

Опыт применения препарата Плацента композитум у беременных с фетоплацентарной недостаточностью

Н.А. Данкович, Е.Н. Гопчук

Киевский областной центр охраны здоровья матери и ребенка

Национальная медицинская академия последиplomного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев

С целью оценки эффективности применения препарата Плацента композитум для профилактики и лечения фетоплацентарной недостаточности (ФПН) проведено обследование 33 женщин в возрасте от 20 до 40 лет в сроки 18–40 недель беременности с установленным диагнозом вторичной ФПН. Показано, что применение Плацента композитум нормализует состояние фетоплацентарной системы, позволяет снизить осложнения ФПН, снизить риск рождения детей в состоянии гипоксии и с признаками гипотрофии, что способствует снижению перинатальной заболеваемости и смертности.

Ключевые слова: фетоплацентарная недостаточность, Плацента композитум, профилактика, лечение.

Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) – клинический синдром, представляющий собой результат сложной поликаузальной реакции плода и плаценты на различные патологические состояния материнского организма [1]. Клинически он проявляется в виде острой или хронической гипоксии с задержкой развития плода. Последствиями перинатальной гипоксии могут быть различные патологические состояния организма ребенка: кардиопатии, пороки сердца, аномалии развития костно-мышечной системы, пренатальная энцефалопатия, детский церебральный паралич и др. Дети, перенесшие гипоксию антенатально, значительно хуже адаптируются к внеутробному этапу жизни, отстают в физическом и интеллектуальном развитии. Поэтому лечение новорожденных, выросших в условиях фетоплацентарной недостаточности, часто является совместной задачей неонатологов, детских кардиологов, кардиохирургов, нейрохирургов, ортопедов-травматологов, невропатологов, психиатров и педиатров. Отсюда понятен интерес врачей многих специальностей к этой проблеме. Ряд зарубежных и отечественных авторов используют термин “хроническая плацентарная недостаточность”, так как считают, что страдание плода возникает при истощении резервных возможностей плаценты. С этой точки зрения, плацентарная недостаточность всегда является проявлением декомпенсации гомеостатических процессов в системе мать-плацента-плод, а диагноз “хроническая плацентарная недостаточность” может подразумевать как компенсированные, так и субкомпенсированные состояния плода [1, 2].

Одним из основных факторов, определяющих функцию фетоплацентарной системы, является проницаемость плаценты, обеспечивающая все виды обмена между матерью и плодом. Нарушение проницаемости плаценты является основной причиной повреждений плода при осложнениях беременности. Проницаемость плаценты зависит от строения ее ворсин, химических свойств веществ и величины перфузии плаценты.

Различают первичную и вторичную фетоплацентарную недостаточность. К первичной (ранней) относят ФПН, воз-

никающую в первые 14–16 нед беременности под влиянием различных факторов, нарушающих процессы имплантации и формирования плаценты: гинекологических заболеваний, приводящих к неполноценности эндометрия (эндометрит, гипопункция яичников и др.), наследственной патологии и изменений генетического кода, экстрагенитальных заболеваний, способствующих ухудшению васкуляризации миометрия и децидуальной оболочки матки (заболевания сердечно-сосудистой и эндокринной систем, почек, крови и др.), хронических и острых инфекционных заболеваний, производственных вредностей и др. Первичная ФПН клинически может проявиться угрозой прерывания беременности или самопроизвольным выкидышем в ранние сроки беременности, способствует формированию пороков развития плода и его инфицированию, в некоторых случаях первичная ФПН переходит во вторичную.

Вторичная (поздняя) ФПН выявляется во II и III триместрах беременности, причинами ее, помимо перечисленных выше материнских факторов, могут быть акушерские осложнения, например, поздние токсикозы беременных, инфаркты плаценты, преждевременная отслойка плаценты, предлежащие плаценты.

По клиническому течению выделяют острую и хроническую ФПН. Острая ФПН характеризуется быстро протекающим нарушением маточно-плацентарного кровообращения (преждевременная отслойка или обширный инфаркт плаценты), приводящим, как правило, к гибели плода вследствие острой гипоксии и к прерыванию беременности. Хроническая ФПН встречается значительно чаще, может возникать во II триместре беременности и протекать длительно. В зависимости от состояния компенсаторно-приспособительных реакций ее делят на относительную и абсолютную. При относительной (компенсированной) хронической ФПН жизнедеятельность плода поддерживается за счет компенсаторно-приспособительных изменений в плаценте на тканевом (увеличение числа резорбционных ворсин и капилляров в концевых ворсинах, образование синцитиальных узелков и др.), клеточном и субклеточном уровнях. При абсолютной (декомпенсированной) недостаточности в плаценте преобладают дегенеративные изменения, компенсаторно-приспособительные реакции на тканевом уровне отсутствуют. В развитии хронической ФПН основными и нередко первоначальными являются нарушения плацентарного кровотока, обычно сочетанные. К ним относят уменьшение притока крови к плаценте вследствие артериальной гипотензии или спазма маточных сосудов на фоне артериальной гипертензии у беременной; затруднение оттока венозной крови от плаценты при повышении тонуса матки; выключение из кровообращения отдельных участков плаценты в связи с ее инфарктом, отслойкой или отеком; нарушение капиллярного кровотока в ворсинах плаценты вследствие инфицирования,

ЙОДОМАРИН – эффективное средство для профилактики йоддефицитных заболеваний

воздействия тератогенных факторов; изменение реологических свойств крови беременной и плода.

Основными клиническими проявлениями хронической ФПН являются хроническая гипоксия плода и его гипотрофия, или синдром задержки роста. Различают три степени гипотрофии плода: I степень – задержка роста плода не более чем на 2 нед, II степень – на 2–4 нед, III степень – более чем на 4 недели. Кроме того, выделяют симметричную и асимметричную гипотрофию плода. При симметричной гипотрофии плода (гармонический тип гипотрофии), которая развивается обычно с ранних сроков беременности, все размеры плода равномерно уменьшены, масса плода снижена пропорционально его длине. При асимметричной гипотрофии (дисгармонический тип гипотрофии), возникающей, как правило, в III триместре беременности, размеры плода уменьшены непропорционально, может быть снижена его масса при нормальной длине.

Диагностические мероприятия позволяют выделить компенсированную, суб- и декомпенсированную формы фетоплацентарной недостаточности.

О компенсированной недостаточности можно говорить при наличии признаков преждевременного старения плаценты по данным ультразвуковой плацентографии и магнитно-резонансного сканирования, прочих нормальных показателей функции фетоплацентарного комплекса. Маточно-плацентарный и плодово-плацентарный кровотоки в такой ситуации не нарушен. Спектральный анализ вариабельности сердечного ритма свидетельствует о преобладании симпатических влияний на сердечно-сосудистую систему.

Субкомпенсацию характеризуют начальные формы гипоксии плода (оценка биофизического профиля 6-7 баллов), асимметричная форма задержки развития плода I ст., активация парасимпатического отдела автономной нервной системы по данным спектрального анализа вариабельности сердечного ритма.

Декомпенсированная форма проявляется выраженной внутриутробной гипоксией плода (биофизический профиль менее 6 баллов), критическим состоянием плодово-плацентарного кровотока (отсутствие диастолического компонента или реверсный кровоток).

Выбор метода лечения зависит от сочетанной патологии, клинических проявлений синдрома, срока беременности, возможных побочных влияний метода лечения на организм матери и плода, степени компенсации. В любом случае лечение фетоплацентарной недостаточности должно быть многокомпонентным.

Указанные обстоятельства демонстрируют необходимость поиска новых путей профилактики и лечения данной патологии. Относительно новым терапевтическим направлением в медицине является использование антигипоксических препаратов.

Одним из относительно новых и эффективных средств антигипоксической терапии является Плацента композитум, раствор для инъекций в ампулах по 2,2 мл («Биологише Хайльмиттель Хеель ГмбХ»), рекомендуемая для применения при лечении нарушений периферического кровообращения.

Целью нашей работы явилось изучение эффективности препарата Плацента композитум для профилактики и лечения ФПН.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 33 беременные женщины в возрасте от 20 до 40 лет в сроки 18–40 недель беременности с установленным диагнозом вторичной хронической ФПН. Все женщины были обследованы согласно про-

токолам ведения беременных. При УЗИ особое внимание обращали на выявление признаков ФПН. Обязательным являлось определение толщины плаценты, ее структурности, степени зрелости. При доплерометрическом исследовании, начиная с 14 недель беременности, проводили оценку маточно-плацентарного кровотока, с 16 недель – плодово-плацентарного кровообращения. В спектре артериальных сосудов определяли общепринятые углозависимые показатели сосудистой резистентности: пульсационный индекс (ПИ), индекс резистентности (ИР) и систоло-диастолическое отношение (СДО). Для оценки кровотока в венозном протоке определяли отношение S/A и пульсационный индекс вены (ПИВ). В спектре кровотока вены измеряли максимальную систолическую скорость (S), раннюю диастолическую скорость (D), позднюю диастолическую скорость (A), среднюю скорость прямого потока (F) и ретроградного. Определяли индекс преднагрузки (ИПН), пульсационный индекс вены, процент реверсного кровотока (% R) [5]. Исследования проводили при помощи ультразвукового диагностического прибора Aloka SSD-2000 (Япония).

Беременные были разделены на 3 подгруппы в зависимости от степени компенсации ФПН: в первую подгруппу вошли 7 женщин с компенсированной ФПН, во вторую – 20 беременных с субкомпенсированной ФПН, в третью – 6 женщин с декомпенсированной ФПН. Все беременные на фоне общепринятой симптоматической терапии получали препарат Плацента композитум.

Беременным первой подгруппы назначали Плацента композитум внутримышечно 1 раз в неделю курсом в 10 инъекций; второй подгруппы – 1 раз в 5 дней, № 10, затем по 1 инъекции 1 раз в 10 дней внутримышечно 5 инъекций; третьей подгруппы – препарат назначали внутривенно 1 раз в 3 дня, 10 введений, в последующем – внутримышечно 1 раз в 7 дней до конца беременности.

Плацента композитум содержит микродозы потенцированных биологически активных компонентов, тропных к тканям стенок сосудов и позволяющих оказывать нормализующее воздействие при нарушениях периферического кровоснабжения в любых тканях и органах. Кроме нормализации трофики стенок сосудов, препарат оказывает на них регулирующее антиспастическое, сосудорасширяющее и вентонизирующее действие. Благодаря такому комплексному действию в тканях происходит улучшение притока крови и ее микроциркуляции, улучшаются трофические процессы. Дополнительно, за счет улучшения удаления продуктов метаболизма, отмечается анальгезирующее и дезинтоксикационное действие препарата. Поэтому основным показанием к применению Плацента композитум являются нарушения периферического кровообращения и микроциркуляции в любой части тела. Препарат не имеет противопоказаний и побочных эффектов, легко включается в любые лечебные схемы.

Широту круга терапевтических возможностей препарата Плацента композитум определяет разнообразие входящих в него компонентов. Потенцированные вытяжки из тканей здоровых поросят способствуют нормализации трофических процессов и работы соответствующих органов. Так, *Placenta suis* и *Embryo suis* устраняют нарушения периферического кровообращения и активизируют процессы регенерации и кровообращения во всех органах и тканях; *Vena suis*, *Arteria suis* и *Funiculus umbilicalis suis* – нормализуют трофику эндотелия и соединительной ткани стенок вен и артерий, обладают ревитализирующим действием; *Hypophysis suis* – способствует нормализации работы гипофиза и эндокринной регуляции. Биокатализаторы *Acidum sarcocacticum* и *Natrium pyruvicum* способствуют выведению из тканей избытка мо-

ТАРДИФЕРОН – золотой стандарт ВОЗ в лечении железодефицитной анемии

лочной кислоты и нормальному протеканию в тканях окислительно-восстановительных процессов. Растительные компоненты препарата (*Secale cornutum*, *Nicotiana tabacum*, *Strophanthus gratus*, *Aesculus hippocastanum*, *Melilotus officinalis*, *Solanum nigrum*) оказывают регулирующее действие на сосудистую систему, за счет чего нормализуется артериальное давление и отток по венам, улучшается работа мышцы сердца. Минеральные компоненты (*Cuprum sulphuricum*, *Barium carbonicum*, *Plumbum jodatatum*) известны своим лечебным действием при системном атеросклерозе сосудов головного мозга, конечностей, миокарда. Животный компонент *Vipera berus* эффективно корректирует состояния слабости сердечной деятельности. В сочетании действие всех этих компонентов и позволяет препарату эффективно улучшать кровообращение, микроциркуляцию и процессы обмена веществ во всех органах и тканях

Контроль за эффективностью проведения терапии оценивали 1 раз в 2 недели.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенное исследование показало, что причинами развития ФПН у беременных, по данным анамнеза и результатам анализа обследования, наиболее часто явились следующие (табл. 1).

Среди причин ФПН у обследованных женщин преобладали инфекционно-воспалительные заболевания органов малого таза (33,3%) и экстрагенитальная патология (27,3%).

Признаки угрозы прерывания беременности (локальное повышение тонуса миометрия) при проведении ультразвукового исследования были выявлены у 9 (27,3%) пациенток. После проведения спазмолитической терапии тонус миометрия был не повышен, а при проведении фетометрии размеры плода соответствовали сроку беременности и достоверно не отличались от таковых при неосложненной беременности.

Гемодинамические нарушения по степени тяжести по результатам доплерометрического исследования распределились следующим образом (табл. 2).

Как видно из данных таблицы 2, среди обследованных большую часть составили женщины с гемодинамическими нарушениями в спиральных – 10 (30,3%) и в спиральных и маточных артериях – 8 (24,2%).

Всем пациенткам было проведено комплексное лечение с использованием препарата Плацента композитум по вышеуказанным схемам.

Все беременные лечение переносили хорошо, аллергических и других побочных реакций выявлено не было.

После проведенного курса лечения в первой подгруппе женщин при проведении доплерометрического исследования гемодинамических нарушений не наблюдалось.

Во второй подгруппе, в связи с сохранившимися изолированными нарушениями гемодинамики (нарушения кровотока в терминальных ветвях артерии пуповины и ее основном стволе), 5 женщинам был проведен повторный курс Плацента композитум по 1-й инъекции внутримышечно 1 раз в 5 дней № 5 с дальнейшим применением препарата 1 раз в неделю до конца беременности.

Среди женщин третьей подгруппы при проведении фетометрии отставание биометрических показателей от гестационного срока отмечалось только в сроки более 34–35 недель у 3 беременных из 6. Однако преобладала первая степень синдрома задержки роста плода. У этих же беременных отмечались признаки преждевременного созревания плацен-

ты, но при проведении КТГ-исследования не были выявлены признаки хронической внутриутробной гипоксии. При этом к доношенному сроку признаки синдрома задержки роста плода I степени были выявлены только у одной беременной. При тщательном исследовании артериального и венозного кровообращения плодов с синдромом задержки роста плода полученные показатели не отличались от таковых при неосложненной беременности, то есть, ни в одном наблюдении не были выявлены признаки централизации плодового кровотока и выраженные нарушения венозной плодовой гемодинамики.

Результаты, полученные при проведении анализа исходов родов у обследованных женщин, представлены в таблице 3.

Из приведенных в таблице 3 данных очевидно, что частота преждевременных родов у беременных была очень низкой, наблюдалась только во второй и третьей подгруппах.

Таблица 1

Причины развития ФПН у беременных, участвовавших в исследовании

Причины ФПН	Частота, n (%)
Экстрагенитальная патология	9 (27,3)
Инфекционно-воспалительные заболевания органов малого таза	11 (33,3)
Предлежание плаценты	3 (9,1)
Аномалии прикрепления плаценты	4 (12,1)
Многоплодная беременность	3 (9,1)
Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез	3 (9,1)

Таблица 2

Частота выявления нарушений кровотока в системе мать-плацента-плод у обследованных женщин

Локализация нарушений кровотока	Абс. ч. (%)
Только спиральные артерии	10 (30,3)
Маточные и спиральные артерии	8 (24,2)
Только нарушения в терминальных ветвях артерии пуповины	4 (12,1)
Изменения в артерии пуповины и ее терминальных ветвях	5 (15,1)
Нарушения в спиральных артериях и терминальных ветвях артерии пуповины	3 (9,1)
Нарушения во всех звеньях	3 (9,1)

Таблица 3

Исходы родов у обследованных женщин с ФПН

Исход беременности для женщины и новорожденного	Подгруппы		
	первая (n=7)	вторая (n=20)	третья (n=6)
Преждевременные роды	-	1 (5,0%)	1 (16,6%)
Своевременные роды	7 (100%)	19 (95,0%)	5 (83,3%)
Роды через естественные родовые пути	6 (85,7%)	14 (70,0%)	4 (66,6%)
Оперативное родоразрешение	1 (14,2%)	6 (30,0%)	2 (33,3%)
Оценка по шкале Апгар менее 7 баллов	-	-	-
Интенсивная терапия после рождения	-	-	1 (16,6%)

ЙОДОМАРИН – эффективное средство для профилактики йоддефицитных заболеваний

Средний срок родоразрешения составил $38,9 \pm 0,3$ нед, путем операции кесарева сечения были родоразрешены беременные по показаниям, не связанным с фетоплацентарной недостаточностью (рубец на матке, тазовое предлежание крупного плода, первые роды после 35 лет, бесплодие в анамнезе, упорная слабость родовой деятельности в родах).

Средняя масса новорожденных составила $3458,2 \pm 127$ г, средняя длина тела – $51,4 \pm 0,5$ см, средняя оценка по шкале Апгар на первой минуте – $7,8 \pm 0,4$ балла.

Только у одного ребенка, рожденного с признаками синдрома задержки роста плода I степени от беременной из третьей подгруппы, на первые сутки жизни была заподозрена внутриутробная инфекция, в связи с чем после проведения интенсивной терапии в родильном доме он был переведен на второй этап выхаживания для дообследования и лечения. Как видно из таблицы 3, ни в одном наблюдении среди обследованных и пролеченных беременных основной группы не было отмечено рождения детей в состоянии гипоксии.

ВЫВОДЫ

Для лечения и профилактики фетоплацентарной недостаточности, наряду с коррекцией общего состояния, необходимо применять препараты, нормализующие параметры кровотока и обменные процессы в фетоплацентарном комплексе, одним из которых является Плацента композитум. Применение Плацента композитум нормализует состояние фетоплацентарной системы, позволяет снизить осложнения ФПН, рождение детей в состоянии гипоксии и с признаками гипотрофии, что способствует снижению перинатальной заболеваемости и смертности.

Досвід застосування препарату Плацента композитум у вагітних з фетоплацентарною недостатністю **Н.О. Данкович, Е.Н. Голчук**

З метою оцінки ефективності застосування препарату Плацента композитум для профілактики та лікування фетоплацентарної недостатності (ФПН) проведено обстеження 33 жінок віком від 20

до 40 років у терміні 18-40 тижнів вагітності з встановленим діагнозом вторинної ФПН. Показано, що застосування Плацента композитум нормалізує стан фетоплацентарної системи, дозволяє знизити ускладнення ФПН, знизити ризик народження дітей у стані гіпоксії та з ознаками гіпотрофії, що сприяє зниженню перинатальної захворюваності й смертності.

Ключові слова: фетоплацентарна недостатність, Плацента композитум, профілактика, лікування.

Experience of Placenta compositum application in pregnant with fetoplacental insufficiency **N.A. Dankovich, E.N. Gorchuk**

The inspection of 33 pregnant, in age from 20 to 40 years in terms 18-40 weeks of pregnancy with the purpose of estimation of efficiency of application of the preparation Placenta compositum for a prophylaxis and medical treatment of placental insufficiency was conducted by authors. It was shown, that the application of Placenta compositum normalizes the state of the fetoplacental system, allows to lower the placental insufficiency complications, to lower the risk of birth of children in state of hypoxia and with the signs of hypotrophy, that is instrumental in the decline of perinatal morbidity and death rate.

Keywords: placental insufficiency, treatment, prophylaxis, Placenta compositum.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аржанова О.Н., Кошелева Н.Г., Ковалева Т.Г. и др. Плацентарная недостаточность: диагностика и лечение. М: Нордмед-Издат; 2000.
2. Клинические лекции по акушерству и гинекологии. Стрижакова А.Н., Давыдова А.И., Белоцерковцева Л.Д. (ред.). М: Медицина; 2000.
3. Парашук Ю.С., Грищенко О.В., Лахно И.В. и др. Ведение беременности и родов при фетоплацентарной недостаточности. Харьков: Торнадо; 2001.
4. Медведев М.В., Курьяк А., Юдина Е.В. Допплерография в акушерстве. М: Реальное время; 1999.
5. Игнатко И.В., Октябрьская Е.А. Применение Актовегина при фетоплацентарной недостаточности у беременных группы высокого риска внутриутробного инфицирования плода. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии 2004; 3 (1): 20–25.
6. Report of the International Conference on Population and Development, United Nations Publications. New York; 1995.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

ПОВЫШЕННОЕ ДАВЛЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЧИНОЙ СЕРДЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В БУДУЩЕМ

Согласно новым исследованиям, женщины, у которых во время беременности наблюдается повышенное кровяное давление, рискуют в будущем иметь серьезные проблемы с сердцем.

Раньше считалось, что высокое кровяное давление во время беременности не является постоянным и нормализуется сразу же, после рождения ребенка. Новое исследование ставит под сомнение данное утверждение.

По словам одного из авторов этого исследования, доктора медицины Мишеля Ботса (Michiel L. Bots), женщины, у которых во время беременности наблюдается высокое давление, обладают также высоким индексом массы

тела и повышенным артериальным диастолическим давлением, что может крайне негативно отразиться на их здоровье в будущем. Во избежание серьезных последствий, врачи рекомендуют ещё до беременности задуматься о своем давлении и уровне холестерина в крови.

www.medicus.ru

ТАРДИФЕРОН — золотой стандарт ВОЗ в лечении железодефицитной анемии