

УДК 618.15-007.21

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОГРАММАМ РЕАБИЛИТАЦИИ НО-
ВОРОЖДЕННЫХ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Л.И. ИЛЬБЕНКО, Л.А. БАХМУТОВА, Е.Н. ГУЖВИНА *

Показано улучшение клинических показателей течения и исхода беременности и родов, оптимизация уровней специфических для беременности железосодержащих протеинов, данных доплерографии сосудов пуповины и офтальмоскопии, а также более гладкое течение раннего неонатального периода и снижение тяжести неврологических осложнений у детей, матери которых получили в программе коррекции комплексные антигемотоксические препараты.
Ключевые слова: задержка внутриутробного развития

В последние годы всё большее внимание исследователей привлекает проблема профилактики и коррекции хронической внутриутробной гипоксии (ХВГ) плода и новорожденного, в основе которой лежит фетоплацентарная недостаточность (ФПН) и ее клиническое проявление – задержка развития плода (ЗРП). Данные о патогенезе плацентарной недостаточности, 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 ФПН (2,14–17). Несмотря на успехи в изучении проблемы ФПН, остается ряд трудностей, с которыми столкнулась перинатология. Во-первых, многофакторность этиологии и патогенеза этой патологии определяет ее широкую распространенность; во-вторых, остается проблема ее своевременной диагностики, и, в третьих, остается актуальной разработка новых методов лечения ФПН и ЗРП. Однако следует учесть, что лечение ЗРП после 32-34 недель беременности, по мнению большинства исследователей, является малоэффективным, и речь может идти только об улучшении плацентарной гемодинамики и создании наиболее благоприятных условий для внутриутробного метаболизма [10]. Необходимо отметить, что фармакотерапия ЗРП остается актуальной и проблематичной. С одной стороны нет убедительных данных об эффективности применяемых медикаментозных и немедикаментозных методов профилактики и коррекции этого осложнения беременности. С другой стороны, лекарственные препараты, используемые практически во всех схемах лечения небезвредны для беременной и плода, не доказана их фармакологическая безопасность. Известны отрицательные стороны медикаментозного воздействия на плод [7]. Это существенно ограничивает перечень используемых лекарственных препаратов во время беременности. Кроме того, при плацентарной недостаточности (ПН) резко возрастает проникновение применяемых медикаментов к плоду, что ухудшает выведение шлаков из организма плода и матери и приводит к эндогенной интоксикации. При проведении медикаментозной коррекции ПН у матери и плода появляется дополнительная нагрузка по метаболизму и экскреции лекарств, что обуславливает нарастание интоксикации, гипоксии плода, нарушение темпов его развития с формированием различных фетопатий [7].

С этой точки зрения, огромный 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 [5,6]. Несколько меньше исследовалась эффективность применения препаратов природного происхождения в акушерстве и неонатологии. Их привлекательность для практики в этих отраслях медицины объясняется несколькими аргументами. Во-первых, это препараты природного происхождения (растительные, животные, минеральные субстраты), которые метаболизируются физиологическим путем без дополнительного образования шлаков и лишены побочных эффектов. Во-вторых, эти средства находятся в гомеопатических препаратах в малых и сверхмалых дозах, лишенных даже гипотетических токсических эффектов. В-третьих, их действие многокомпонентно и, в основном, определяется регулирующей составляющей. Все это предопределяло безвредность препаратов природного происхождения для применения в перинатологии и послужило поводом для наших

исследований по оценке их эффективности в коррекции хронической внутриутробной гипоксии и ЗРП плода и новорожденного.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование беременных с ФПН, ХВГ и ЗРП в сроках 28-32 недели и 36-40 недель с применением клинических, биохимических и инструментальных методов исследования. Под клиническими подразумевалось наблюдение в женской консультации акушером-гинекологом и другими специалистами. Биохимические методы включали в себя исследование сыворотки крови на трофобластический β -глобулин (ТБГ), α -2- гликопротеин, связанный с беременностью (СБАГ), иммуноглобулин E (Ig E), сывороточный ферритин у рожениц (ФМ), тканевой (плацентарный) ферритин (ФП), инструментальные методы – УЗИ с доплерометрией сосудов плаценты, осмотр офтальмологом сосудов глазного дна. Проведено амбулаторное лечение беременных с ФПН, ХВГ и ЗРП по общепринятым схемам лечения и с добавлением препаратов природного происхождения. Предварительно у женщин было получено письменное информированное согласие на эксперимент.

Изучена эффективность коррекции ХВГ плода по результатам обследования беременных в сроках 28-32 и 38-40 недель и оценке течения родов, а также состояния при рождении и течения постнатальной адаптации новорожденных детей. Нами проведено комплексное обследование 88 беременных женщин с ФПН, ХВГ и ЗРП, наблюдавшихся в ж/к МУЗ Клинический родильный дом в 2006-2007гг, а также 59 их новорожденных детей, родившихся в указанном родовспомогательном учреждении (табл. 1).

Таблица 1

Распределение беременных и рожениц с ФПН, ХВГ и ЗРП в зависимости от методов исследования

Группы обследованных женщин	Методы исследования							
	Клин.	Биохимические					Инструментальные	
		ТБГ	СБАГ	IgE	ФМ	ФП	УЗИ с доплерометрией	Офтальмоскопия
Беременные, 28-32 нед.	88	88	64	49	-	-	88	46
Контроль	15	10	10	18	-	-	46	14
Беременные, 36-40 нед.	67	67	44	43	-	-	49	42
Контроль	14	14	12	18	-	-	16	18
Роженицы	62	-	-	-	62	50	-	-
Контроль	14	-	-	-	18	12	-	-

Результаты. Все обследованные нами женщины находились под наблюдением акушера-гинеколога в ж/к и 42 из них получали базовую терапию по классическим схемам по поводу ФПН, ХВГ и ЗРП, как амбулаторно, так и в отделении патологии беременности. 46 беременным после комплексного обследования в сроках 28-32 недели назначалось комбинированное лечение: классическая терапия + препараты природного происхождения по следующим показаниям и схемам (табл.2, 3).

Таблица 2

Показания к применению комплексных гомеопатических препаратов в качестве дополнения к классической терапии ФПН, ХВГ и ЗРП

	Комплексные гомеопрепараты					
	Грауверль-С	Лимфонозот	Спасс-кугель	Эскулюс	Кралонин	Хельф
О-гестоз	+	+				
ОГ-гестоз	+	+			+	
Снижение плац.-плод. Кровотока	+	+	+			+
Угроза преждевременных родов	+	+	+			
Ангиопатия сетчатки по венозному типу	+	+		+		
Ангиопатия сетчатки по артериальному типу	+	+			+	
СЗРП	+	+	+			+

При разработке показаний к назначению средств природного происхождения учитывались, по крайней мере, три важнейших аспекта комплексных биологических (гомеопатических) препаратов – это регуляторное воздействие на открытую биологическую систему,

* Российский ГМУ, г. Москва; Астраханская ГМА

связывание и выведение токсичных для организма веществ, стимуляция его защитных сил.

Таблица 3

Схема лечения беременных с ФПН, ХВГ и ЗРП комплексными гомеопатическими препаратами

Препараты	Курс лечения	Форма преп.	Кратность приема
Траумель С	6-8 нед.	Амп., табл.	2 р/нед. в/м по 2,2 мл., 5 раз в нед. по 1 таб. 3 р/д. сублингвально
Лимфомиозот	6-8 нед.	капли	15 кап. 3 р/д., per os
Спаскупрель	6-8 нед.	табл.	по 1 таб. 3 р/д. сублингвально
Эскулюс	2 нед.	капли	15 кап. 3 р/д., per os
Кралонин	2-4 нед.	капли	15 кап. 3 р/д., per os
Хепель	6-8 нед.	табл.	по 1 таб. 3 р/д. сублингвально

Одним из наиболее эффективных средств природного происхождения является комплексный биологический препарат «Траумель С» (фирма «Биологише Хаймиттель Хель ГмБХ» Германия). Его применение в спортивной травматологии, при ревматических заболеваниях, при лечении ожогов, заболеваний лимфоглоточного кольца, поражений кожи, хронических заболеваний печени и т.д., позволило сделать вывод о том, что комплексный ангиогомотоксический препарат «Траумель С» 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, хамоиллы, гиперикума, миллефолиума, и сочетанием эффектов: обезболивающего, противовоспалительного, противовирусного, стабилизацией тонуса сосудов, активацией клеточного дыхания, стимуляцией защитных сил, остановкой кровотечений [5]. Эти качества препарата послужили показанием для его назначения при ФПН, ХВГ и ЗРП.

Лимфомиозот – не менее уникальный комплексный ангиогомотоксический препарат, чем Траумель С. Его действия – дезинтоксикационное, противоаллергическое, лимфодренажное, противоэкссудативное. Первые сведения о его применении касаются данные о его использовании в педиатрии, дерматологии, оториноларингологии, пульмонологии, геронтологии [12]. Состав лимфомиозота включает в себя 17 компонентов природного происхождения. Учитывая наличие эндотоксикоза при ФПН, ХВГ и ЗРП, а также наличие отеков у беременных мы сочли возможным назначение лимфомиозота в нашем эксперименте. Противопоказанием для назначения лимфомиозота служило наличие заболеваний щитовидной железы.

Спаскупрель имеет спазмолитическое, обезболивающее, седативное и противовоспалительное действие. При осложнениях беременности регистрируются повышенный тонус матки, болезненные ощущения и беспокойство беременной по этим поводам [14]. Учитывая отсутствие противопоказаний и ожидаемый эффект, спаскупрель мы назначали при снижении плацентарно-плодового кровотока, угрозе преждевременных родов и ЗРП.

Эскулюс обладает флэбодинамическим, вентонизирующим, спазмолитическим, анальгезирующим, сосудорасширяющим и гемостатическим действием. Входящие в состав комплексного гомеопатического препарата природные компоненты – *Secale comutum*, *Viscum album*, *Nicotiana tabacum*, *Arnica Montana* – показаны при спастических состояниях матки, высоком или низком артериальном давлении, заболеваниях артерий и вен [12]. Назначение Эскулюс композитум мы обосновывали наличием варикоза, нарушением плацентарно-плодового кровотока и ангиопатией сетчатки по венозному типу. Кралонин обладает седативным, спазмолитическим метаболическим фармакологическим действием. Одним из показаний к его назначению были нарушения артериального давления (*Crataegus*). А *Kalium carbonicum* и *Spigelia anthelmia*, входящие в состав кралонина поддерживают регуляцию кровяного давления [12]. Противопоказаний к назначению кралонина нет. Хепель обладает гепатопротективным, спазмолитическим, желчегонным, противовоспалительным, вяжущим и вентонизирующим действием [12]. Показание к его назначению – ЗРП. Оценку эффективности комбинированного лечения беременных с ФПН, ХВГ и ЗРП мы проводили с применением клинических, биохимических и инструментальных методов.

Наиболее информативными биохимическими показателями течения беременности являются так называемые специфические протеины, ассоциированные с беременностью, а также ряд железосодержащих белков [3,11,13]. В Астраханской медицинской академии исследования в этом направлении являются приоритетными. Родоначальником этих научных достижений является лауреат Государственной премии, профессор Ю.С.Татаринов. К настоящему времени известны клиническое и диагностическое значения этих белков, определенных в различные сроки беременности [11,13]. Поэтому в качестве лабораторного контроля эффективности предлагаемой нами терапии, мы сочли целесообразным исследовать ТБГ, СБАГ, иммуноглобулин Ig E – чувствительный индикатор реакций клеточного иммунитета, отражающий степень сенсибилизации организма, в частности, при гестозе [1], и железосодержащие белки – ферритины: сывороточный и тканевой (плацентарный). Ферритины отражают обмен железа и в некоторой степени гипоксию плода [3] (табл. 4).

Таблица 4

Концентрации ТБГ, СБАГ, Ig E, ФМ и ФП ферритинов у беременных и роениц в зависимости от вида коррекции ФПН и ХВГ плода

Исследуемые белки	Средние концентрации (M ± m)		
	Вид коррекции ФПН		Контроль III гр.
	Классич. тер. I гр.	Комбин. Тер. II гр.	
ТБГ, мг/л	130,43±10,14	174,1±12,4	186±11,91
СБАГ, мг/л	68,7±2,85	77,39±1,86	100,08±6,9
Ig E, МЕ/л	192,7±27,8	114,2±12,9	88,1±12,9
ФМ, МЕ/л	9,74±0,25	13,2±1,12	16,9±1,19
ФП, мг/л	7,5±0,25	18,9±1,8	30,1±2,51

Примечание: ТБГ: P_{г-н} < 0,01, P_{н-н} < 0,05, P_{н-г} > 0,05; СБАГ: P_{г-н} < 0,01, P_{н-н} < 0,05, P_{н-г} > 0,01; IgE: P_{г-н} < 0,001, P_{н-н} < 0,001, P_{н-г} > 0,01; ФМ: P_{г-н} < 0,01, P_{н-н} < 0,05, P_{н-г} > 0,05; ФП: P_{г-н} < 0,001, P_{н-н} < 0,01, P_{н-г} > 0,01

Если при физиологически протекающей беременности ТБГ, определяющий функцию плаценты, составляет 186,00 мг/л, то при базовой терапии ХФПН – 130,43, а при предлагаемой нами схеме – 174,1 мг/л. Эта же тенденция выявлена при анализе динамики уровней других белков: СБАГ, IgE, ФМ и ФП ферритинов. Т.е. при использовании нашей схемы лечения к концу беременности значения белков тяготеют к уровням физиологической беременности.

Есть основание полагать, что уровень белков беременности ТБГ и СБАГ отражает состояние маточно-плацентарного комплекса (МПК), причем ТБГ – маркер плодовой части МПК, и его низкие концентрации свидетельствуют о нарушении белково-синтетической функции синцитиотрофобласта. Концентрация СБАГ при ФПН также имеют низкие практически на 30% ниже, чем при нормальной беременности значения. По-видимому, более высокие уровни этих специфических для беременности протеинов на фоне комбинированного лечения с включением препаратов природного происхождения отражают улучшение внутриутробного метаболизма.

Особый интерес привлекло изучение средних концентраций иммуноглобулина Ig E в обследованных нами группах беременных с ФПН, ХВГ и ЗРП. Мы уже отмечали, что высокие уровни Ig E в сыворотке крови беременных связывают, в том числе, со степенью сенсибилизации организма, в нашем случае, организма беременной, к различным раздражителям (пищевым, медикаментозным, инфекционным и стрессовым). Н.И. Ахмина (2005) отмечает, что высокие уровни IgE встречаются при позднем гестозе. В наших исследованиях, несмотря на самые различные причины ФПН, а не только гестоз, мы обнаружили у беременных с этим осложнением беременности довольно высокие концентрации этого белка – почти в 2,5 раза выше, чем в контроле. Можно предположить, что не только гестоз, но и другие патологические акушерские и соматические состояния обуславливают повышенную продукцию IgE у беременных. Возможно, это показатель защитной реакции организма, отражение реакций клеточного и гуморального иммунитета. Высокие концентрации IgE говорят об осложненном течении беременности, а его низкие уровни, наоборот, о благополучной гестации. По результатам наших исследований, в сыворотке крови беременных I и 2 групп выявлены достоверные различия в средних концентрациях IgE, причем при комбинированной терапии эти значения наиболее приближены к физиологическим.

Изучение железосодержащих белков, прежде всего ферритина, в сыворотке крови и тканях связывают с индикацией обмена железа в организме, а также эти белки рассматривают как острофазовые. Однако есть данные о связи уровней ферритина в сыворотке

крови беременных и рожениц с массой тела их детей при рождении [3]. Другими словами, есть и другой аспект изучения ферритина: низкая масса при рождении часто подразумевает перенесенную внутриутробно хроническую гипоксию. Следовательно, уровни ферритинов в системе «мать – плацента – новорожденный» могут отражать наличие и степень ХВГ, а значит и ЗВУР. В нашей работе мы изучали ферритины комплексно. В ней представлены уровни ферритинов в сыворотке крови и тканях плаценты у рожениц, получавших во время беременности различные виды коррекции ФПН, ХВГ и ЗРП. Особенно большие различия обнаружены в уровнях ФП у женщин с ФПН и у здоровых беременных (7,5 МЕ/л против 30,1 МЕ/л). Этот интересный факт, с одной стороны, подтверждает функциональную неполноценность плаценты при ФПН, ХВГ и ЗРП в плане обменных процессов между матерью и плодом; с другой стороны, этот факт иллюстрирует позицию плаценты как концевой точки приложения воздействия самых различных факторов как эндогенных, так и экзогенных, включая лекарственные средства. Оказалось, что средние концентрации плацентарного ферритина при комбинированном лечении ФПН оказались на 40% выше, чем при классических схемах лечения, хотя и ниже нормальных показателей. Несколько менее ярко эта тенденция видна при сравнении значений сывороточного ферритина рожениц.

Сведения об изучении тканевого (плацентарного ферритина) малочисленны. Научные работы, проведенные в Астраханской ГМА по идентификации этого белка и разработке методов получения тест-систем, позволили нам выполнить эти исследования.

Дополнение классических схем лечения ФПН препаратами природного происхождения приводит не только к клиническому улучшению течения беременности, но и к положительной динамике информативных биохимических показателей, что свидетельствует об оптимизации обменных процессов в МПК и улучшению состояния плода, выступающего в роли внутриутробного пациента.

На современном этапе развития методов исследования в акушерстве и перинатологии наиболее информативными и доступными широкой практике являются методы УЗИ. Нас особенно интересовало состояние плацентарно-плодового кровотока, отражающего в наибольшей степени «морфо-функциональные изменения при ФПН с уменьшением васкуляризации терминальных ворсин, что влечет за собой повышение сосудистого сопротивления в сосудах пуповины» [18] и регистрируется при их доплерометрии. Известно, что в зависимости от степени выраженности сосудистых осложнений при беременности происходят те или иные нарушения кровотока в сосудах маточно-плацентарного и фето-плацентарного бассейна.

У беременных основной и контрольной групп мы проводили доплерометрию сосудов плаценты до начала и по окончании лечения ФПН, ХВГ и ЗРП по классическим и комбинированным схемам лечения. В качестве критерия изменения гемодинамики мы считали заключение врача кабинета УЗИ по 2 вариантам: нормальный и сниженный плацентарно-плодовый кровотоки (рис. 1, 2).

Таблица 5

Динамика изменений плацентарно-плодового кровотока у беременных при использовании классической схемы лечения ФПН, ХВГ и ЗРП

Плацентарно-плодовый кровотоки	Сниженный		Нормальный	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Классическая схема лечения ФПН, ХВГ и ЗРП	37,3	30,8	62,7	69,2
Классическая схема + комплексные гомеопатические препараты	38,4%	12,5	61,6	87,5

И при классической терапии ФПН, ХВГ и ЗРП и при предлагаемой нами схеме отмечается уменьшение удельного веса сниженного плацентарно-плодового кровотока после лечения. Однако при классических схемах лишь на 6,5%, а при комбинированном лечении уменьшается в 3 раза (38,4% против 12,5%). Полученные нами результаты доплерометрии требуют определенной трактовки. С одной стороны, при ФПН с ХВГ и ЗРП на 28-32 неделе гестации имеет место некая завершенность морфо-функциональных изменений в маточно-плацентарном комплексе (МПК). Улучшение питания плода, снабжение его кислородом обязательно должно предварительно иметь снижение сосудистой резистентности в

артерии пуповины, что невозможно без адекватной васкуляризации ворсин и формирования сосудистого русла плодовой части плаценты. Однако многокомпонентное регулирующее воздействие препаратов природного происхождения может вызвать улучшение, как метаболизма, так и гемодинамики, особенно в микроциркуляторном русле. Нельзя забывать, что живой организм – это саморегулирующаяся система, стремящаяся к достижению равновесия с окружающей средой. Особое положение при беременности, генетически детерминированное стремление к компенсации патологических процессов, как для матери, так и для плода, делает их особенно чувствительными к малым и сверхмалым дозам субстратов природного происхождения. По-видимому, не требует доказательств положение о различных эффектах обычных и малых доз препаратов: если обычные дозы подавляют реактивность организма, то малые, наоборот, оказывают мощное стимулирующее воздействие на органы и системы живого организма (закон Эрнста – Шульца) [19]. В нашем случае положительные результаты комбинированного лечения ФПН, ХВГ и ЗРП получили объективное подтверждение улучшением показателей плацентарно-плодового кровотока.

Сосудистые нарушения являются звеньями патогенеза ФПН (2,14–16). Наиболее доступной для исследования является сосудистая система сетчатки глаза. При соматической и акушерской патологии имеют место патогномичные для конкретных заболеваний изменения на глазном дне. Для получения информации о состоянии сосудистой системы мы включили в обследование беременных осмотр офтальмолога, причем осмотр глазного дна вели в 2 этапа: до начала лечения и после (табл. 6).

Таблица 6

Состояние сосудов глазного дна у беременных с ФПН, ХВГ и ЗРП в зависимости от вида лечения

Заключение офтальмолога	Вид лечения							
	Классическая терапия (n=42)				Базовая терапия + комплексные гомеопатические препараты (n=46)			
	до (n=22)		после (n=20)		до (n=24)		после (n=22)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ангиопатия сетчатки по артериальному типу	5	22,7	3	15,0	6	24,0	1	4,5
Ангиопатия сетчатки по венозному типу	8	36,4	6	30,0	8	33,3	2	9,0
Нормальный кровотоки	9	40,9	11	55,0	10	41,6	19	86,4

Оказалось, что при ФПН, ХВГ и ЗРП превалирует ангиопатия сетчатки по венозному типу, проще говоря – венозный стаз. Таковой регистрировался у 36,4% обследованных нами беременных, а у 22,7% определялась ангиопатия сетчатки по артериальному типу, у остальных отмечался нормальный кровотоки. При венозном стазе дополнительно к классической схеме назначали Эскулол, при ангиопатии по артериальному типу – Кралонин. При дополнении классической схемы указанными препаратами нормализация состояния сосудов сетчатки происходила в 3 раза чаще, чем только при классической терапии.

На заключительной стадии нами проведена клиническая оценка течения родов у обследованных и пролеченных нами беременных с ФПН, ХВГ и ЗРП (табл. 7).

Таблица 7

Характеристика родового акта в зависимости от вида коррекции ФПН

	1 группа (n=42)	2 группа (n=46)
Роды:		
- срочные	37 (88,0%)	45 (97,8%)
- преждевременные	4 (9,52%)	1 (2,17%)
- запоздалые	4 (9,52%)	2 (4,34%)
- стремительные	6 (14,2%)	3 (6,52%)
- быстрые	8 (19,0%)	4 (8,69%)
- физиологические	20 (47,6%)	36 (78,26%)
Безводный период более 6 часов	17 (40,4%)	12 (26,8%)
Кровотечения в родах	7 (16,6%)	1 (2,17%)
Слабость родовой деятельности	19 (45,2%)	11 (23,9%)
Акушерские пособия (щипцы)	2 (4,76%)	
Кесарево сечение	12 (28,5%)	7 (15,2%)

Данные таблицы убедительно показывают значительно меньшее количество осложнений в родах у рожениц, получавших по поводу ФПН, ХВГ и ЗРП комбинированное лечение по сравнению с женщинами, лечившимися по классическим схемам. Особенно важно, что кровотечения в родах встречались в восемь

раз реже, слабость родовой деятельности в 2 раза реже и вдвое реже пришлось прибегнуть к оперативному родоразрешению (15,2 % против 28,5%). Особый интерес представляло состояние новорожденных при рождении и течение у них ранней адаптации при различных видах коррекции ХВГ до рождения (табл.8).

Таблица 8

Характеристика состояния при рождении и течения раннего неонатального периода новорожденных при различных видах коррекции

Патологические состояния	Методы коррекции ФПН, ХВГ и ЗРП			
	Классическая терапия		Комбинированная терапия	
	Абс.	%	Абс.	%
Асфиксия при рождении	2	4,76	-	-
Транзиторное тахипноэ	3	7,14	1	2,17
ЗВУР	27	64,2	18	39,4
Патологическая первоначальная убыль массы	23	54,7	17	36,9
Пролонгированная желтуха	25	59,5	4	8,6
Церебральная ишемия I степени	3	7,1	12	26,0
Церебральная ишемия II-III ст.	18	42,8	5	10,0
Реализация внутриутробной инфекции	9	21,4	3	6,52
Анемический синдром	12	28,5	8	17,3

При получении матерями комбинированного лечения практически отсутствовало такое грозное осложнение ранней адаптации, как респираторные расстройства. Более благоприятное течение родов позволило осуществить раннее прикладывание к груди и совместное пребывание матери и ребенка, что, по-видимому, объясняет более редкую встречаемость патологической первоначальной убыли массы тела (36,9% против 54,7%). Нормальное течение родов и отсутствие необходимости их медикаментозной коррекции значительно ослабили фармакологическую нагрузку на мать и плод и привели к значительно более редкой пролонгированной желтухе в группе новорожденных от матерей, получивших комбинированное лечение до родов. В обеих группах новорожденных встречалось перинатальное гипоксически – ишемическое поражение ЦНС. В качестве критерия тяжести неврологических поражений у новорожденных мы использовали их нейросонографическую характеристику – церебральную ишемию I степени и церебральную ишемию 2-3 степени. Анализ показал качественное отличие церебральных нарушений при различных видах антенатальной коррекции ФПН, ХВГ и ЗРП. При комбинированном лечении матерей с применением препаратов природного происхождения у их новорожденных значительно реже выявлялись тяжелые ишемические изменения в нейросонограмме (НСГ). Кроме этого, в этой группе детей также значительно реже отмечались реализация внутриутробной инфекции и анемический синдром. А самый главный аргумент в пользу применения препаратов природного происхождения в комплексной терапии ФПН, ХВГ и ЗРП – это уменьшение удельного веса детей с ЗВУР в экспериментальной группе (39,4% против 64,2%). Очевидно, что течение раннего неонатального периода протекало более гладко в группе новорожденных от матерей с ФПН, ХВГ и ЗРП, получавших в дополнение к классической терапии средства природного происхождения, и, что особенно важно, снижалась тяжесть неврологических последствий нарушений внутриутробного развития.

Заключение. Таким образом, включение средств природного происхождения в программу лечения ФПН, ХВГ и ЗРП у беременных женщин позволяет значительно улучшить качество их жизни и показатели здоровья, а также течение и исход 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 матерей, получавших средства природного происхождения, характеризуется более гладким течением пограничных состояний и снижением тяжести неврологических осложнений.

Литература

1. Ахмина Н.И. Антенатальное формирование здоровья ребенка // М.: Медпресс-информ, 2005, С.45–9.
 2. Афанасьева Н.В., Стрижаков А.Н. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2004. Т.3. С. 7–13.
 3. Горячев В.В. // Сборник трудов АГМА. Т.15. 1999. С.20.
 4. Грищенко О.В. и др. // Провизор. 2001. №2. С. 34.

5. Ильенко Л.И. и др. Комплексный биологический препарат «ТраумельС» и его использование в педиатрии// Информационное письмо. М.,2004. 50 с.
 6. Ильенко Л.И. и др. // Биологическая медицина. 2006. № 2. С. 34–39.
 7. Кирующенков А.П., Тараховский М.Л. Влияние медикаментозных средств на плод. М. 1988. 370 с.
 8. Логвинова И.С., Емельянова А.Е. // Рос.педиатрический ж. 2000. №3. С.50–52.
 9. Макаров О.В. и др. // Рос.вестник акушера-гинеколога. 2003. Т.3. № 6. С.18–22.
 10. Малевич Ю.К., Шостак В.А. Фетоплацентарная недостаточность. Минск, Беларусь. 2007
 11. Никулина Д.М. // Мат-лы научно-практ. конф. с междунар. участием «Достижения фундаментальных наук в решении актуальных проблем медицины», Астрахань – Волгоград – Москва. 2006. С.17–18.
 12. *Общая терапия 2006-2007.* Спр-к по препаратам фирмы «Биологише Хайльмиттель Хеель», С.214–284.
 13. Петрова О.В. и др. // Мат-лы научно-практ. конф. с междунар. участием «Достижения фундаментальных наук в решении актуальных проблем медицины», Астрахань – Волгоград – Москва. 2006. С.75–77.
 14. Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А. Ранние сроки беременности. МИА. 2005 С.34–39.
 15. Савельева Г.М. и др. Плацентарная недостаточность. М. Медицина. 1991. С.14–19.
 16. Серов В.Н. // РМЖ. 2005. Т.13. №1. С.31–33
 17. Серов В.Н. // РМЖ. 2002. Т.10. С.7–10.
 18. Сидорова И.С., Макаров И.О. Методы исследования при беременности и в родах. М.: Медпресс-информ. 2005. С.69–76.
 19. Хайне Х. // Биологическая медицина. Т.10. №2. С.4–9.

MODERN APPROACH TO REABILITARY PROGRAM OF NEWBORNS WITH DELAY OF INTRAUTERINE DEVELOPMENT

L.I. IL'ENCO, L.A. BACHMUTOVA, E.N. GYZHVINA

Summary

There was shown the improvement of clinical data of course and outcome of pregnancy and delivery, level optimization of specific pregnant ferrous proteins, data of dopplerography of umbilical cord vessels and ophthalmoscopy, at the same time soft course of early neonatal period and decrease of severity of neurologic complications in children mothers of whom received antihomotoxic drugs in the correction program.

Key words: delay of intrauterine development

УДК 617.55-007.43

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ ПРОТЕКТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ЭВЕНТРАЦИЙ

А.А. ПЕЧЕРОВ, Ю.В. КУЧИН, И.У. ЛЕЧИЕВ, И.З. КИТИАШВИЛИ *

Ключевые слова: эвентрация, гнойная рана, релапаротомия

Эвентрация является не только частым, но и опасным для жизни больного осложнением. Особую опасность она представляет возникновением таких осложнений, как кишечные свищи, кишечная непроходимость, летальность при которых возрастает и составляет 20-86% [1,2,4]. Проблема несостоятельности краев послеоперационной раны и трудности, возникающие при повторном ее ушивании, говорят о необходимости совершенствования имеющихся хирургических методов. Существующие способы ушивания лапаротомной раны создают чрезмерное натяжение и сдавление сшиваемых тканей шовным материалом или разного рода протекторами, что ведет к некрозу кожи, подкожной клетчатки и мышечно-апоневротического слоя с последующим прорыванием швов, возникновением повторных эвентраций, образованием послеоперационных грыж в отдаленном периоде [3].

Материалы и методы. Учитывая особенности анатомического строения передней брюшной стенки, ее кровоснабжение и иннервацию, для создания менее травматичного и достаточно герметичного способа ушивания операционной раны, нами разработаны 2 способа ушивания лапаротомной раны на металлических спицах Кишнера и Илизарова. Выбор спиц Кишнера или Илизарова зависел от длины операционной раны.

* Астраханская ГМА. Кафедра госпитальной хирургии