

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ МАГНИЯ

В рамках X Юбилейного Всероссийского научного форума «Мать и дитя» 1 октября 2009 г. состоялся научный симпозиум «Применение препаратов магния в акушерстве и гинекологии», организованный фармацевтической компанией «Санофи-Авентис». Мероприятие вызвало большой интерес. Научный симпозиум посетили более 300 врачей из многих регионов России.

плантации зародыша и к высокой вероятности спонтанных аборт. По статистическим данным (Obstet Gynecol Surv, 2007; 62 (5): 335-47) невынашивание встречается у 1-10% беременных.

Мета-анализ 6 исследований (L.M. Covacs, B.G. Huhn, L. Bodis Magnesiumsubstitutioon in der Schwangerschaft: eine prospektive, randomisierte. 1988; 48: 595-600), в которых приняли участие 2637 беременных женщин, показал, что магний (магnezия, в/в) благоприятно влияет на течение беременности и развитие плода. В сравнении с плацебо применение препаратов магния начиная с 25-й недели способствует значительному снижению частоты преждевременных родов. По данным 7 мета-анализов, при использовании $MgSO_4$ у беременных женщин выявлено 5 положительных эф-



котором участвовала 2241 женщина. Результаты показали двукратное снижение риска перинатальной энцефалопатии (ПЭП) при использовании в/в сульфата магния (ОШ 0,55, 95%; ДИ 0,32-0,95).

Мета-анализ (Cochrane Database Syst Rev, 2009 Jan 21; (1): CD004661) 5 рандомизированных исследований (всего было обследовано 6145 новорожденных) показал снижение риска перинатальной энцефалопатии (ПЭП) (ОШ 0,68, 95%; ДИ 0,54-0,87) и моторной дисфункции (ОШ 0,61, 95%; ДИ 0,44-0,85) при использовании сульфата магния в/в. Кроме того, было проведено



О.А. Громова, д.м.н., профессор, Ивановская ГМА, Международный институт микроэлементов ЮНЕСКО

БИОЛОГИЧЕСКИЕ И ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ В АКУШЕРСТВЕ И

В рамках Национального проекта «Здоровье» изучаются молекулярные механизмы воздействия на физиологию соединительной ткани системы «мать – плод – плацента». Плацента – орган с максимальной концентрацией магния. Поэтому недостаток этого элемента является причиной маловесных плодов, происходит кальциноз плаценты. Было проведено большое количество исследований, в результате которых магnezия и Магне V_6° доказали свою клиническую эффективность. В работах Clin Lab, Cochrane Database Syst Rev (2007; 2002) сделан вывод, что гиперкоагуляционные состояния и судороги приводят к затрудненной им-

фектов (профилактика эклампсии и т.д.), и 1 – отрицательный (смертность плода) (Cochrane Database Syst Rev. 2002; (4) CD001060), 1 случай является не доказанным (при тяжелых родах) (Matern Fetal Med; 1999 Jul-Aug; 8 (4): 177-83). В других исследованиях (Am J Obstet Gynecol, 1995; 173 (4): 1246-1249; J Cardiovasc Pharmacol Ther, 2003; 8 (3): 193-200) отмечено, что применение сульфата магния продлевает время свертывания крови во время беременности и понижает артериальное давление.

В 2008 году (N Engl J Med, 2008 Aug 28; 359 (9): 895-905) было проведено многоцентровое, плацебо-контролируемое исследование, в

(А.Н. Стрижаков, 2008) комплексное клиническое и лабораторное обследование 216 беременных с историей спонтанных аборт. После курса комплексной терапии, включающей Магне V_6° , было отмечено снижение риска спонтанных выкидышей в 1,8 раза. В исследовании Н.К. Тетруашвили и соавт. (2009) Магне V_6° был включен в комплексную терапию 120 женщин с привычным выкидышем в I триместре беременности. В результате наблюдалась быстрая нормализация тонуса матки у 83,3% пациенток, а также снижение потребно-

В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

сти в антиагрегантной терапии (с 37,5% до 19,2%, $p < 0,05$) (рисунок). Исследование (Magnes Res; 2002 Dec; 15 (3-4): 207-13), в котором была обследована 1781 беременная, указало на высокую корреляцию между снижением риска синдрома задержки внутриутробного развития плода (ЗРП) и увеличением содержания магния в питьевой воде. Эпидемиологические данные были представлены в другой работе (Cochrane Database Syst Rev, 2007 Jul 18; (3): CD004661). Обследование 3701 новорожденного, которые получали от своих матерей $MgSO_4$, показало значимое снижение моторной дисфункции в течение 5 лет жизни этих детей. При беременности нередко возникает такое осложнение, как эклампсия, которое соответствует пику магниевого дефицита, пику гипомagneмией и пику спазмофилии. По данным ВОЗ (2007), летальность от данного осложнения составляет 10% и ежегодно в мире от эклампсии умирают десятки тысяч беременных. Действие магния при таком заболевании многогранно: за счет подавления синтеза тромбосана A2 и антагонизма с кальцием магний вызывает дила-

При гипермагнезиемии возникают следующие симптомы: двоение в глазах, приливы жара к лицу, головная боль, тошнота, заторможенная речь, снижение АД, возможен коллапс. Кроме того, на ЭКГ может наблюдаться удлинение QT, а также расширение комплекса QRS.

Слабовыраженная гипермагнезиемия отмечается при увеличении концентрации магния в плазме крови более 1,26 ммоль/л, симптомы – чувство жажды и жары. При концентрации магния в плазме крови от 1,55 до 2,5 ммоль/л и более наблюдается тошнота, рвота, возникает брадикардия, атриовентрикулярная блокада. При концентрации магния в плазме крови 7,5-10 ммоль/л (у детей от 5,5 ммоль/л) может наблюдаться остановка сердца.

При дефиците магния возникают так называемые немедленные и отдаленные последствия. К немедленным относятся: аритмия, судороги, спазмы, повышенная нервно-мышечная возбудимость, связанная с повышенным количеством адреналина, и другие. Отдаленные последствия – нарушения структуры тканей, нарушение об-

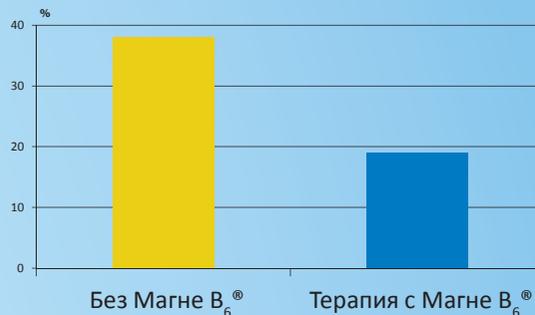


Рисунок. Потребность в антиагрегантной терапии (Тетраушвили Н.К. и соавт., 2009)

щается в метаболически активную форму – пиридоксальфосфат. Было проведено фармакокинетическое исследование, в котором изучался уровень магния, в плазме крови и эритроцитах. Препараты применялись однократно внутрь в высшей рекомендованной суточной дозе: в таблетках (Магне В₆, по 8 таблеток), в жидкой лекарственной форме (Магне В₆ 3 ампулы). Был сделан вывод, что ампульная форма Магне В₆ более эффективно поднимает уровни магния в плазме крови. В то же время таблетированная форма Магне В₆ способствует более длительному удержанию повышенной концентрации магния в эритроцитах. Необходимо учи-

АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МАГНИЯ ГИНЕКОЛОГИИ

тацию сосудов, улучшая не только маточно-плацентарно-плодовое, но и церебральное кровообращение. Гипермагнезиемия, возникающая вследствие внутривенных введений беременным сернокислой магнии в виде длительных курсов, которые назначались с целью сохранения беременности, является одним из признанных факторов риска рождения ребенка с патологией ЦНС. Это подтверждают данные исследования (Ohta, 2002), в котором приняли участие 4000 детей с ДЦП.

мена минералов (обызвествление тканей – артрозы, атеросклероз, камнеобразование и т.д.).

Не следует путать две проблемы применения магния: первая – применение магния как токолитика в растворе в/в $MgSO_4$, $MgCl_2$, вторая – применение органических препаратов магния, с помощью которых необходимо корректировать питание беременных женщин при дефиците магния.

Фармакокинетика Магне В₆ показала, что после приема препарата внутрь из ЖКТ абсорбируется около 50% магния. Примерно 1/3 дозы принятого внутрь магния выводится с мочой. Пиридоксин в организме через ряд реакций превра-

тывать, что содержание многих эссенциальных элементов в плазме крови, в том числе магния, значительно меняется в течение суток: с минимумом перед ночным сном и с максимумом в первой половине дня (от 3:00 до 14:00). Поэтому следует рекомендовать применение препарата Магне В₆ в утренние и в дневные часы, чтобы сохранить биоритм магния.

Таким образом, включение препарата Магне В₆ в комплексную схему терапии позволяет уменьшить сроки пребывания в стационаре, снизить задержку внутриутробного развития плода и способствовать нормализации психического статуса беременной. 

МАГНЕ В₆® В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ЭФФЕКТОВ ТРОМБОФИЛИИ В АКУШЕРСТВЕ



В.О. Бицадзе, д.м.н., ММА им. И.М. Сеченова

Тенденция к развитию тромбозов у беременных при тромбофилиях касается всех жизненно важных органов, включая систему «мать–плацента–плод».

Существуют общие принципы профилактики тромботических и нетромботических эффектов тромбофилии. В первую очередь необходимо установить природу тромбофилии: является ли данная форма заболевания генетической или приобретенной. Кроме того, при тромбофилии следует проводить специфическую дифференцированную профилактику: применение низкомолекулярного гепарина (клексан, фраксипарин и др); фолиевой кислоты, витаминов группы В (Фолибер, Мульти-табс, В-комплекс), Магне В₆®, антиоксидантов или полиненасыщенных жирных кислот омега-3; антиагрегантов (малые дозы аспирина); концентратов естественных антикоагулянтов (АТ III, протеин С, тромбомодулин), натурального прогестерона (Утрожестан).

В настоящее время проблема мета-

болического синдрома рассматривается как угроза здоровью общества на всей планете. Появилось много пациентов с данным заболеванием, в том числе в акушерской и гинекологической практике. Таким образом, возникла необходимость определенного пересмотра ведения беременности у пациенток с таким диагнозом. Метаболический синдром (МС) приводит к эндотелиальной дисфункции и дефициту витаминов группы А, С, Е, В и дефициту магния. Поэтому необходимо проводить коррекцию витаминно-минерального дисбаланса у пациенток с МС (рисунок). Магний занимает 4-е место по удельному весу в химическом составе организма после натрия, калия, кальция, по содержанию в клетке – 2-е место после калия. Наибольшая часть магния (60%) содержится в костях, формируя в содружестве с кальцием их структуру; в сыворотке крови находится лишь 0,3% магния (концентрация в норме 0,75-0,95 ммоль/л). Внутриклеточная фракция составляет 39%, причем до 80-90% внутриклеточного магния находится в комплексе с АТФ (аденозинтрифосфат). Наиболее зависимые от магния ткани – плацента, матка, мозг, миокард, которые имеют максимальную плотность митохондрий. Кроме того, магний необходим для функционирования более 500 магний-зависимых белков и для более 300 ферментов энергетического метаболизма, включая ферменты синтеза АТФ.

На данный момент Магне В₆® – один из наиболее изученных препаратов, применяемых для коррекции дефицита магния. Назначение препаратов магния беременным необходимо для того, чтобы насытить организм в достаточной степени данным элементом. Особое место в перечне показаний для лечения препаратами магния занимает эклампсия – это состояние, соответствующее пику гипомagneмии:

максимально уровень магния при этом может снижаться в 9 раз.

Результаты исследования, проведенного в Германии (Schimatscherk H.F., 2001), в котором приняли участие 16000 человек, свидетельствуют о том, что дефицит магния в 1,3 раза чаще встречается у женщин. Согласно опубликованным данным (Орлова С.В., 2007), 30% россиян получают в день менее 70% от суточной потребности железа и магния. Соответственно добавки магния во время беременности крайне необходимы.

Следует учитывать причины развития магниевых дефицита: сахарный диабет (диабетическая нефропатия), гипергликемия любого происхождения, беременность и лактация, нарушение абсорбции желудочно-кишечного тракта (продолжительная диарея, энтеропатии, синдром мальабсорбции, дисбактериоз кишечника, злоупотребление слабительными средствами и т.п.), эндокринные заболевания и состояния (гипертиреоз, гиперкортицизм, гиперпаратиреоз, гиперальдостеронизм, гиперкатехоламинемия), заболевания почек (нефротический синдром, почечный ацидоз, диализ, терапия диуретиками), химиотерапия опухолей (лечение циклоспорином, цисплатином), антибактериальная терапия (использование аминокликозидов, противотуберкулезных препаратов, иммуносупрессивных средств), артериальная гипертензия; застойная сердечная недостаточность, передозировка сердечных гликозидов, инфаркт миокарда. Дефицит магния возникает после приема препаратов, которые выводят магний из организма или снижают его усвоение. Клинические проявления дефицита магния, которые встречаются часто в практике акушера-гинеколога: склонность к тромбообразованию и нарушению сердечного ритма, вплоть до фатальных; повышение общего и пе-

НЕТРОМБОТИЧЕСКИХ И ТРОМБОТИЧЕСКИХ

риферического сосудистого сопротивления; увеличение уровня холестерина в крови и ускорение развития атеросклероза; синдром хронической усталости (головные боли, снижение умственной работоспособности, утомляемость, ухудшение иммунного ответа); возможны тетания (судороги) скелетных мышц; спазм гладких мышц кишечника, бронхоспазм; повышение сократимости матки; усугубление остеопороза; размягчение зубной эмали; стимулируется образование оксалатных камней в почках/плаценте.

Магний является физиологическим регулятором продукции альдостерона. При гиперальдостеронизме магний эффективно регулирует водно-солевой баланс, осмотическое давление крови и оптимальный диурез. Препарат Магне В₆® используется в комплексной профилактике гестоза, выкидышей, преждевременных родов, дискоординации родовой деятельности, плацентарной недостаточности, гипотрофии плода, уродств плода, гестационного диабета и гипертензивного синдрома. Существуют группы риска по развитию дефицита магния во время беременности: беременные женщины с метаболическим синдромом, СПКЯ, сахарным диабетом, гестационным диабетом, более 3 месяцев получавшие оральные контрацептивы до наступления беременности, с несбалансированным питанием, с гипертонической болезнью, беременные, испытывающие хронический нервный или физический стресс (длительное бесплодие, привычное невынашивание, напряженный ритм работы), с дефицитом витаминов группы В (мальабсорбция, образ жизни, генетические причины), беременные женщины с синдромом потери плода, гестозом, гипотрофией плода, преждевременными родами в анамнезе, а также юные первородящие (Кошелева Н.Г., 2003; Nogovitsina O.R., 2007). Необходимо помнить о различиях между препаратом Магне В₆®



Рисунок. Метаболический синдром и витаминно-минеральный дисбаланс

и магнием (сульфат магния) – неорганической соли магния, высокая дозировка которой может быть токсичной, а иногда и смертельной для новорожденных (Cochrane Database of Systematic Reviews). Поэтому, если изначально насыщать организм женщины достаточным количеством магния, то во время беременности она не будет испытывать дефицита магния. Соответственно не возникнет необходимость использовать сернокислую магнезию. При применении этого вещества необходимо соблюдать пределы концентраций в крови: в России – это 2,5-3,75 ммоль/л. Потому как при уровне сернокислой магнезии 3,5-5 ммоль/л возникает угроза

для здоровья плода.

Таким образом, следует проводить безопасную и эффективную коррекцию дефицита магния. Физиологическая суточная потребность в магнии для взрослых – около 400 мг в сутки (максимум 800 мг) из расчета 5 мг магния на килограмм веса, во время беременности – от 350 до 670 мг в сутки. Существуют две формы Магне В₆®. Таблетированный вариант препарата содержит 470 мг в форме лактата и 48 мг элементарного магния. Ампульная форма питьевого Магне В₆® содержит магния лактат, магния пидолат и 100 мг элементарного магния. Отметим, что применения препарата Магне В₆® следует рекомендовать в утренние и дневные часы. **ЭФ**



МАГНЕЗАВИСИМЫЕ БЕЛКИ ПЛАЦЕНТЫ:



Н.К. Тертушвили, д.м.н.,
 Научный центр акушерства, гинекологии
 и перинатологии им. академика В.И. Кулакова

Обобщая данные о том, насколько важна магниальная профилактика осложнений беременности, хотелось бы подчеркнуть, что корни всей патологии беременности находятся в I триместре. И это касается не только выкидышей, плацентарной недостаточности, это касается и преэклампсии и тех осложнений, которые мы получаем во II и III триместрах.

Только у 7-10% больных с привычным выкидышем причина – хромосомная патология, из-за которой мы не можем получить нормального исхода беременности. Все остальные факторы – анатомические, иммунологические, гормональные, инфекционные – приводят к нарушению имплантации вследствие неблагоприятных клеточных взаимоотношений в эндометрии. Модель этиологии при-

вычного выкидыша подразумевает, что только суммирование различных факторов может привести к потере плода.

Для того чтобы прошла нормальная имплантация, пациенток необходимо готовить к беременности, особенно пациенток с неудачными беременностями в прошлом. Необходимо подготовить женщину к беременности в плане ее минерального обмена, и, конечно, восполнение магниевого дефицита перед беременностью играет огромную роль. Магний – незаменимый кофактор более чем 500 энзиматических реакций. Таким образом, синтез ДНК, ферментов, гормонов, нейротрансмиттеров, связывание гормонов с рецепторами, работа аденилатциклазной системы и биосинтез АТФ происходят при участии магния.

Внутриклеточный катион, второй по количеству содержанию после калия, 65% магния сосредоточено в костной ткани, 34% – внутриклеточно, большинство в мышечной ткани, 25-30% магния связано с белками. Одна из проблем состоит в том, что только 1% ионов магния локализуется внеклеточно. Поэтому диагностика магниевого дефицита представляет определенные сложности при беременности. Определить дефицит магния можно только при помощи измерения этого элемента в тканях.

Известно около 500 магний-зависимых белков, около 100 из них описаны в плаценте. В статье О.А. Громовой «Молекулярные механизмы регуляции магнием плацентарных белков» были суммированы все фундаментальные знания, которые можно разделить на следующие функции:

- энергетический метаболизм и обмен веществ в плаценте;
- пролиферация клеток и апоптоз;
- функционирование составляющих плаценты – соединительнотканного матрикса, мышечной составляющей, сосудов, иммунных клеток.

Необходимо отметить, что при участии магния в митохондриях

магний-зависимые ферменты участвуют в метаболизме пирувата и жирных кислот, происходит накопление резерва клеточного АТФ. Это очень важный аспект для развития плода на самых ранних сроках беременности, потому что плацента работает как энергетическая матрица.

Перфузионная функция плаценты также во многом является магний-зависимой. В плаценте осуществляется магниезависимый транспорт катионов, везикулярный транспорт, регуляция тонуса сосудов плаценты (вазоконстрикция – посредством магнийзависимых аденилатциклазы, фосфодиэстеразы и АТФаз).

Магний оказывает влияние на соединительную ткань плаценты. В норме: магнийзависимые ферменты приводят к активации матричных металлопротеиназ, лизилоксидазы, глутаминазы и замедлению синтеза коллагена, эластина и гиалоуронана. При магниевом дефиците белковый синтез соединительной ткани замедляется, увеличивается активность матричных металлопротеиназ, внеклеточная матрица прогрессивно деградирует, так как структурная поддержка ткани (в частности, коллагеновые волокна) разрушается быстрее, чем синтезируется.

Следует учитывать влияние на специфический и неспецифический иммунный ответ. Не менее 20 магнийзависимых плацентарных белков непосредственно задействованы в функционировании иммунной системы. Магний воздействует на продукцию цитокинов и на передачу импульса внутри клетки за счет рецепторных влияний. Дефицит магния приводит к ослабленному влиянию цитокинов на рецепторы клеток и, как следствие, цитокиновые воздействия.

Не менее 30 магнийзависимых плацентарных белков вовлечены в процессы апоптоза и пролиферации. Таким образом, баланс между клеточной пролиферацией и апоп-

ОТ НАУКИ К ПРАКТИКЕ

тозом лежит в основе правильного развития плаценты. Поэтому дефицит магния приводит к дисбалансу между пролиферацией и апоптозом: клетки, которые должны пролиферировать, отмирают (вследствие преждевременного апоптоза), в то время как клетки, которые должны инициировать апоптоз, будут продолжать размножаться. Стоит отметить антитромботический эффект магния (A. Halhali, S.J Wimalawansa, V. Berentsen и соавт., 2001), который активизирует синтез простаглицлина, подавляет тромбоксан А2, стабилизирует фибринолиз, угнетает выброс катехоламинов из депо, антагонизм с кальцием, снижает вазоконстрикции – дилатацию сосудов, улучшает фетоплацентарный, системный, церебральный кровоток. В результате при дополнительном введении магния во время беременности происходит: снижение тонуса матки (расслабление клеток), вазодилатация, улучшение кровотока в сосудах плаценты, снижение агрегации тромбоцитов (повышение активности простаглицлинов, снижение активности тромбоксанов). Кроме того, использование при беременности магния способствует регуляции функции

кишечника, адекватному функционированию ЦНС, периферической нервной системы, регуляции сосудистого тонуса, повышение устойчивости тканей плода к гипоксии, в том числе во время родов, а также снижению риска кровоизлияний в мозговую ткань ребенка (энергетическая поддержка клеток). Существуют группы женщин, нуждающиеся в обязательной дополнительной терапии магнием. Это пациентки, у которых в анамнезе невынашивание беременности (ранние выкидыши, преждевременные роды) и гестоз. Кроме того, в данную группу входят женщины с многоплодной беременностью, анатомическими аномалиями матки, состоянием после хирургической коррекции истинноцервикальной недостаточности, дефицитом магния, который проявляется клинически, а также пациентки с экстрагенитальной патологией – ГБ, заболеваниями сердца, гипертиреозом, почечной патологией, синдромами мальабсорбции и спастическими запорами. В исследовании L. Duley и соавт. (2004) был изучен эффект магния сульфата у женщин с преэклампсией. Плацебо-контролируемые исследования (проанализирова-

но 6 исследований), в которых участвовали 11 444 женщины, доказали, что применение магния сульфата снижает риск материнской смертности. Эффект магния сульфата был сопоставлен с фенитоином. В другой работе (L. Duley и D. Henderson-Smith, 2004) проанализировано 6 исследований, в которых участвовали 897 женщин. В результате была выявлена эффективность магниальной терапии: достоверно снижалась частота аспирационной пневмонии, ИВЛ, пребывания в ПИТ. Необходимость профилактического использования препаратов магния также подтверждена рядом исследований. Мета-анализ (G.L. Young и соавт., 2002 г.) 5 плацебо-контролируемых исследований с участием 352 женщин (при использовании соли магния лактата и цитрата в суточной дозе 300 мг) доказал безопасность и эффективность этих препаратов для профилактики магниевого дефицита ликвидации судорог ног. К тому же другой мета-анализ (L.M. Kovacs и соавт., 1988 г.), обобщивший результаты 6 исследований, в которых участвовали 2637 беременных женщин, показал благоприятное влияние магния на течение беременности и развитие





плода. В сравнении с плацебо перорально применение препаратов магния начиная с 25 недели беременности приводило к значительному снижению частоты преждевременных родов. В работе Л.И. Ковач (1991 г.) были обследованы 856 беременных, женщины ежедневно и до 16 недель беременности принимали 360 мг магния. В результате было отмечено достоверное снижение частоты преждевременных родов, ЗРП, преэклампсии в группе, принимавшей магний.

В течение 10 лет проводились исследования, в которых изучалась эффективность препарата Магне В₆[®]. Данное лекарственное средство содержит органическую соль – магния лактат (таблетки 48 мг Mg, ампулы 100 мг Mg). Средняя суточная доза – 4 таблетки или 2 ампулы раствора для приема внутрь. Магне В₆[®] обладает спазмолитическим, седативным, антистрессовым, мягким послабляющим эффектом, а также хорошо переносится пациентками (отмеченный побочный эффект – диарея).

В исследовании В.М. Сидельниковой (2002 г.) были пролечены 200 женщин с угрозой прерывания беременности. У всех пациенток в анамнезе от 2 до 12 самопроизвольных прерываний беременности, в среднем – 3,4 на женщину. Полиэтиологичная природа невынашивания беременности: гиперандрогения – 27%, АФС и сенсibilизация к ХГЧ – 42%. ИЦН – 32%, совместимость по системе HLA – 5,9%, особенности кариотипа супругов – 7%. В результате лечения препаратом Магне В₆[®] произошло

уменьшение сроков пребывания в стационаре с 14,5 до 9,1 койко-дня, снижение ЗРП – на 10%, не было отмечено тяжелого гестоза, у 85% женщин наблюдалась нормализация сна, снижение тревоги, беспокойства, у 65% – быстрая нормализация тонуса матки, а также хорошая работа кишечника отмечалась у всех пациенток.

В работе по исследованию эффективности Магне В₆[®] у беременных на ранних сроках (Н.К. Тетрашвили, В.М. Сидельникова) было обследовано 120 супружеских пар с 2 и более ранними выкидышами в анамнезе. Средний возраст пациенток оставил 32,1 ± 1,8 лет. В анамнезе от 2 до 8 самопроизвольных прерываний беременности, в среднем – 3,4 на пациентку. С момента установления беременности (в сроке 5-6 недель) помимо коррекции причинных факторов назначалась терапия препаратом Магне В₆[®], в дозе 4 таблетки в сутки (восполнение суточной потребности в магнии). Длительно, как минимум до 20 недель беременности в непрерывном режиме.

Причинами привычного невы-

нашивания беременности стали: антифосфолипидный синдром и сенсibilизация к ХГЧ у 40%, совместимость по системе HLA – у 18,3%, гормональные нарушения – у 36,6%, пороки развития матки – у 5,1%.

Результаты вышеуказанного исследования в I триместре показали у 83% женщин быструю нормализацию тонуса матки, в 79,2% наблюдений наблюдались нормализация сна, снижение тревоги, беспокойства. Отмечено снижение частоты образования гематом в полости матки в I триместре – 17,5% в основной группе по сравнению 29,2% в группе контроля; снижение потребности в назначении антиагрегатной терапии с 37,5% до 19,2%. Кроме того, назначение антикоагулянтов потребовалось почти с одинаковой частотой в группах, принимающих и не принимающих магний, – 27,5% и 29,2% соответственно.

Результаты лечения во II и III триместрах беременности показали отсутствие тяжелого гестоза, гестоз легкой и средней тяжести встречался в 2 раза реже в группе, получавшей в I триместре Магне В₆[®] – 3,3% и 6,6% соответственно. Частота возникновения угрозы позднего выкидыша и преждевременных родов была у 18,3% и 30% соответственно, то есть значительно реже в группе пациенток, принимавших магний. ЗРП – 9,2% в группе принимавших магний и 15% – в группе без магниальной терапии. Процент невынашивания беременностей составил 96,7%.

Таким образом, применение препарата Магне В₆[®] при осложненной беременности доказало свою клиническую эффективность. 



Материал подготовила В. Маркова



Магний — женский минерал №1



Магне В₆[®] при состоянии дефицита магния в акушерстве и гинекологии

Для профилактики угрозы прерывания
беременности и гестоза:

- способствует нормализации тонуса матки
- улучшает маточно-плацентарное кровообращение
- способствует предупреждению эндотелиальной дисфункции

Сидельникова В.М. Применение Магне В₆[®] в клинике невынашивания беременности // Акушерство и гинекология, 2002, 6. Кошелева Н.Г. и соавт. Роль гипомagneмии в акушерской патологии. Применение препаратов магния. Метод. рекомендации, 2007.



Эффективно устраняет
симптомы предменструального синдрома:

- раздражительность
- нервозность
- повышенная утомляемость

Прилепская В.М. и соавт. Роль магния в развитии предменструального синдрома. М., 2003.

Рекомендуется для коррекции
психовегетативных расстройств
при климактерическом синдроме

Сметник В.П. и соавт. Магне В₆[®] в коррекции психовегетативных расстройств у женщин в постменопаузе // Фарматека. 2004. 15.



sanofi aventis

Главное – здоровье

Представительство АО «Санофи-авентис груп» (Франция).
Адрес: 115035, Москва, ул. Садовническая, д. 82, стр. 2.
Тел.: (495) 721-14-00, факс: (495) 721-14-11.
www.sanofi-aventis.ru, www.magne-b6.ru

С подробной информацией о препарате можно ознакомиться в инструкции по применению. Перед началом приема проконсультируйтесь с Вашим врачом.