

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ

Линева О.И., Давыдкин Н.Ф., Овчеренко Ю.А.

Самарский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии ИПО, г. Самара

Несмотря на существование разнообразных схем лечения хронической плацентарной недостаточности, поиск более эффективных методов лечения этой патологии продолжается и в настоящее время (Хафизьянова Р.Х., Бородин Ю.И., Працук С.А., 2003). Плацентарная недостаточность является конечным патологическим синдромом, причина которого при беременности трудноустранима, поэтому говорить о полном излечении данной патологии не представляется возможным. Вместе с тем большие компенсаторные возможности плаценты позволяют корректировать плацентарную недостаточность и добиваться определенных успехов в лечении (Владимирова Н.Ю., Баглай И.А.; 2004). Использование медикаментозных средств не всегда оказывает желаемый эффект на коррекцию внутриутробной гипоксии: более 70% патологии ЦНС новорождённых детей обусловлено гипоксией плода, несмотря на проводимую терапию (Абрамченко В.В., 1990; Кривоногова Т.С., Тютёва Е.Ю., Евтушенко И.Д. и др.; 2003).

Наиболее перспективным является проведение комплексного лечения с уменьшением фармакологической нагрузки на единую систему «мать-плацента-плод», что может быть достигнуто более широким применением немедикаментозных методов коррекции (Тулупова М.С., Столина М.Л., Ицкович А.И., 2003). Такой метод, как лечение кислородом под повышенным давлением, расширяет возможности патогенетической терапии острой и хронической гипоксии (С.Н. Ефуни, 1986; Глазова С.Е., Попова М.В., Магакян О.Г. и др.; 1999). В большинстве случаев ГБО позволяет быстро справиться с гипоксией, ликвидировать задолженность по кислороду и нормализовать важнейшие метаболические процессы даже в условиях недостаточного кровообращения (Щуковский В.В., 1997). Гипербарическую оксигенацию следует рассматривать не только как мощный антигипоксический фактор, но и как регулятор активности метаболических процессов (Глазова С.Е., Попова М.В., Магакян О.Г. и др.; 1999). Позитивные стороны гипербарической медицины весьма велики. Важная из них - это универсальность воздействия на организм в целом, поскольку вводится в него жизненно необходимый элемент, обеспечивающий физиологическое течение всех систем.

Целью настоящего исследования является оценка эффективности комплексного лечения плацентарной недостаточности с использованием гипербарической оксигенации. Для реализации поставленной цели были определены следующие задачи: оценить влияние ГБО-терапии на течение, исход беременности и состояние новорождённых у пациенток с плацентарной недостаточностью, определить воздействие гипербарической оксигенации на состояние фетоплацентарного комплекса.

Материал и методы исследования. В ходе исследования мы проанализировали 114 индивидуальных карт беременных с плацентарной недостаточностью (1 группа - 46 женщин, которым во время беременности было назначено комплексное лечение с применением ГБО-терапии, 2 группа - 41 женщина, получавшая стандартную медикаментозную терапию, 3 группа - 27 беременных без медикаментозной коррекции). Курс гипербарической оксигенации состоял из 5-7 сеансов, ежедневно по 30 минут, под давлением 1,3-1,4 ата, в барокамере «Иртыш» или «БЛКС-3С» в комплексе с общепринятым лечением. Все беременные прошли до и после лечения клинико-лабораторное и инструментальное обследование согласно «Отраслевым стандартам объёмов обследования и лечения в акушерстве, гинекологии и перинатологии» (1999) при данной патологии с учётом их коррекции на региональном уровне. Наблюдение за женщинами было начато в различные сроки гестации и развития плода.

Результаты исследования. Возраст больных колебался от 18 до 40 лет. В возрасте от 18 до 25 лет было 50% обследуемых женщин, от 26 до 30 лет - 30,8%, в возрасте от 31 до 35 лет - 17,5% женщин, старше 36 лет - 1,75% обследуемых.

Обращает на себя внимание тот факт, что в структуре экстрагенитальной патологии большой удельный вес у обследуемых женщин составляют заболевания почек - 24,6%, вегетососудистая дистония по гипотоническому типу - 13,3%, заболевания щитовидной железы - 12,8%, варикозное расширение вен нижних конечностей - 7,0%.

Отмечается большой удельный вес заболеваний передающихся половым путём, наиболее часто встречается уреаплазмоз - 25,4%, хламидиоз - 12,3%, гарднереллёз - 4,4%, трихомониаз - 3,5%, сифилис - 1,75% и неспецифические хронические воспалительные заболевания женских половых органов - 49,8%.

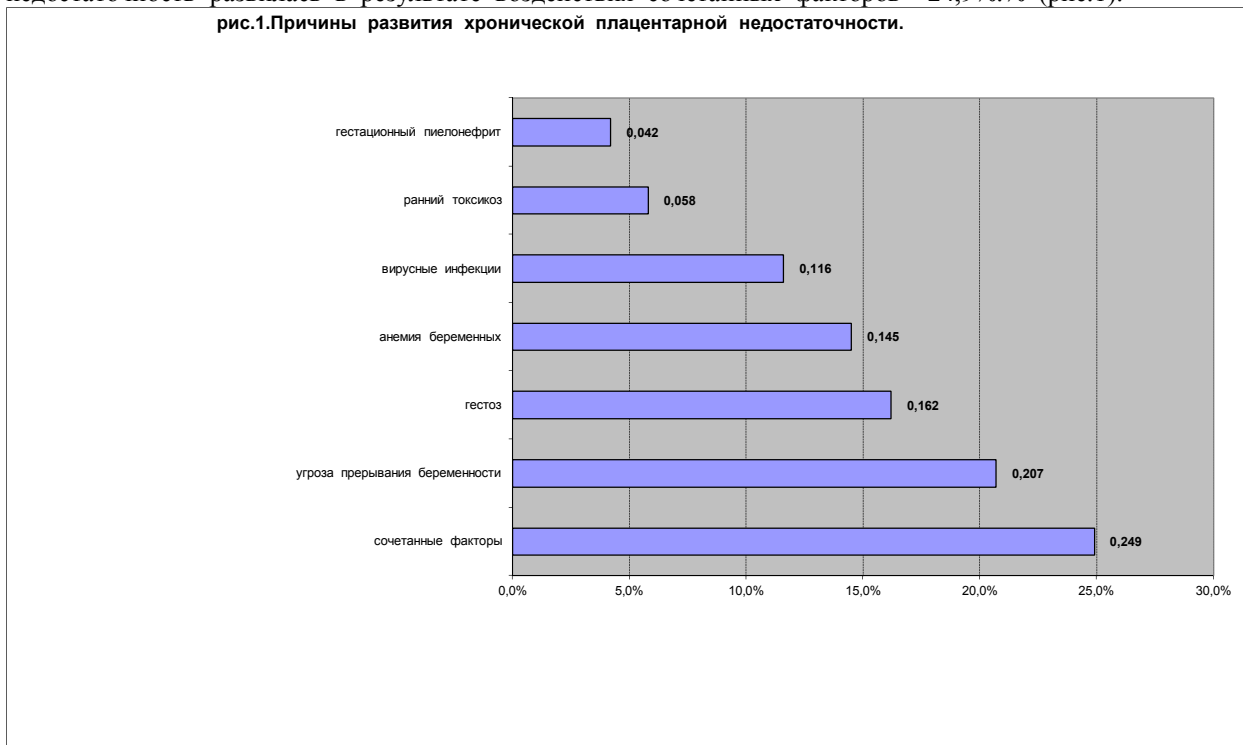
При анализе акушерского анамнеза были получены следующие данные: высокий процент первородящих старшего возраста - 33,5%, оперативного родоразрешения при первых родах - 7,6%, синдрома первичной потери беременности - 10,2%.

Таким образом, данная категория беременных характеризуется высокой частотой экстрагенитальных заболеваний и нарушений со стороны репродуктивной системы, что изначально создает неблагоприятный фон для нормального развития гестационного процесса.

Диагноз хроническая плацентарная недостаточность был впервые поставлен в сроке до 24 недель беременности у 10,3% женщин, с 24 по 30 неделю у 25% беременных, с 31 по 35 неделю у 48% больных и после 36 недель у 15% женщин.

На фоне высокой заболеваемости мы констатировали патологическое течение беременности во всех трёх триместрах у беременных с хронической плацентарной недостаточностью. Отмечается высокий удельный вес угрозы прерывания беременности – 20,7%, гестоза – 16,2%, анемии – 14,5%, вирусных инфекций – 11,6%, ранних токсикозов – 5,8%, гестационного пиелонефрита – 4,2%. Но в основном хроническая плацентарная недостаточность развилась в результате воздействия сочетанных факторов – 24,9%.% (рис.1).

рис.1.Причины развития хронической плацентарной недостаточности.



Изучение непосредственного влияния гипербарической оксигенации на клиническое течение беременности у женщин группы высокого риска убедительно продемонстрировало улучшение состояния больных. Об этом свидетельствует более быстрая нормализация общего состояния, купирование отёчного и гипертензионного синдрома у беременных с гестозом, уменьшение одышки, исчезновение гипертонуса миометрия у беременных с угрозой прерывания беременности, что в большинстве случаев позволило снизить количество назначаемых лекарственных препаратов.

Анализ дальнейшего течения беременности показал, что наиболее частым осложнением у беременных была анемия, однако у женщин, получавших гипербарическую оксигенацию она отмечалась реже, чем в остальных двух группах (10%, 13% и 18%).

При анализе течения родов были получены следующие данные. Самопроизвольные роды были у 88,9% женщин 1 группы, у 83,3% - второй и у 76,2% - третьей групп. Процент кесаревых сечений и наложения акушерских щипцов в первой группе меньше, чем в остальных (11,1%, 12,%, 23,8%) Это объясняется отсутствием в первой группе экстренных операций, проведенных в связи с резким ухудшением состояния плода. Декомпенсация плацентарной недостаточности была показанием к оперативному родоразрешению только в 3 группе исследования у женщин, не получавших адекватной патогенетической терапии. Преждевременные роды произошли у 4,2% 1 группы, у 7,2% - второй группы и у 17,8% - третьей группы. Улучшение компенсаторно-защитных возможностей плода и новорожденного после проведенных сеансов гипербарической оксигенации проявлялось в более высокой оценке их состояния по шкале Апгар. Так, в первой группе оценка 8-9 баллов на первой минуте была у 61% детей, во второй группе такую оценку получили 29% детей, в третьей – 13% новорожденных. Средние показатели параметров физического развития для новорожденных первой группы были следующими: масса тела 3355,0±30г, длина 52,6±0,3см. Во второй и третьей группе эти показатели были равны соответственно 3200,0±40г; 52,0±0,5см и 3114,0±80г; 51,25±0,8см. Из представленных данных видно, что средние показатели параметров физического развития в 1 группе достоверно выше, чем в остальных двух группах (p<0.05).

показатели	лечение с ГБО	стандартная терапия	без лечения
Масса ребенка	3355,0±30	3200,0±40	3114,0±80
Длина ребенка	52,6±0,3	52,0±0,5	51,25±0,8
Оценка по шкале Апгар на 1 мин	7,60±0,06	7,25±0,10	6,94±0,18
Оценка по шкале Апгар на 2 мин	8,36±0,6	8,12±0,09	7,89±0,15

Изучение периода адаптации убедительно продемонстрировало наличие более выраженных нарушений у детей, родившихся от матерей, не получавших лечение и у детей женщин 2 группы. В отделение патологии новорожденных для дальнейшего лечения были переведены: у женщин в первой группе 5,1% детей, во второй – 6,6% и в третьей – 24% детей (из них 16% детей с диагнозом перинатальная энцефалопатия гипоксического генеза).

При проведении анализа гистологического исследования плаценты были получены следующие данные: в первой группе 40,7% последов соответствовали сроку гестации, во второй группе - 16,7% и в третьей группе - лишь 9,5%. Удовлетворительные компенсаторные реакции в плаценте отмечались в 66,6% наблюдений в первой группе; во второй - 58,9%; в третьей – 14,3%. Инволютивно-дистрофические изменения в плаценте в первой группе составили 56%, во второй - 64%, в третьей- 84%. Выраженные признаки плацентарной недостаточности встречались в 7,4% последов первой группы, в 33,3% - второй группы, 43% - третьей группы. Разница с контролем статистически достоверна по всем показателям ($p < 0,05$).

Таким образом, несмотря на полиэтиологичность развития хронической плацентарной недостаточности, преобладает гипоксический генез страдания внутриутробного плода. В связи с чем, лечение должно носить комплексный характер и патогенетическую направленность. Такой метод, как лечение кислородом под повышенным давлением, расширяет возможности патогенетической терапии острой и хронической гипоксии. Анализ эффективности терапии ГБО при хронической плацентарной недостаточности выявил положительную динамику основных клинических проявлений плацентарной недостаточности и гестационных осложнений с сокращением сроков лечения, возможность пролонгирования беременности до жизнеспособного плода, более благоприятный прогноз для новорожденного. Полученные данные свидетельствуют, что ГБО-терапия, являясь безмедикаментозным и экологически чистым методом воздействия, в целом оказывает положительное влияние на организм женщины.

Это позволяет считать целесообразным применение гипербарической оксигенации в качестве компонента комплексного лечения и профилактики плацентарной недостаточности у беременных группы высокого риска.