

УДК 618.36-008.64-084

© Е.Н. Гужвина, Л.И. Ильенко, М.В. Штепо, Л.А. Бахмутова, 2012

Е.Н. Гужвина¹, Л.И. Ильенко², М.В. Штепо¹, Л.А. Бахмутова¹

РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

¹ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

²ГБОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова»
Минздравсоцразвития России, г. Москва

Исследована эффективность препаратов природного происхождения: «Траумель С» и «Плацента композитум» в комплексной профилактике и лечении беременных группы риска по развитию 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: плацентарная недостаточность, беременность, новорожденные, природные препараты.

E.N. Gujvina, L.I. Ilyenko, M.V. Shtepo, L.A. Bachmutova

THE EARLY PROFILAXIS AND TREATMENT OF PLACENTA INSUFFICIENCY

The effectiveness of natural origin preparations «Traumel C» and «Placenta compositum» in the complex prophylaxis and treatment of pregnant women in the group of risk according to the placenta insufficiency was investigated. The inclusion of means of natural origin to the program of prophylaxis and treatment of placenta insufficiency may lead to significant improvement in the course of pregnancy and outcome of delivery, new-borns condition, their adaptation to outofetus life.

Key words: placenta insufficiency, pregnancy, new-borns, natural preparations.

Введение. Данные о патогенезе плацентарной недостаточности (ПН), сущности изменений метаболизма, микроциркуляции при различных видах акушерской и соматической патологии представляют значительный интерес в свете разработки новых методов и средств коррекции возникающих нарушений.

К настоящему времени известны ставшие уже классическими схемы лечения хронической ПН [2, 3, 7, 8, 10, 11]. Несмотря на успехи в изучении проблемы ПН, остается ряд трудностей. Во-первых, многофакторность этиологии и патогенеза этой патологии определяет ее широкую распространенность; во-вторых, не решена проблема ее своевременной диагностики, и, в-третьих, весьма актуальна разработка новых методов профилактики и лечения хронической ПН.

Значительный интерес акушеров и неонатологов привлекает применение препаратов природного происхождения, к которым, в частности, относятся комплексные гомеопатические препараты. Последнее десятилетие ознаменовалось циклом работ, посвященных применению этих препаратов в различных отраслях медицины, в первую очередь, в педиатрии [1, 4, 5, 6]. Несколько менее активно исследовалась эффективность применения препаратов природного происхождения в акушерстве.

Цель: определить эффективность применения комплексных гомеопатических препаратов «Траумель С» и «Плацента композитум» для профилактики и лечения хронической плацентарной недостаточности на ранних сроках беременности.

Материалы и методы. Нами было проведено комплексное обследование 172 беременных, относящихся к группе риска по развитию хронической ПН и 174 их плодов и новорожденных детей с применением клинических, биохимических и инструментальных методов исследования. Изучение сыворотки крови беременных на содержание стероидных гормонов проводили с помо-

щью классических иммунохимических методов: плацентарный лактоген, прогестерон и хорионический гонадотропин (ХГЧ). Были применены инструментальные методы: УЗИ и доплерометрия сосудов матки и плода (эмбриона). В основную группу наблюдения вошли 92 беременные и 94 их новорожденных, получавших комбинированную терапию ПН. Группу сравнения составили 80 беременных женщин, получавших стандартную терапию, направленную на профилактику ПН, и 80 их новорожденных. Контрольная группа включала в себя 30 женщин с физиологическим течением беременности.

Комплексный антигомотоксический препарат «Траумель С» (Биологише Хаймиттель Хель ГмбХ, Германия), широко применяющийся в спортивной медицине, педиатрии и неонатологии, является высокоэффективным лечебным средством, не обладающим токсичностью, и безопасным для применения в лечебных программах различных острых и хронических заболеваний как у взрослых, так и у детей. Состав и механизм действия «Траумель С» характеризуется наличием арники, аконита, календулы, беладонны, гепар сульфур, эхинацеи, ромашки, гиперикума, миллефолиума, а также сочетанием ряда эффектов, в том числе стабилизацией тонуса сосудов, активацией клеточного дыхания, стимуляцией защитных сил организма. Эти качества препарата послужили показанием для его назначения при лечении и профилактике ПН. Наряду с этим мы применяли препарат «Плацента композитум» (Биологише Хаймиттель Хель ГмбХ, Германия), состоящий из вытяжек различных органов и биологических средств, обладающий венотонизирующим, сосудорасширяющим, обезболивающим, стимулирующим периферическое кровообращение, антиспастическим действием, улучшающим микроциркуляцию (табл. 1).

Таблица 1

Схема профилактики и лечения ХПН в сроках от 10 до 14 недель беременности комплексными гомеопатическими препаратами

Препараты	Курс лечения	Форма препарата	Кратность приема
Траумель С	3–4 недели	Таблетки	По 1 таблетке 3 раза в день сублингвально
	10 дней	Раствор для внутримышечного введения	1 ампула (2,2 мл) внутримышечно через 1 день, 5 инъекций на курс
Плацента композитум*	3–4 недели	Раствор для внутримышечного введения	1 ампула (2,2 мл) внутримышечно 1 раз в 5 дней

*Примечание: *в день внутримышечного введения препарата «Плацента композитум», препарат «Траумель С» не применялся*

Результаты исследования и их обсуждение. Наиболее информативными биологическими показателями течения беременности являются гормоны беременности: прогестерон, плацентарный лактоген (ПЛ), хорионический гонадотропин (ХГЧ). Прогестерон играет большую роль в механизмах имплантации плодного яйца, подавляет сокращения матки, стимулирует биосинтез белка в миометрии. ПЛ синтезируется синцитиотрофобластом с ранних сроков беременности. ПЛ поддерживает функцию желтого тела яичника во время беременности, способствует повышению секреции желтым телом прогестерона. ХГЧ, синтезирующийся синцитиотрофобластом на 6–8 день после зачатия, в первом триместре беременности ХГЧ обеспечивает синтез прогестерона и эстрогенов.

В наших наблюдениях при физиологически протекающей беременности плацентарный лактоген составляет в среднем $3,0 \pm 0,1$ мг/л, при стандартной терапии ПН – $2,6 \pm 0,08$ мг/л, а при комбинированной (предлагаемой нами схеме) – $3,5 \pm 0,14$ мг/л. Эта же тенденция просматривается при анализе динамики уровней других гормонов: прогестерона и хорионического гонадотропина (табл. 2). Исходя из полученных данных, мы видим, что при использовании комбинированной схемы лечения ПН значения изучаемых гормонов приближаются к уровням, характерным для физиологической беременности. По-видимому, более высокие уровни этих специфических для беременности гормонов на фоне комбинированного лечения с включением препаратов природного происхождения отражают более выраженное, чем при общепринятом лечении улучшение фетоплацентарного метаболизма.

Таблица 2

Средние концентрации плацентарного лактогена, хорионического гонадотропина и прогестерона у матерей в зависимости от вида профилактики ХПН

Исследуемые гормоны	Средние концентрации (М ± m)		
	Вид коррекции ХПН		Контрольная группа (III гр.)
	Стандартная терапия (I гр.)	Комбинированная терапия (II гр.)	
Плацентарный лактоген мг/л	2,6 ± 0,08	3,5 ± 0,14**	3,0 ± 0,1
Хорионический гонадотропин мЕд/мл	92600,0 ± 18300,2	114506,7 ± 21100,1*	131085,7 ± 22600,8**
Прогестерон нг/мл	89,7 ± 14,5	103,1 ± 12,2*	112,6 ± 10,9*

Примечание: Здесь и в таблице 3 знаком «» обозначены статистически достоверные различия по сравнению с аналогичным показателем в I группе: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$*

От состояния маточно-плацентарного кровотока зависит развитие беременности, и изменения в нем являются начальными признаками возможных нарушений. У обследуемых нами беременных проводилась доплерометрия сосудов матки (маточная артерия) и плода (аорта плода) до начала и после окончания лечения ПН.

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, способствует в дальнейшем развитию ПН [9]. На фоне проводимого нами лечения отмечается тенденция к нормализации показателей индекса резистентности (ИР) в сосудах матки и плода, более выраженная на фоне комбинированной терапии (табл. 3).

Таблица 3

Показатели кровотока в маточной артерии и аорте плода в зависимости от вида профилактики ХПН

Показатели ИР		Средние значения (М ± m)		
		Вид коррекции ХПН		Контрольная группа (III гр.)
		Стандартная терапия (I гр.)	Комбинированная терапия (II гр.)	
ИР маточной артерии	до лечения	0,83 ± 0,02	0,83 ± 0,03	0,78 ± 0,05*
	после лечения	0,81 ± 0,03	0,76 ± 0,03*	
ИР аорты плода	до лечения	0,84 ± 0,04	0,85 ± 0,02	0,68 ± 0,04**
	после лечения	0,78 ± 0,03	0,70 ± 0,02*	

На заключительной стадии нами была проведена клиническая оценка течения родов у обследованных и пролеченных нами беременных с ПН. 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 последовом и раннем послеродовом периодах в основной группе составила 7,6 % против 13,8 % в группе сравнения. Число операций кесарева сечения было несколько выше в группе женщин, получавших стандартную терапию (27,5 % против 21,7 % в основной группе наблюдения). Ручное отделение плаценты и обследование полости матки у рожениц отмечались в основной группе наблюдения несколько реже (12,0 % против 13,8 %), разрывы мягких тканей родовых путей – 3,2 % (против 5,0 %).

Динамический контроль за состоянием плода и ретроспективная оценка физического развития новорожденных показали значительную положительную динамику от проводимого лечения у большинства наблюдаемых женщин. В основной группе наблюдения новорожденных с гармоническим физическим развитием оказалось на 13,3 % больше (52,1 % против 38,8 % в контроле). Новорожденные от матерей, получавших лечение по комбинированной схеме только в 11,7 % наблюдений имели низкие показатели массы тела по отношению к росту, в контрольной группе – 20 % ($p < 0,05$). Имелись также различия в оценке состояния детей по шкале Apgar. Так, в основной группе наблюдения в удовлетворительном состоянии (оценка по шкале Apgar 8–9 баллов) родилось на 7,3 % детей больше, а асфиксия новорожденных (оценка по шкале Apgar 5–7 баллов) наблюдалась в 1,4 раза реже. В ран-

нем неонатальном периоде 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 10,0 %).

Полученные данные показывают, что у новорожденных основной группы наблюдения пограничные состояния (физиологическая желтуха, мочекишный инфаркт почек, половой криз, токсическая эритема), свидетельствующие об удовлетворительной адаптации новорожденного к внеутробной жизни, наблюдались в 2 раза чаще.

Таким образом, применение препаратов природного происхождения в качестве дополнения к стандартным схемам лечения ПН существенно улучшает результаты лечения, что отражается в оптимизации информативных биохимических параметров, а также в улучшении показателей гемодинамики. Включение средств природного происхождения в программу профилактики и лечения ПН у беременных 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. Ранний период адаптации у детей от этих матерей характеризуется более гладким течением пограничных состояний и снижением тяжести неврологических осложнений.

Список литературы

1. Антигомотоксическая терапия распространенных заболеваний у детей : справ. пос. для врачей / под ред. С. П. Кривопуста, Б. К. Шамугия. – Киев : Книга-плюс, 2006. – 248 с.
2. Арора, С. Клиническая безопасность комплексного гомеопатического препарата Траумель С / С. Арора, Т. Харрис, К. Шерер // Биологическая медицина. – 2001. – № 1. – С. 23–27.
3. Афанасьева, Н. В. Исход беременности и родов при фетоплацентарной недостаточности различной степени тяжести / Н. В. Афанасьева, А. Н. Стрижаков // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2004. – Т. 3. – № 2. – С. 7–13.
4. Демин, В. Ф. Роль классической гомеопатии и гомотоксикологии в перинатологии и педиатрии // Биологические лекарственные средства в педиатрии и перинатологии : мат-лы симпозиума (VIII Съезд педиатров России). – М. : ЗАО «Арнебия», 1998. – С. 1–9.
5. Ильенко, Л. И. Катамнестические наблюдения за детьми, перенесшими перинатальную патологию / Л. И. Ильенко // Педиатрия. – 1996. – № 5. – С. 46–49.
6. Ильенко, Л. И. Проблема нарушений адаптации у матери и новорожденного и методы их коррекции: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Л. И. Ильенко. – М., 1997. – 49 с.
7. Комплексный биологический препарат «Траумель С» и его использование в педиатрии: информационное письмо. – М. : РГМУ, 2004. – 36 с.
8. Радзинский, В. Е. Фармакотерапия плацентарной недостаточности / В. Е. Радзинский // Клиническая фармакология и терапия. – 1998. – № 3. – С. 91–96.
9. Ранние сроки беременности / под ред. В. Е. Радзинского, А. А. Оразмурадова. – СПб. : Медицинское информационное агентство, 2005. – 448 с.
10. Серов, В. Н. Синдром задержки развития плода / В. Н. Серов // Русский медицинский журнал. – 2005. – Т. 13, № 1. – С. 31–33.
11. Серов, В. Н. Диагностика и терапия плацентарной недостаточности / В. Н. Серов // Российский медицинский журнал. – 2002. – Т. 10, № 7. – С. 340–344.

Гужвина Елена Николаевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 33-14-20, e-mail: egughvina@mail.ru

Ильенко Лидия Ивановна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой госпитальной педиатрии с курсом традиционных методов лечения ФУВ Московского факультета ГБОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздравсоцразвития России, Россия, 117997, г. Москва, ул. Островитянинова, д. 1. тел.: (495) 426-27-61, e-mail: rsmu@rsmu.ru.

Штепо Марина Владимировна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры перинатологии с курсом сестринского дела и ухода за больными ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 52-41-43, e-mail: agma@astranet.ru.

Бахмутова Люция Анваровна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой перинатологии с курсом сестринского дела и ухода за больными ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская д. 121, тел.: (8512) 33-11-20, e-mail: agma@astranet.ru.