

Новые подходы к диагностике и коррекции плацентарной недостаточности

Е.Н. Гужвина, О.Б. Мамиев, Л.И. Ильенко

Астраханская государственная медицинская академия; Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Novel approaches to diagnosing and correcting placental insufficiency

E.N. Guzhvina, O.B. Mamiyev, L.I. Ilyenko

Astrakhan State Medical Academy; N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

Исследована эффективность препаратов природного происхождения траумель С и плацента композитум в комплексной профилактике и лечении беременных группы риска по развитию плацентарной недостаточности. Обследованы 172 беременные, их плоды и новорожденные дети с применением клинических и инструментальных методов исследования. Для оценки функционального состояния системы мать — плацента — плод применялось ультразвуковое исследование, доплерометрия сосудов матки и плода (эмбриона) в покое и на фоне функциональной пробы. Проведено гистологическое исследование плацент. В основную группу вошли 92 беременные, получавшие комбинированную терапию, группу сравнения составили 80 беременных, получавших стандартную профилактику и терапию плацентарной недостаточности. Включение средств природного происхождения в программу профилактики и лечения плацентарной недостаточности способствует значительному улучшению течения беременности и исхода родов, состояния новорожденных, их адаптации к внеутробной жизни.

Ключевые слова: беременные женщины, плоды, новорожденные, плацентарная недостаточность, природные препараты.

The efficacy of the drugs of natural origin Traumeel S and Placenta Compositum in the comprehensive prevention and treatment of pregnant women at risk for placental insufficiency was investigated. One hundred and seventy-two pregnant women, their fetuses, and newborn babies were examined by clinical and instrumental studies. Ultrasonography and Doppler studies of uterine and fetal (embryonic) vessels at rest and during a functional test were performed to evaluate the functional state of the mother-placenta-fetus system. Placentas were histologically studied. A study group included 92 pregnant women who received combination therapy; a comparison group consisted of 80 pregnant women who had conventional prevention and treatment of placental insufficiency. Incorporation of the drugs of natural origin into the placental insufficiency prevention and treatment program contributes to a considerable improvement of the course of pregnancy and birth outcome, the status of newborn infants, and their adaptation to extra-uterine life.

Key words: pregnant women, fetuses, newborn infants, placental insufficiency, natural drugs.

Плацентарная недостаточность представляет собой одну из важнейших проблем акушерства, неонатологии и перинатологии. Функциональная несостоятельность плаценты служит основной причиной внутриматочной гипоксии, задержки роста и развития плода, его травм в процессе родов. Клинические проявления угрозы прерывания беременности и тяжесть позднего гестоза также непосредственно связаны с процессами, происходящими в плаценте [1].

К настоящему времени известны ставшие уже

классическими схемы лечения хронической плацентарной недостаточности [2—5]. Несмотря на успехи в изучении данной проблемы, остается ряд трудностей. Многофакторность этиологии и патогенеза этой патологии определяет ее широкую распространенность; весьма актуальна разработка новых методов профилактики и лечения хронической плацентарной недостаточности.

В настоящее время значительный интерес акушеров и неонатологов привлекает применение препаратов природного происхождения, к которым, в частности, относятся комплексные гомеопатические средства. Последнее десятилетие ознаменовалось циклом работ, посвященных применению этих препаратов в различных отраслях медицины, в первую очередь в педиатрии [6—10]. Несколько менее активно исследовалась эффективность применения препаратов природного происхождения в акушерстве.

Цель: оценить эффективность антигемостатических препаратов траумель С и плацента композитум для профилактики хронической плацентарной недостаточности на ранних сроках беременности.

© Коллектив авторов, 2012

Ros Vestn Perinatol Pediat 2012; 6:11–16

Адрес для корреспонденции: Гужвина Елена Николаевна — к.м.н., доц. каф. акушерства и гинекологии лечебного факультета Астраханской государственной медицинской академии

414000 Астрахань, ул. Бакинская, д. 121

Мамиев Олег Борисович — д.м.н., проф. той же каф.

Ильенко Лидия Ивановна — д.м.н., проф., зав. каф. госпитальной педиатрии с курсом традиционных методов лечения Московского факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

117997 Москва, ул. Островитянинова д. 1

ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено комплексное обследование 172 беременных группы высокого риска по развитию хронической плацентарной недостаточности, их плодов и новорожденных детей с применением клинических и инструментальных методов. Для оценки функционального состояния системы мать — плацента — плод были применены инструментальные методы: ультразвуковое исследование и доплерометрия сосудов матки и плода (эмбриона) в покое и на фоне функциональной пробы Даньини — Ашнера. Проводилось гистологическое исследование плацент.

В основную группу наблюдения вошли 92 беременные, получавшие комбинированную терапию, направленную на профилактику хронической плацентарной недостаточности, и их новорожденные. Группу сравнения составили 80 беременных, получавших стандартную терапию хронической плацентарной недостаточности, и их новорожденные. Группа контроля включала 36 женщин с физиологическим течением беременности и нормальным исходом родов.

Комплексный гомеопатический препарат траумель С («Биологише Хаймиттель Хель ГмбХ», Германия), широко применяющийся в спортивной медицине, педиатрии и неонатологии, является высокоэффективным лечебным средством, не обладающим токсичностью, безопасен для применения в лечебных программах различных острых и хронических заболеваний как у взрослых, так и у детей. В состав препарата траумель С входят арника, аконит, календула, беладонна, гепарсульфур, эхинацея, ромашка, гиперикум, миллефолиум. Механизм действия обусловлен сочетанием ряда эффектов, в том числе стабилизацией тонуса сосудов, активацией клеточного дыхания, стимуляцией защитных сил организма, обезболивающим эффектом [10]. Эти качества препарата послужили показанием для его назначения при хронической плацентарной недостаточности. На-

ряду с этим применяли препарат плацента композитум («Биологише Хаймиттель Хель ГмбХ», Германия), состоящий из вытяжек различных органов и биологических средств, оказывающий венотонирующее, сосудорасширяющее, обезболивающее, стимулирующее периферическое кровообращение, антиспастическое действие, улучшающее микроциркуляцию.

После получения информированного согласия женщин нами осуществлялась профилактика хронической плацентарной недостаточности в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара в сроки беременности от 10 до 14 нед (стартовая схема) и в 20–24 нед (повторный курс) по стандартным общепринятым схемам (дюфастон, витамин Е, актовегин) и по комбинированной схеме с добавлением препаратов природного происхождения (табл. 1).

Выбор формы лекарственного средства траумель С осуществлялся с учетом сопутствующей патологии, осложнившей течение данной беременности, наличия экстрагенитальных заболеваний и удобства применения для женщины. При угрозе прерывания беременности рекомендовалось применение мази траумель С в виде аппликаций на низ живота 2 раза в день. При раннем токсикозе беременных проводилось внутримышечное введение препарата. В амбулаторных условиях предпочтение отдавалось таблетированной форме и каплям для приема внутрь.

При проведении повторного курса лечения также применялись различные формы препарата траумель С в сочетании с препаратом плацента композитум. В амбулаторных условиях предпочтение отдавалось таблетированной форме и каплям для приема внутрь. При угрозе прерывания беременности, начальных проявлениях О-гестоза, снижении гормональной функции плаценты или выявлении гемодинамических нарушений маточно-плацентарного кровотока проводилось внутримышечное введение природных лекарственных средств (см. табл. 1).

Таблица 1. Схема профилактики и лечения хронической плацентарной недостаточности комплексными гомеопатическими препаратами

Препарат	Курс профилактики	Форма препарата	Кратность приема
Срок беременности 10–14 нед			
Траумель С	12–14 дней	Мазь	По 4 см на низ живота 2 раза в день
	14 дней	Капли	По 10 капель 3 раза в день
	3–4 нед	Таблетки	По 1 таблетке 3 раза в день сублингвально
	10 дней	Раствор для в/м введения	1 ампула (2,2 мл) в/м через 1 день, №5
Срок беременности 20–24 нед			
Траумель С	14 дней	Капли	По 10 капель 3 раза в день
	3–4 нед	Таблетки	По 1 таблетке 3 раза в день сублингвально
	10 дней	Раствор для в/м введения	1 ампула (2,2 мл) в/м через 1 день, №5
Плацента композитум*	3–4 нед	Раствор для в/м введения	1 ампула (2,2 мл) в/м 1 раз в 5 дней

*Примечание.** В день внутримышечного (в/м) введения препарата плацента композитум препарат траумель С не применялся.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Одним из общепризнанных методов пренатальной диагностики является ультразвуковое доплеровское исследование сосудов системы мать — плацента — плод (доплерометрия). Эта процедура безболезненна и безвредна для матери и плода. Доплерометрия позволяет определить точное расположение сосуда, направление и скорость кровотока в разные фазы сердечного цикла и, таким образом, оценить состояние кровотока в системе мать — плацента — плод и выявить ранние признаки расстройства плацентарной функции. От состояния маточно-плацентарного кровотока зависит развитие беременности; изменения в нем являются начальными признаками возможных нарушений.

Уменьшение периферического сосудистого сопротивления на протяжении I триместра беременности отражает процесс преобразования эндометриальных сегментов спиральных артерий в ходе первой волны инвазии трофобласта в миометрий. Воздействие повреждающего агента на этих сроках гестации может нарушить формирование полноценной плаценты и способствует в дальнейшем развитию хронической плацентарной недостаточности (табл. 2).

Обращают на себя внимание весьма высокие исходные показатели индекса резистентности в маточной артерии у женщин группы риска по развитию хронической плацентарной недостаточности ($p < 0,05$ по сравнению с контролем) и в аорте плода ($p < 0,01$) соответственно. На фоне функциональной пробы индекс резистентности в маточной артерии практически не менялся, в то время как данный показатель в аорте плода снижался, оставаясь достаточно высоким ($p < 0,01$) по отношению к контролю. Такая динамика показателей маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока свидетельствует о низких резервных возможностях фетоплацентарной системы и, в конечном итоге, приводит к развитию хронической плацентарной недостаточности.

Результаты комплексного доплерометрического исследования кровотока в фетоплацентарной системе на ранних сроках гестации свидетельствовали об имевшихся гемодинамических изменениях в пла-

центе у женщин группы риска по развитию хронической плацентарной недостаточности, что выражалось в увеличении индекса резистентности в аорте плода на 20,6%. Вероятно, данные параметры являются предикторами неблагоприятного исхода в фетоплацентарной системе на ранних сроках гестации. Сформулированная подобным образом концепция делает перспективным осуществление целенаправленной профилактики и терапии плацентарной недостаточности у женщин группы высокого риска по развитию хронической плацентарной недостаточности на ранних сроках беременности, т. е. в период становления и развития фетоплацентарного комплекса.

У беременных основной и контрольной групп мы проводили доплерометрию сосудов матки и плода до начала и после профилактического лечения хронической плацентарной недостаточности по стандартным и комбинированным схемам (табл. 3). На фоне лечения отмечается тенденция нормализации показателей индекса резистентности в сосудах матки и плода, более выраженная на фоне комбинированной терапии. Вероятно, многокомпонентное регулирующее воздействие препаратов природного происхождения вызывает улучшение гемодинамики в системе мать — плацента — плод, особенно в микроциркуляторном русле.

В подтверждение вышеизложенного мы сочли необходимым провести сравнение результатов гистологического исследования плацент у женщин исследуемых групп. У женщин основной группы, получавших комплексную профилактику хронической плацентарной недостаточности, отмечалось незначительное снижение частоты хронической плацентарной недостаточности (42,4 против 47,5% в группе сравнения) по данным гистологического исследования. В то же время определялись значительные различия в структуре хронической плацентарной недостаточности в двух исследуемых группах. У женщин, получавших комплексную профилактику на протяжении беременности, почти в 2 раза реже имели место тяжелые формы плацентарной недостаточности (декомпенсированная и субкомпенсированная). Наиболее часто (79,5%) в указанной группе по данным гистологиче-

Таблица 2. Изменения гемодинамических показателей в системе мать — плацента — плод на фоне пробы Даныни—Ашнера у обследуемых женщин по данным доплерометрии

Группа	Индекс резистентности			
	маточная артерия		аорта плода	
	до пробы	после	до пробы	после
Группа контроля ($n=36$)	$0,78 \pm 0,04$	$0,75 \pm 0,05$	$0,68 \pm 0,02$	$0,67 \pm 0,06$
Беременные группы риска по развитию ХПН ($n=172$)	$0,83 \pm 0,03$	$0,81 \pm 0,05$	$0,84 \pm 0,08$	$0,77 \pm 0,02$
p	$< 0,05$	$< 0,05$	$< 0,01$	$< 0,01$

Примечание.* ХПН — хроническая плацентарная недостаточность.

Таблица 3. Показатели кровотока в маточной артерии и аорте плода (индекс резистентности, $M \pm m$) в зависимости от вида профилактики хронической плацентарной недостаточности на ранних сроках беременности

	Основная группа (комплексная профилактика), $n=92$	Группа сравнения (стандартная профилактика), $n=80$
Маточная артерия		
до лечения	$0,83 \pm 0,02$	$0,83 \pm 0,03$
после лечения	$0,81 \pm 0,03$	$0,76 \pm 0,03^*$
Аорта плода		
до лечения	$0,84 \pm 0,04$	$0,85 \pm 0,02$
после лечения	$0,78 \pm 0,03$	$0,70 \pm 0,02^*$

Примечание.* — Статистически достоверные различия ($p < 0,05$) по сравнению с аналогичным показателем в основной группе.

ского исследования встречалась компенсированная форма хронической плацентарной недостаточности, в то время как в группе сравнения на долю данного осложнения приходилось 60,5% (табл. 4).

Нами проведена клиническая оценка течения родов у обследованных и пролеченных беременных с хронической плацентарной недостаточностью. Наиболее частыми осложнениями в родах были раннее и преждевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности. Следует отметить положительное влияние проводимого лечения, выразившееся в снижении частоты несвоевременного излития вод (26,1 против 40% в группе сравнения, получавшей стандартную терапию) и аномалий родовой деятельности (13 против 20%). Патологическая кровопотеря в послеродовом и раннем послеродовом периодах в основной группе встречалась у 7,6% женщин против 13,8% в группе сравнения.

Частота кесарева сечения была несколько выше в группе женщин, получавших стандартную терапию (55 против 47,9% в основной группе), что связано с большим количеством акушерских осложнений, возникших у данной категории женщин в родах. Разрывы мягких тканей родовых путей в основной группе наблюдались в 3,2% случаев (против 5% в группе сравнения). Частота амниотомий составила 25 и 32,5% соответственно; медикаментозное возбуждение родовой деятельности и родостимуляция были применены у 17,4 и у 26,3% женщин соответственно.

Нами изучены показатели физического развития новорожденных обеих групп. В основной группе но-

ворожденных с гармоничным физическим развитием оказалось на 13,3% больше (52,1 против 38,8% в группе сравнения). Новорожденные от матерей, получавших лечение по комбинированной схеме, только в 11,7% наблюдений имели низкие показатели массы тела по отношению к росту, в группе сравнения — в 20% ($p < 0,05$).

Имелись также различия в оценке состояния детей по шкале Апгар. Так, в основной группе в удовлетворительном состоянии (оценка 8–9 баллов) родилось на 7,3% детей больше, а асфиксия новорожденных (оценка 5–7 баллов) наблюдалась в 1,4 раза реже.

Адаптация новорожденного к внеутробным условиям существования находится в прямой зависимости от степени зрелости его органов и систем к моменту рождения, от условий его эмбрио- и фетогенеза. В раннем неонатальном периоде у новорожденных обеих групп наблюдались различные осложнения. Однако у новорожденных основной группы мы обнаружили более редкие, чем в группе сравнения, проявления церебральной патологии (6,3 против 11,3%), респираторного дистресс-синдрома (5,3 против 10%).

Таким образом, применение препаратов природного происхождения в качестве дополнения к стандартным схемам лечения хронической плацентарной недостаточности существенно улучшает результаты лечения, что отражается в улучшении показателей гемодинамики в плаценте, снижении частоты тяжелых форм хронической плацентарной недостаточности в 1,9 раза по данным гистологического исследования плацент. Включение средств природного происхож-

Таблица 4. Структура хронической плацентарной недостаточности в зависимости от вида профилактики

Форма ХПН	Основная группа (комплексная профилактика), $n=92$		Группа сравнения (стандартная профилактика), $n=80$		p
	абс.	%	абс.	%	
Компенсированная	31	79,5	23	60,5	$<0,05$
Субкомпенсированная	6	15,4	11	29,0	$<0,01$
Декомпенсированная	2	5,1	4	10,5	$<0,01$
Всего...	39	42,4	38	47,5	$>0,05$

Траумель С



Гомеопатический препарат Траумель С:

- купирует воспалительный процесс
- активирует клеточное дыхание и защитные силы организма
- стабилизирует тонус сосудов
- доказанное быстрое и эффективное действие
- применяется перорально, парентерально и местно (капли, таблетки, мазь, раствор для инъекций)

**Здоровье
из Баден-Бадена**
Современная гомеопатия
от компании «Хеель»

дения в программу профилактики и лечения хронической плацентарной недостаточности у беременных женщин способствует значительному улучшению течения и исхода родов, не оказывая токсического воздействия на плод. Дети, рожденные от этих матерей,

имеют более высокие индексы физического развития и зрелости, а ранний период адаптации у них характеризуется более гладким течением пограничных состояний и снижением тяжести неврологических осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Плацентарная недостаточность: диагностика и лечение. Учебное пособие. Под. ред. В.Н. Соколова. Ст-Петербург 2006; 25.
2. Афанасьева Н.В., Стрижаков А.Н. Исход беременности и родов при фетоплацентарной недостаточности различной степени тяжести. *Вопр гинекол акуш и перинатол* 2004; 2: 1—13.
3. Радзинский В.Е. Фармакотерапия плацентарной недостаточности. *Клин фармакол и терапия* 1998; 3: 91—96.
4. Серов В.Н. Синдром задержки развития плода. *Рус мед журн* 2005; 1: 31—33.
5. Серов В.Н. Диагностика и терапия плацентарной недостаточности. *Рус мед журн* 2002; 7: 340—344.
6. Арора С., Харрис Т., Шерер К. Клиническая безопасность комплексного гомеопатического препарата траумель С. *Биол мед* 2001; 1: 23—27.
7. Антигомотоксическая терапия распространенных заболеваний у детей (справочное пособие для врачей). Под ред. С.П. Кривопуста, Б.К. Шамугия. К: Книга плюс 2006; 248.
8. Ильенко Л.И. Комплексный биологический препарат траумель С и его использование в педиатрии. Информационное письмо. М 2004; 50.
9. Бахмутова Л.А., Ильенко Л.И., Гужвина Е.Н. Экспериментальное обоснование применения препаратов природного происхождения в перинатологии и неонатологии. *Московская международная гомеопатическая конференция, 19-я: Тезисы докладов*. М 2009; 67—69.
10. Ильенко Л.И. Проблема нарушений адаптации у матери и новорожденного и методы их коррекции: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 1997; 36.

Поступила 18.06.12