

## ОСОБЛИВОСТІ ФАРМАКОТЕРАПІЇ У ВАГІТНИХ ЖІНОК

Цис О.В., Білай І.М., Михайлюк Є.О.

Запорізький державний медичний університет  
кафедра клінічної фармації, фармакоterapiї та УЕФ

Фармакоterapia вагітних складна для лікарів будь-якої кваліфікації і профілю, оскільки система мати-плацента-плід функціонує як єдине біологічне, фармакокінетичне та фармакодинамічне ціле.

Не дивлячись на те, що в даний час жоден новий лікарський засіб (ЛЗ) не впроваджується в клініку без оцінки його ембріотоксичної та тератогенної дії з подальшим ретроспективним аналізом, щонайменше 5% всіх вроджених вад можна віднести на їх рахунок. В даний час близько 60-80% вагітних жінок (причому 80% з них займаються самолікуванням) з приводу різних соматичних і психічних захворювань приймають різні ЛЗ (анальгетики, снодійні, седативні засоби, антибіотики, антациди, антигістамінні, відхаркувальні препарати, вітаміни, препарати заліза і т.д.).

У I триместрі вагітності жінки найбільш часто приймають протиблювотні ЛЗ, в II - антигістамінні і антибіотики, в III триместрі - седативні препарати і діуретики. У ряді випадків через поліпрагмазію (в середньому одна вагітна жінка приймає 2-3 ЛЗ) не представляється можливим визначити «винуватця» вад розвитку.

Складність цієї проблеми багато в чому залежить від того, що ЛЗ можуть впливати як на процеси формування і функціонування статевих клітин, так і на багатоступінчастий процес самої вагітності (запліднення; імплантація; ембріогенез – дроблення яйцеклітини, гастрюляція, диференціація зародкових листків; фетогенез).

Лікар, який планує проведення лікування вагітних жінок, повинен враховувати, що жодний лікарський засіб (навіть для місцевого застосування) не може вважатися на 100% безпечним для плода (плацентарний бар'єр пропускає більшість ЛЗ з молекулярної масою до 1000, а в ряді випадків - за рахунок піноцитозу - і більші молекули). За рахунок стоншування, збільшення кількості ворсин та площі обміну проникність плаценти зростає до 32-35 тижнів вагітності. Стресові ситуації також підвищують проникність плаценти. На швидкість переходу ЛЗ через плаценту впливає швидкість кровотоку. При діабеті, прееклампсії, артеріальній гіпертензії, в кінці вагітності відзначається відносно зниження швидкості кровотоку, при цьому, з одного боку, знижується надходження до плоду лікарських засобів від матері, з іншого - зменшується зворотний відтік ліків, що вже потрапили в організм плоду. Фармакодинамічні ефекти лікарських засобів у вагітних жінок і плоду можуть істотно відрізнятися.

Спостерігається зміна фармакокінетики ЛЗ у жінок під час вагітності, що диктує необхідність проведення відповідної корекції разової дози, кратності призначення та шляхи введення. Тривалість дії ЛЗ у плоду (в тому

числі і побічних дій) істотно більше, ніж у жінки, що пов'язано з низькою швидкістю їх інактивації та виведення.

Лікар повинен чітко встановити, що потенційна користь від застосування лікарських засобів буде перевищувати потенційну шкоду, яку вони можуть принести вагітній і плоду.

## ОСОБЛИВОСТІ ЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ ПРИ ЕНДОМЕТРІОЇДНИХ КІСТАХ ЯЄЧНИКІВ

Шаповал О.С.<sup>1</sup>, Воронцова Л.Л.<sup>2</sup>

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

<sup>1</sup> - кафедра акушерства та гінекології,

<sup>2</sup> - кафедра клінічної лабораторної діагностики

**Вступ.** Проблема вдосконалення лікування ендометріоїдних кіст яєчників залишається актуальною в практиці лікаря акушера-гінеколога. Відсутність єдиного патогенетично обґрунтованого уявлення щодо вибору лікувальної тактики захворювання пояснює високу частоту рецидивів даної патології.

**Мета.** Вивчити особливості цитокінового профілю у жінок з ендометріоїдними кістами яєчників з урахуванням паритету.

**Матеріали та методи.** Обстежено 100 жінок репродуктивного віку (контрольна група - 50 здорових жінок, основна – 51 пацієнтка з ендометріоїдною кістою яєчника з різним паритетом). Дослідження цитокінового статусу проводилося методом імуноферментного аналізу за допомогою моноклональних антитіл із наборів тест-систем "ВЕКТОР-БЕСТ" (Росія). Проводили визначення про- та протизапальних цитокінів (ІЛ-4, ІЛ-6, ІЛ-10, ІЛ-12, TNF- $\alpha$ , ІФ- $\gamma$ ). Статистична обробка отриманих даних виконана з використанням комп'ютерних програм пакету STATISTICA (StatSoftStatistica v.6.0).

**Результати дослідження та їх обговорення.** У групі жінок, які не народжували, спостерігалася імунна відповідь Th2 / Th1-типу з переважанням Th2-типу (відзначалося підвищення в сироватці крові продукції ІЛ-4, ІЛ-6, TNF- $\alpha$ ). При безплідді спостерігалася імунна відповідь Th1 / Th2-типу з переважанням Th1-типу (збільшення вмісту TNF- $\alpha$  і ІФ- $\gamma$ , ІЛ-6, ІЛ-10, ІЛ-4 та ІЛ-12). У групі пацієток, які народжували, спостерігалася імунна відповідь Th2-типу (збільшення вмісту ІЛ-4, ІЛ-6, зниження ІЛ-10, ІЛ-12, TNF- $\alpha$  і ІФ- $\gamma$ ).

**Висновки:** У жінок репродуктивного віку з різним паритетом спостерігається різний цитокіновий профіль, який регулює імунну відповідь. Це обумовлює необхідність індивідуалізації лікувальної тактики таких хворих та доцільність використання імуноотропних препаратів.