

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

618.333: 616-085

Л.И. ГЕРАСИМОВА, Э.Н. ВАСИЛЬЕВА, Т.Г. ДЕНИСОВА, Г.Л. ДРАНДРОВ

Институт усовершенствования врачей Минздравсоцразвития Чувашии, г. Чебоксары

Комплексная терапия в профилактике первичной плацентарной недостаточности и синдрома задержки роста плода

Денисова Тамара Геннадьевна

доктор медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии

428000, г. Чебоксары, ул. 139 Стрелковой Дивизии, д. 20, кв. 89, тел. 8-905-197-37-07, e-mail: tomadenisova@rambler.ru

Обоснована возможность профилактики развития синдрома задержки роста плода на основе скрининговой оценки факторов риска по разработанной программе для ЭВМ и применения профилактического и лечебного комплекса в определенные сроки беременности.

Ключевые слова: беременность, задержка роста плода, факторы риска, профилактика, лечение.

L.I. GERASIMOVA, E.N. VASILYEVA, T.G. DENISOVA, G.L. DRANDROV

Institute of Postgraduate education of physicians Department of Health and Social Development of Chuvash Republic

Hormone therapy in the prevention of primary placental insufficiency and fetal growth retardation syndrome

The possibility of preventing the development of fetal growth retardation syndrome on the basis of screening evaluation of risk factors by the developed computer program was justified and the application of preventive and medical complex at certain stages of pregnancy.

Keywords: pregnancy, fetal growth retardation, risk factors, prevention, treatment.

На фоне снижения качества здоровья беременных женщин ухудшаются показатели воспроизводства населения, в популяции беременных накапливаются неблагоприятные факторы риска, обусловленные негативными тенденциями состояния здоровья женщин детородного возраста [1, 4, 6].

Здоровье человека закладывается в период антенатального развития и обуславливается рядом факторов. Задержка внутриутробного развития является фактором риска заболеваний центральной нервной, сердечно-сосудистой систем и болезней обмена веществ. Факторы, приводящие к дефициту массы тела при рождении, способны стойко изменять структуру тела, нарушать метаболическую стабильность, снижать уровень адаптационных возможностей организма, реализующихся через деятельность эндокринной, иммунной, нервной и сердечно-сосудистой систем [2, 3, 7, 11].

Своевременная диагностика и адекватная терапия различных осложнений течения беременности, нарушений внутриутробного развития плода, поиск рациональных методов ведения беременных и тактики родоразрешения становятся одной из ведущих тенденций современного акушерства, важным аспектом медико-социальной проблемы и привлекают внимание ученых всего мира [5, 8, 9, 10].

Целью работы явилась разработка метода прогнозирования и профилактики рождения детей с синдромом задержки роста плода.

Материалы и методы

Течение беременности, родов и перинатальные исходы изучались у 200 женщин с доношенной беременностью. Необходи-

мость профилактики развития синдрома задержки роста плода оценивалась на основе скрининговой оценки факторов риска по разработанной авторами программе для ЭВМ «Мониторинг факторов риска рождения детей с задержкой внутриутробного развития» (свидетельство РФ № 2010615035, 2010). Основную группу составили 100 пациенток, выделенных при первой явке в группу риска формирования синдрома задержки роста плода, беременность у них велась по разработанной нами методике для профилактики задержки внутриутробного развития.

В группу сравнения вошли 100 беременных, выделенных в группу риска, отказавшихся от предложенной им методики. Для более точной оценки эффективности методики подбирались пары беременных в основной группе и группе сравнения по возрасту, паритету, наличию экстрагенитальной патологии. Беременные обследовались по единой программе, предполагающей изучение общесоматического статуса, акушерско-гинекологического анамнеза, особенностей течения беременности. Женщины основной группы и группы сравнения были сопоставимы по всем показателям с несущественными отличиями.

Критериями включения в исследование явились:

— гинекологические заболевания: хронический эндометрит, воспалительные заболевания органов малого таза, аденомиоз и бесплодие в анамнезе;

— отягощенный акушерский анамнез: повышенная репродуктивная активность, привычное невынашивание, антенатальная гибель плода, рождение маловесных детей в анамнезе, гестоз, угроза прерывания, многоплодная беременность, предлежание плаценты, плацентарная недостаточность в предыдущие беременности;

— социально-бытовая неустроенность: низкий уровень образования, неполная семья, психоэмоциональный стресс, возраст старше 30 лет, производственная вредность, недостаточное потребление белков в пище, тяжелый физический труд, вредные привычки (курение, алкоголь);

— экстрагенитальная патология: гипертоническая болезнь, сахарный диабет, заболевания легких, ЖКТ, сердечно-сосудистые заболевания;

— носители условно-патогенных возбудителей (часто болевшие в детстве, страдающие хроническим тонзиллитом, гайморитом, пиелонефритом, дисбактериозом).

Для женщин группы риска нами была разработана методика медикаментозной пренатальной профилактики задержки внутриутробного развития плода, которая заключалась в дополнительном приеме препаратов в течение 10-14 дней в сроки 14-16, 20-24, 30-34 недели беременности.

Согласно этой методике при первой явке основной группе был назначен прогестерон натуральный микронизированный по 200 мг интравагинально 2 раза в день до 18 недель (гестагенное средство, оказывает селективное воздействие на эндометрий, способствует образованию нормального секреторного эндометрия у женщин; уменьшает возбудимость и сократимость мускулатуры матки и труб, показан во всех случаях эндогенной недостаточности прогестерона). Назначался также поливитаминный комплекс комбинированный с микро- и макроэлементами. После консультации эндокринолога был рекомендован йодид калия по 200 мг в сутки для восполнения дефицита йода в организме для нормализации функции щитовидной железы, что особенно важно при беременности. Женщины получали также комплекс незаменимых полиненасыщенных жирных кислот семейства омега-3 и сухой водный экстракт свежих листьев артишока (гепатопротектор растительного происхождения с желчегонным и диуретическим эффектом).

Для улучшения белкового и жирового обмена был назначен левокарнитин по 8 капель 3 раза в день — природное вещество, родственное витаминам группы В. Препарат повышает устойчивость к физическим нагрузкам, угнетает образование кетокилот и анаэробный гликолиз, уменьшает степень лактатацидоза, способствует экономному расходованию гликогена и увеличивает его запасы в печени и мышцах. Оказывает анаболическое и липолитическое действие. Для активизации лимбико-гипоталамо-ретикулярного комплекса и улучшения кровообращения в функциональной системе мать-плацента-плод применялся комбинированный препарат, обладающий нейротропным действием, основанном на взаимном потенцировании эффектов составляющих его компонентов: этофиллина, этамина и гексобендина (сочетающий ноотропный, сосудистый и нейротонический компоненты).

В 14-16 недель был назначен профилактический курс лечения в дневном стационаре: декстроза 5% — 400,0 + депротеинизированный гемодериват из телячьей крови с низкомолекулярными пептидами и дериватами нуклеиновых кислот 5,0 в/в; сухой водный экстракт свежих листьев артишока по 2 таблетки 3 раза в день (при патологии печени и желчевыводящих путей); комплекс незаменимых полиненасыщенных жирных кислот семейства омега-3 по 1 таблетке 2 раза в день; левокарнитин по 8-10 капель 3 раза в день; надропарин кальция 0,3 г/к (после результатов гемостазиограммы). С учетом того, что до 28 недель завершается до 90% роста плода, всем беременным основной группы был проведен этот же профилактический курс лечения в стационаре в 22-24 недели и в 32-34 недели.

В группе сравнения при первой явке была рекомендована витаминотерапия, после консультации эндокринолога — калия йодид по 200 мг в сутки. От предложенного профилактического лечения ЗВРП и плацентарной недостаточности беременные отказались.

Результаты исследования

При анализе течения беременности выявлено, что осложнения беременности наблюдались в 1-й группе у 32 (32%), во 2-й группе у 82 (82%). По данным лабораторных исследований, у 52 женщин (52%) 1-й группы отмечены признаки урогенитальной инфекции, во 2-й группе — у 46 (46%). В обеих группах на сроке беременности 14-16 недель было проведено антибактериальное лечение полусинтетическим антибиотиком из подкласса азалида в дозе по 0,5 г 1 раз в день в течение 6 дней совместно с интерфероном альфа-2b + таурин ректально.

Беременность была отягощена ранним токсикозом у 17 (17%) в 1-й группе и 54 (54%) во 2-й группе; угрозой прерывания у 12 (12%) в 1-й группе и 51 (51%) во 2-й группе; плацентарной недостаточностью у 10 (10%) в 1-й группе, 45 (45%) — во 2-й группе; гестозом у 17 (17%) в 1-й группе, 55 (55%) — во 2-й группе, причем необходимо отметить, что проявления гестоза в 1-й группе были выражены незначительно, во 2-й группе наблюдались эпизоды повышения артериального давления до 160 мм рт. ст.

На УЗИ на малых сроках обращали внимание на низкую имплантацию плодного яйца, нечеткую визуализацию эмбриона, наличие участков отслойки хориона, аномальный желточный мешок, который может быть неправильной формы, смещен к периферии или кальцифицирован, несоответствие диаметра плодного яйца гестационному сроку, сохранение пульсирующего характера кровотока по данным доплерометрии. УЗИ в 12-14 недель в основной группе не выявило отклонений в состоянии маточно-плацентарного комплекса, а в группе сравнения были обнаружены ретрохориальные гематомы в 47%, гипоплазия плаценты — в 25% случаев.

В основной группе в 86% случаев УЗИ на сроке 22-24 недели не выявило отклонений в состоянии маточно-плацентарного комплекса, в 9% были обнаружены признаки плацентита (проведена антибактериальная терапия: полусинтетическим антибиотиком из подкласса азалида в дозе по 0,5 г 1 раз в день в течение 6 дней).

По результатам УЗИ, в группе сравнения беременность в 22-24 недели у 42% женщин протекала на фоне хронической функциональной плацентарной недостаточности, с признаками плацентита у 17%, у 35% было отмечено повышение уровня хорионического гонадотропина. Беременные были госпитализированы в акушерское отделение, получали лечение: депротенинизированный гемодериват из телячьей крови 5,0 в/в, дипиридамоп по 25 мг 3 раза в день перорально, тиамин пиродифосфат 100 мг в/в, антибактериальную терапию. В обеих группах оценивался биофизический профиль плода. При УЗИ обращали внимание на наличие СЗРП, дыхательные движения, двигательную активность плода, мышечный тонус плода, количество околоплодных вод (многоводие, маловодие), степень зрелости плаценты, диаметр и гиперизвитость пуповины. Допплерометрия позволяла выявить нарушения маточно-плацентарного и плодно-плацентарного кровотока (повышение индексов сосудистого сопротивления в маточно-плодном кровотоке, отсутствие диастолического компонента кровотока или его ретроградное направление). В обеих группах 1 раз в 5 дней проводилась оценка результатов доплерометрии и антенатальной КТГ, начиная с 32 недель, а перед родами КТГ с функциональными пробами (нестрессовый тест, функциональные тесты: тест с задержкой дыхания матери, холодовой тест, степ-тест, кислородный тест, тест на звуковую стимуляцию).

При УЗИ на сроке 32-34 недели беременности у 88% женщин основной группы была определена 1-я степень зрелости плаценты, предполагаемая масса плода составила 2470 г ± 120 г. ЗВРП, асимметричная форма, 1-й степени была выявлена у 8 беременных (8%). Нарушений кровотока и изменений КТГ не было обнаружено.

У 53% беременных группы сравнения на сроке 32-34 недели беременности степень зрелости плаценты соответствовала 2-3-й степени, предполагаемая масса плода равнялась 2120 г ± 142. Диагноз «СЗРП 1-й ст. асимметричная форма» был выставлен 19 беременным (19%), «СЗРП 2-й ст. асимметричная форма» — 6 беременным (6%) группы сравнения. В группе сравнения нарушение маточно-плацентарного кровотока при сохраненном плодно-плацентарном кровотоке (1А ст.) было обнаружено у 15 беременных с ЗВРП 1-й ст. и у 2 беременных с симметричной формой ЗВРП, нарушения ППК при сохраненном МПК (1Б ст.) у 1 беременной с ЗВРП 2-й степени (им была проведена доплерометрия, без фетометрии, через день и ежедневная КТГ); нарушение МПК и ППК, не достигающее критических значений (2-й ст.), у 1 беременной с ЗВРП симметричной формы (ей было назначено обследование: доплерометрия, КТГ ежедневно).

При КТГ плода обращали внимание прежде всего на наличие монотонного типа в кардиотоахнограмме, снижение variability базального ритма, числа акцелераций, их амплитуды и продолжительности, появление децелераций.

Беременные госпитализировались в стационар для лечения: депротенинизированный гемодериват из телячьей крови с низкомолекулярными пептидами и дериватами нуклеиновых кислот 5,0 в/в, дипиридамоп по 25 мг 3 раза в день перорально, тиамин пиродифосфат 100 мг в/в, надропарин кальция 0,3 п/к.

Выбор оптимального срока и метода родоразрешения зависел от адаптационных резервных возможностей плода и основывался на оценке выраженности фетоплацентарной

недостаточности, гипоксии плода и формы синдрома задержки развития плода.

Показаниями к плановому кесареву сечению со стороны плода явились: снижение variability базального ритма, числа акцелераций, их амплитуды и продолжительности; гемодинамические нарушения плодово-плацентарного кровотока II степени при наличии двусторонних изменений; СЗРП в сочетании с гестозом, перенашиванием беременности (было диагностировано у 12 беременных группы сравнения — беременность закончилась операцией кесарева сечения в плановом порядке).

В основной группе операцией кесарева сечения в плановом порядке закончились 2 беременности по сочетанным показаниям: 1 случай — «пожилая» первородящая, тазовое предлежание плода мужского пола; второй случай — гестоз, ЗВРП 1-й ст., длительное бесплодие в анамнезе. Беременным, которым было решено провести программированные роды (25 женщин), для подготовки шейки матки к родам использовался конкурентный ингибитор прогестерона 200 мг и динопростон 0,5 мг.

Масса тела при рождении у детей женщин основной группы в 90% случаев превысила 3100 г, все дети родились без признаков внутриутробной задержки развития. В группе сравнения 31% детей родилось с массой тела менее 3000 г и признаками задержки внутриутробного развития.

Сравнительный анализ состояния новорожденных выявил, что у новорожденных основной группы гипоксии плода тяжелой степени не было, тогда как в группе сравнения данный показатель составил 13%. В основной группе 90 детей (90%) родились в удовлетворительном состоянии (оценка по Апгар — 8-10 баллов); в состоянии гипоксии легкой степени — 8 (8%); средней степени тяжести — 2 (2%); тяжелой степени — 0. В группе сравнения число детей, родившихся в состоянии гипоксии, было значительно больше: легкой степени — 10 (10%); средней степени тяжести — 9 (9%); тяжелой степени — 12 (12%).

У 20 новорожденных (20%) в основной группе отмечен: синдром гипервозбудимости, у 3 (3%) кефалогематома, у 7 (7%) гипербилирубинемия. В группе сравнения у новорожденных: синдром гипервозбудимости был выявлен в 2,5 раза (50%), кефалогематома в 3 раза чаще (9%); у 10 новорожденных (10%) отмечено ВЖК, у 4 (4%) — перелом ключицы, у 12 (12%) — полицистемический синдром, у 20 (20%) — гипербилирубинемия, у 5 (5%) меконияльная аспирация, у 6 (6%) — геморрагический синдром.

Таким образом, выявление беременных группы риска рождения доношенных детей с синдромом задержки внутриутробного развития и применение разработанных профилактических мероприятий — инструмент для повышения здоровья рождающихся детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. Выпуск 2 / под ред. В.И. Кулакова. — М., 2008. — 560 с.
2. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. Выпуск 3 / под ред. Г.М. Савельевой. — М., 2008. — 506 с.
3. Акушерство и гинекология. Консультант врача. Электронная информационно-образовательная система на CD. — М., 2007.
4. Акушерство: национальное руководство / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 1200 с. (Серия «Национальные руководства»).
5. Крымшохалова З.С. К вопросу о курабельности синдрома задержки роста плода / З.С. Крымшохалова [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога, 2008. — Том 8. — № 3. — С. 59-61.

Полный список литературы на сайтах www.mfv.ru, www.parchive.ru