрацептиви (переважно, “Регулон”, “Жанін”, “Логест”, “Трирегол”, “Регівідон”), а на даний час планували вагітність. Час застосування препаратів становив від 6 місяців до 1,5-років; при цьому 13 жінок їх застосовували повторно (була перерва на виношування вагітності та час годування груддю або просто перерва з інших причин). За даними ретельного клініко-біохімічного та інструментального обстеження у 16 пацієнток встановлено стеатоз печінки, у 21 – хронічний некалькульозний холецистит у фазі ремісії, у 17 - дискінезія жовчовивідних шляхів.

Усім обстеженим жінкам призначалися реабілітаційні заходи щодо профілактики загострення гепатобіліарної патології у вигляді повторних курсів ентеросорбції (з використанням ентеросгелю або сіларду П) у середньотерапевтичній дозі та полівітаміни. Крім того, 27 жінок (основна група) додатково отримували еноант по 25 мл тричі на добу у вигляді розчину зі склянкою водою або соку протягом 15-20 днів. Решта 27 пацієнток (група

співставлення) даного препарату не отримували. Основна група та група співставлення виявилися рандомізованими за віком, паритетом та вихідним станом гепатобілярної системи.

Поряд з загальноприйнятим клініко-лабораторним обстеженням визначали вміст СМ у сироватці крові [4], а також рівень ЦІК у сироватці крові способом преципітації в розчині поліетиленгліколя (ПЕГ) з молекулярною масою 6000 дальтон [7]; молекулярний склад ЦІК (велико- (>19S), середньо- (11S-19S) та дрібномолекулярні (<11S) комплекси) вивчали шляхом диференційованої преципітації у 2,0%, 3,5% та 6% розчинах ПЕГ [7]. Математична обробка проводилася на комп'ютері Celeron 400 А з використанням спеціалізованого банку даних, спрямованого на медичну інформацію.

Отримані результати та їх обговорення. У результаті проведеного дослідження встановлено, що у обстежених пацієток, які використовували ОГК, та у яких у подальшому розвинулася патологія гепатобілярної системи, визначаються зсуви з боку вивчених біохімічних показників. Так, у 42 жінок виявлено збільшення рівня СМ у сироватці крові, який до початку медичної реабілітації дорівнював у середньому $1,26 \pm 0,34$ г/л (при нормі $0,52 \pm 0,04$ г/л; $P < 0,01$). У решти пацієток даний біохімічний показник хоча і був підвищений, але ж вірогідної різниці від норми не мав (складаючи у середньому $0,62 \pm 0,09$ г/л; $P > 0,05$). Індивідуальний аналіз показав, що більш істотне зростання рівня СМ було у тих пацієток, у яких мала місце сформована патологія гепатобілярної системи тривала більш тривалий час. У таких випадках даний показник дорівнював у середньому до $2,53 \pm 0,73$ г/л ($P < 0,01$). Як показано раніше, зростання рівня СМ у сироватці крові свідчить про розвиток синдрому "метаболічної" (ендогенної) інтоксикації [3], який здатний погіршувати інші метаболічні процеси та імунний статус, що вимагає обов'язкової корекції, особливо на етапі планування вагітності.

Поряд з цим у обстежених пацієток, які вживали та продовжують використовувати гормональні препарати в якості контрацептивів, виявлено також підвищений рівень ЦІК у крові (у середньому в 2,2 рази при нормі $1,88 \pm 0,15$ г/л; $P < 0,01$). У більшості випадків це супроводжувалося дисбалансом їх різномолекулярного складу у бік переважного збільшення більш патогенних (токсигенних) фракцій - середньо- (11S-19S) та дрібномолекулярних (<11S) імунних комплексів. При цьому їх сума у жінок зі вже сформованою вказаною патологією гепатобілярної системи становила у середньому $78,2 \pm 3,3\%$ (при нормі $56,6 \pm 2,2\%$; $P < 0,01$). Це вказувало на наявність синдрому імунотоксикозу, який у клінічному плані проявлявся, як правило, астеничною симптоматикою. Індивідуальний аналіз показав, що збільшення дисбалансу різномолекулярних ЦІК корелювало з рівнем СМ у крові. При цьому індекс лінійної кореляції (r) дорівнював $+0,622$.

Проведення медичної реабілітації з використанням еноанту жінкам, які раніше використовували ОГК, віддають перевагу даному методу контрацепції на даному етапі та

планують вагітними у подальшому, сприяє більш значній позитивній динаміці вивчених лабораторних показників, ніж у групі співставлення, пацієнтки якої даного концентрату не отримували. Так встановлено, що у жінок основної групи з наявними астеничними симптомами на тлі гепатобілярної патології внаслідок використання ОГК, має місце скорочення часу збереження загальної слабкості (на $16,2 \pm 3,3$ доби; $P < 0,05$) та стомлюваності (на $16,5 \pm 0,9$ доби; $P < 0,05$); більш швидка нормалізація апетиту і сну (на $12,2 \pm 0,3$ та $12,9 \pm 0,5$ доби відповідно; $P < 0,05$). У пацієток основної групи під впливом реабілітації з використанням еноанту в 2,2 рази скоротилася тривалість збереження тяжкості у правому підребер'ї, в 1,8 рази – субіктеричності склер у разі вихідної наявності даної ознаки, в 2,4 рази – тривалості диспепсичних явищ (нудота, блювота, нестійкі випорожнення та інш.).

Поряд з цим встановлено, що усіх пацієток основної групи вже на кінець першого тижня реабілітації з використанням еноанту відмічалася вірогідне зниження рівня СМ у крові (у середньому до $0,56 \pm 0,04$ г/л; $P < 0,01$) та його повна нормалізація через 10-15 днів. Повторне дослідження показало, що у всіх пацієток основної групи даний показник у межах норми зберігався як протягом часу застосування еноанту, так і у подальшому (до одного року диспансерного нагляду). У той же час у групі співставлення після завершення традиційної реабілітації виявлено, що рівень СМ у межах норми був лише у 8 жінок; через півроку – у 4, тоді як у решти, незважаючи на збереження відносно задовільного загального стану та відсутність скарг диспепсичного характеру, даний показник у середньому складав $0,72 \pm 0,05$ г/л, що вірогідно перевищувало норму ($P < 0,05$). Останнє вказувало на збереження у них синдрому метаболічної інтоксикації.

Аналогічна динаміка відмічалася і відносно рівня ЦІК та їх фракційного складу. Так на 15-у добу запропонованої медичної реабілітації в основній групі концентрація загальних ЦІК становила у середньому $2,2 \pm 0,34$ г/л ($P < 0,01$ відносно початкового рівня показника), тоді як у переважної більшості хворих групи співставлення на цей час намітилася лише тенденція до її зниження ($3,02 \pm 0,23$ г/л; $P > 0,05$). До того ж, якщо у групі співставлення навіть на час закінчення традиційної реабілітації залишався певний дисбаланс імунних фракцій, то в основній групі вже на другому тижні прийому еноанту вірогідне зменшення вмісту загальних ЦІК відбулося за рахунок середньо- та дрібномолекулярної фракції (їх сума становила $53,2 \pm 1,8\%$ при показнику у групі співставлення $68,3 \pm 2,2\%$; $P < 0,05$). Повторне дослідження показало, що у переважної більшості пацієток основної групи на час закінчення прийому еноанту рівень ЦІК та вміст їх найбільш патогенних фракцій був у межах норми ($1,92 \pm 0,04$ г/л; $35,5 \pm 1,5\%$ для середньо- та $21,4 \pm 2,5\%$ дрібномолекулярних фракцій). У подальшому протягом одного року диспансерного нагляду виявлено, що лише у 2-х жінок основної групи відмічалася поява дисбалансу різномолекулярних фракцій ЦІК, тоді як у групі співставлення таких випадків було вдвічі більше. При цьому у всіх них також мала місце тенденція до

зростання або збереження на патологічному рівні вмісту СМ. У клінічному плані у таких жінок ми реєстрували помірне загострення хронічної патології гепатобіліарної системи, що вимагало лікування.

У разі настання вагітності відмічено, що більш сприятливий її перебіг мав місце саме у жінок, які отримували на етапі її планування медичну реабілітацію з використанням еноанту. При цьому майже у всіх них протягом часу гестації рівень ЦІК та СМ залишався у межах норми, що поєднувалося з відсутністю розвитку ранніх та пізніх гестозів. Все це дає підставу вважати патогенетично обґрунтованим та доцільним включення еноанту до реабілітаційних заходів у жінок на етапі планування вагітності, які використовували раніше ОГК.

Висновки:

1. У жінок, які використовували оральну гормональну контрацепцію та у клінічному плані мають сформовану хронічну патологію гепатобіліарної системи, має місце підвищений рівень СМ у крові та вміст ЦІК, переважно за рахунок середньо- та дрібномолекулярних імунних фракцій, що вказує на наявність синдрому імунотоксикозу та ендогенної метаболічної інтоксикації.
2. Традиційна медична реабілітація таких пацієнток не завжди приводить до повної ліквідації вказаних лабораторних порушень, що несприятливе для вагітності, яка планується.
3. Включення еноанту до реабілітаційних заходів у жінок, які застосовували оральні гормональні контрацептиви та планують вагітнити, сприяє стійкій нормалізації рівня СМ та ЦІК, що свідчить про ліквідацію синдромів метаболічної інтоксикації та імунотоксикозу, а у клінічному плані – досягненню стійкої ремісії захворювання, і створює сприятливі умови для виношування плода.

Перспективи. Метою наступної роботи буде вивчення впливу еноанту на імунологічні показники у жінок з хронічною патологією гепатобіліарної системи на тлі ОГК.

Література

1. Бабак О.Я. Хронические гепатиты. – Киев: Блиц-Принт АО “Изд-во “Блиц-Информ”, 1999. – 208 с.
2. Голубчіков М.В. Статистичний огляд захворювання населення України на хвороби печінки та жовчовивідних шляхів // Сучасна гастроентерологія і гепатологія. – 2000. - № 2. – С. 53-85.
3. Громашевская Л.Л. "Средние молекулы" как один из показателей "метаболической интоксикации" в организме // Лаборат. диагностика. - 1997. - № 1. - С. 11-16.
4. Николайчик В.В., Моин В.М., Кирковский В.В. и др. Способ определения "средних молекул" // Лаборат. дело. - 1991. - №10. - С.13-18.

5. Сіроко В.В., Наталенко Д.В. Стан аутоімунних реакцій у вагітних жінок з ранніми гестозами під впливом лікування з використанням комбінації еноанту та мінеральної води “Біловодська” // Пробл. екологіч. та медич. генетики і клініч. імунології: Зб. наук. праць. - Київ; Лиганськ; Харків, 2004. – Вип. 6(59). – С.401-407..
6. Сіроко В.В., Фролов В.М., Наталенко Д.В. Удовіка Н.О. Вплив еноанту на активність ферментів системи антиоксидантного захисту та перикесне окислення ліпідів у вагітних з ранніми гестозами // Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України. – Київ: “Інтермед”, 2004. – С.656-660.
7. Фролов В.М., Рычнев В.Е. Исследование циркулирующих иммунных комплексов их диагностическое и прогностическое значение // Лаборат. дело.- 1986.- № 3.- С. 159-161.
8. Чибісова І.В. Особливості перебігу вагітності у жінок із загостренням хронічної патології гепатобіліарної системи // Пробл. екологіч. та медич. генетики і клініч. імунології: Зб. наук. праць. - Київ; Лиганськ; Харків, 2002. – Вип. 4(43). – С. 259-270.