

ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ ПОВТОРНОБЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Чеботарева Ю.Ю.¹, Петров Ю.А.¹, Байкулова Т.Ю.²

¹ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия, e-mail: okt@rostgmu.ru;

²ГБОУ ВПО Российский университет дружбы народов, Москва, Россия, e-mail: rudn@rudn.ru

С целью разработки комплекса мероприятий, направленных на профилактику и коррекцию плацентарной недостаточности у первородящих повторнобеременных женщин проведен анализ беременности и родов у 246 первородящих женщин после хирургического, медикаментозного и вакуумного аборта, находящихся в Карачаево-Черкесском республиканском перинатальном центре за период 2012-2013 гг. Контрольная группа - 80 первобеременных женщин. Состояние фетоплацентарного комплекса оценивалось при проведении УЗИ, доплерометрии, КТГ, а также патоморфологического исследования последов. Для профилактики плацентарной недостаточности проведена озонотерапия. Выявлено, что первородящие повторнобеременные составляют группу высокого риска по развитию плацентарной недостаточности и, как следствие, СЗРП. Комплекс мероприятий, направленных на профилактику и коррекцию плацентарной недостаточности у первородящих повторнобеременных женщин должен включать проведение патогенетически обоснованной комплексной медикаментозной коррекции нарушений фетоплацентарного гомеостаза в сочетании с озонотерапией.

Ключевые слова: первородящие повторнобеременные, плацентарная недостаточность, озонотерапия.

PREVENTIVE MEASURES AND CORRECTION OF PLACENTAL INSUFFICIENCY IN NULLIPAROUS WOMEN WITH ABORTION IN HISTORY

Chebotareva Y.Y.¹, Petrov Y.A.¹, Baykulova T.Y.²

¹ Rostov state medical University, Rostov, Russia (344022, Rostov, Nahichevanskyi sidestreet, 29), e-mail: okt@rostgmu.ru;

² People's Friendship University of Russia, Moscow, Russia (117198, Moscow, Mikluho-Maklaya, 6), e-mail: rudn@rudn.ru

For the purpose of development of complex of measures aimed at prevention and correction of placental insufficiency in nulliparous women with abortion in history the analysis of pregnancy and childbirth at 246 nulliparous women with abortion in history in the Karachaevo-Cherkesskaya Republican perinatal center for the period 2012-2013. Control group - 80 primigravida women. The state of fetoplacental complex was evaluated with ultrasound examination, Doppler, CTG, and morphological studies were performed. For the prevention of placental insufficiency carried out ozone therapy. Revealed that nulliparous women with abortion in history constitute a group at high risk for placental insufficiency and as a result, the syndrome of delayed fetal growth. A complex of measures aimed at prevention and correction of placental insufficiency in nulliparous women with abortion in history should conduct pathogenetically substantiated complex of medicamentous correction of violations of the fetoplacental homeostasis in combination with ozone therapy.

Keywords: nulliparous women, placental insufficiency, abortions, ozone therapy.

Артифициальное прерывание гестации увеличивает риск различных осложнений течения беременности и родов, в том числе и развития плацентарной недостаточности. Огромная медико-социальная значимость проблемы плацентарной недостаточности у первородящих повторнобеременных женщин заключается в том, что вызываемые ею тяжелые последствия для матери и ребенка не всегда удается предотвратить в должном объеме с помощью только фармакологической терапии [1, 2, 6]. Именно поэтому А.П. Милованов и соавт. (1999), рассматривая ведущие механизмы патогенеза хронической плацентарной недостаточности, настоятельно подчеркивает необходимость изыскания новых

медицинских технологий профилактики нарушения плацентарного кровообращения [3]. Проводимые на настоящем этапе антенатальные лечебные мероприятия оказываются малоэффективными, а зачастую и бесполезными, вследствие проведения их лишь в III триместре беременности, на фоне сформировавшейся плацентарной недостаточности. Исследования А. А. Оразмурадова (2003) показали, что развитие недостаточности плацентарного ложа и плаценты происходит в весьма ранние сроки беременности [4]. Дальнейшие перспективы связаны с ранним началом (до 17 недель) профилактических и лечебных мероприятий. В связи с этим нами предприняты попытки использования озонотерапии, как метода профилактики и коррекции плацентарной недостаточности у первородящих повторнобеременных женщин в ранние сроки беременности.

Озон воздействует на патогенетические механизмы реализации плацентарной недостаточности, положительно влияя на гомеостаз маточно-плацентарного комплекса. Путем ликвидации локальной гипоксии озон восстанавливает нарушенный клеточный метаболизм, ферментативную недостаточность децидуальной ткани, предотвращает развитие дефектов васкуляризации, нарушения созревания хориона и в результате к профилактике и коррекции плацентарной недостаточности.

Цель исследования

Разработать комплекс мероприятий, направленных на профилактику и коррекцию плацентарной недостаточности у первородящих повторнобеременных женщин.

Контингент, материал и методы исследования

В исследование включено 246 первородящих повторнобеременных женщин, из них ретроспективную группу составили 152 женщины, проспективную - 94 женщин. В качестве группы сравнения проведен анализ течения беременности и родов у 80 первобеременных женщин. Ретроспективный анализ проведен на основе 152 историй родов первородящих повторнобеременных женщин, находящихся в Карачаево-Черкесском республиканском перинатальном центре за период 2012-2013 гг. По данным анамнеза в зависимости от метода прерывания предыдущей гестации беременные были распределены следующим образом:

- 1 группа (n=61) – первородящие женщины ретроспективной выборки после прерывания гестации хирургическим методом;
- 2 группа (n=47) – первородящие женщины ретроспективной выборки с медикаментозным абортom в анамнезе;
- 3 группа (n=44) – первородящие женщины ретроспективной выборки после прерывания гестации путем вакуум-аспирации.

Перспективное исследование проведено на базе Карачаево-Черкесского республиканского перинатального центра за период 2014-2015 гг. Беременные проспективного блока были разделены на следующие группы:

4 группа (n=30) – первородящие женщины проспективной выборки после прерывания гестации хирургическим методом;

5 группа (n= 32) – первородящие женщины проспективной выборки с медикаментозным абортом в анамнезе;

6 группа (n=32) – первородящие женщины проспективной выборки после прерывания гестации путем вакуум-аспирации;

7 группа (n=30) – первобеременные женщины.

Далее на проспективном этапе клинические группы были разделены на подгруппы:

А – женщины, получающие стандартную метаболическую терапию согласно приказу МЗ РФ №572н; Б – женщины, которым помимо стандартного курса проводились профилактические курсы озонотерапии на ранних сроках гестации.

Состояние фетоплацентарного комплекса оценивалось при проведении УЗИ, доплерометрии, КТГ, а также патоморфологического исследования последов.

Курс озонотерапии состоял из 5-6 внутривенных инфузий 200 мл озонированного 0,9% раствора хлорида натрия, полученный на отечественной установке YOTA-60-01 производства «Медозон» (регистрационные удостоверения медицинских технологий № ФС-2005/058 и № ФС -2007/014). Названный аппарат производит кислородно-озоновую смесь с заданными концентрацией озона, скоростью выходного потока и временем процедуры. В настоящей работе при проведении лечения беременных использовался способ проточно-аспирационной обработки озонкислородной смесью в течение 20 минут и скоростью потока газовой смеси 1 л/мин с концентрацией озона 4 мкг/л.

Результаты и их обсуждение

Ретроспективный анализ особенностей изменения фетоплацентарной системы у первородящих повторнобеременных женщин позволил нам прийти к выводу, что признаки плацентарной недостаточности у исследуемого контингента женщин вне зависимости от метода предшествующего прерывания беременности встречаются в 3 раза ($p < 0,05$) чаще в сравнении с первобеременными. Полученные данные явились основанием для проведения профилактических курсов озонотерапии в целях поддержания компенсаторно-приспособительных механизмов у первородящих повторнобеременных женщин.

Эффективность комплексной метаболической терапии с включением оксигенации медицинским озоном определялась улучшением компенсаторных процессов в системе «мать-плацента-плод». Это подтверждается результатами УЗИ, доплерометрии и КТГ,

которые служили объективными критериями эффективности комплексной терапии. Важнейшим показателем, характеризующим положительный эффект профилактических курсов озонотерапии на систему «мать-плацента-плод» у первородящих повторнобеременных женщин было снижение частоты развития синдрома задержки роста плода (СЗРП) в сравнении с повторнобеременными, которым была проведена только медикаментозная терапия. У первородящих повторнобеременных, получавших стандартную терапию, СЗРП выявлен у 20 (43%) женщин. В группе первородящих повторнобеременных, которым помимо стандартной терапии проводили оксигенацию медицинским озоном, наблюдалось достоверное снижение данного осложнения - СЗРП диагностирован лишь у 9 (19%) женщин ($p < 0,05$), практически приблизившись к показателям контрольной группы - 17% .

В группе первородящих повторнобеременных, которым помимо стандартной терапии проведена оксигенация озоном, выявлено достоверное улучшение фетометрических показателей – СЗРП II- III отмечен всего у 2 (4%) ($p < 0,05$), что в 3,3 раза реже в сравнении с первородящими повторнобеременными, которым было проведено стандартное лечение и в 1,6 раза реже в сравнении с первобеременными. Так, в группе женщин после стандартной терапии СЗРП II-III степени отмечен у 6 (13%) , в контрольной группе – у 2(6,6%) женщин ($p < 0,05$).

Данные КТГ также показали, что у первородящих женщин после комплексного лечения с включением озонотерапии повышались адаптивные способности плода. Нами выявлено снижение частоты начальных признаков гипоксии плода в 1,5 раза и трехкратное снижение частоты регистрации выраженных признаков дистресса плода в группе первородящих повторнобеременных женщин, которым помимо стандартного лечения была проведена озонотерапия($p < 0,05$). Так, начальные нарушения реактивности сердечно-сосудистой системы плода диагностированы у 21(45%) в группе первородящих повторнобеременных после стандартный курса. В группе женщин, которым была проведена помимо стандартного лечения оксигенация озоном, наблюдалось улучшение показателей - начальные признаки дистресса плода регистрировались у 14(30%)($p < 0,05$) практически как в контрольной группе – у 8 (27%). Выраженные признаки дистресса плода в группе повторнобеременных, прошедших помимо стандартного лечения курс озонотерапии, наблюдались всего у 4(9%) ($p < 0,05$), что в 2,5 раза реже в сравнении с женщинами, получившими стандартный курс (у 11 (23%)) ($p < 0,05$), и в 1,4 раза реже в сравнении с первобеременными (4 (13%)).

Очевидно, что наблюдаемая нами положительная динамика нормализации параметров КТГ была обусловлена, в первую очередь, изменениями маточно-плацентарного кровотока, о

чем свидетельствовали результаты доплерометрии. Гемодинамические нарушения I степени у первородящих повторнобеременных, которым была проведена дополнительно к стандартной терапии оксигенация озоном, диагностированы в 2 раза ($p < 0,05$) меньше, чем у повторнобеременных, получивших только стандартную терапию. Так, нарушения кровотока I степени регистрировались 20(43%) первородящих повторнобеременных, прошедших стандартную терапию, а в группе женщин, которым проведена комплексная терапия - у 12 (26%) ($p < 0,05$) повторнобеременных женщин. Для сравнения, показатель в контрольной группе равен 27% .

Что касается гемодинамических нарушений II степени у первородящих повторнобеременных, которым помимо стандартной терапии была проведена оксигенация озоном, наблюдается снижение частоты тяжелых нарушений кровотока в 4,5 раза ($p < 0,05$) в сравнении с группой, получившей стандартное лечение, и даже снижение в 3,5 раза ($p < 0,05$) в сравнении с первобеременными. Так, нарушения кровотока II степени выявлялись у 4(9%) первородящих повторнобеременных женщин, прошедших стандартную терапию, у 1(2%) ($p < 0,05$) повторнобеременных, которым была проведена помимо стандартной терапии оксигенация озоном и у 2(7%) ($p < 0,05$) женщин контрольной группы. Выявленные сдвиги, очевидно, можно объяснить нормализацией метаболических процессов в клетках, улучшением состояния мембран, нормализацией реологических свойств крови и соответственно, гемодинамики в целом.

Положительный эффект озонотерапии также выявлен по результатам УЗ плацентографии. Структурные изменения плаценты отмечались в 1,8 раза реже после озонотерапии в сравнении с повторнобеременными, получившими стандартный курс лечения. Так, ускорение созревания плаценты регистрировалось у 18(38%) первородящих повторнобеременных женщин, прошедших стандартный курс, тогда как у первородящих повторнобеременных, которым была проведена дополнительно к стандартному курсу озонотерапия, преждевременное созревание плаценты наблюдалось всего у 10(21)%, что, однако, почти в 2 раза ($p < 0,05$) больше показателей контрольной группы (у 4 (13%)).

Нами отмечено достоверное двукратное снижение частоты изменений толщины плаценты у первородящих повторнобеременных, которым была проведена комплексная терапия, в сравнении с женщинами, получившими стандартный курс. Так, после озонотерапии данные структурные изменения плаценты диагностированы у 20(43%) ($p < 0,05$) первородящих повторнобеременных, что в 2 раза реже в сравнении с повторнобеременными, прошедшими стандартную терапию (у 10 (21%)) ($p < 0,05$), однако, в 2 раза чаще в сравнении с первобеременными (у 3(10%)) ($p < 0,05$).

Окончательным и самым достоверным методом диагностики патологических изменений в фетоплацентарной системе является морфологическое исследование плаценты. Оценка морфофункциональных показателей плацент выявила у первородящих повторнобеременных после комплексного лечения следующие положительные эффекты:

1) В плацентах данного контингента женщин отсутствовали признаки ее деструкции, отмечалось значительное снижение интенсивности и распространенности воспалительных процессов, уменьшение отека, купирование сосудистых нарушений, уменьшение воспалительной инфильтрации. Инфильтраты в базальной пластинке носили очаговый характер и состояли преимущественно из лимфоцитов.

2) Плаценты по структурным компонентам характеризовались компенсаторно-приспособительными реакциями, такими как ангиоматоз, гиперплазия терминальных ворсин, увеличение количества капилляров, смещение их к базальной мембране, образование и нарастание количества синцитиокапиллярных мембран и синцитиальных почек, рост новых ворсин.

Подводя итог можно сделать следующие **выводы**:

1. Первородящие повторнобеременные составляют группу высокого риска по развитию плацентарной недостаточности и, как следствие, СЗРП.
2. Первым этапом профилактики плацентарной недостаточности, СЗРП у первородящих повторнобеременных женщин является прогнозирование для дальнейшего применения предложенного нами комплекса лечебно-профилактических мероприятий. Так, наличие прерывания беременности в анамнезе у первородящих женщин должно указывать на значительные нарушения в фетоплацентарной системе.
3. Комплекс мероприятий, направленных на профилактику и коррекцию плацентарной недостаточности у первородящих повторнобеременных женщин должен включать предгравидарную подготовку, раннюю постановку первородящих повторнобеременных на учет (до 8 нед (время первой волны инвазии трофобласта)); оценку компенсаторных механизмов плаценты в 17-20, 21-24 (завершение второй волны инвазии трофобласта) и 36 нед беременности (период выраженной диссоциации прибавки массы плода и плаценты); проведение патогенетически обоснованной комплексной медикаментозной коррекции нарушений фетоплацентарного гомеостаза в сочетании с озонотерапией.

Список литературы

1. Иутинский Э.М. Влияние озонотерапии, как компонента комплексного лечения фетоплацентарной недостаточности, на течение и исход беременности, развитие плода и

ребенка на первом году жизни: дис...канд. мед. наук. – Пермь,2009. – С. 25.

2. Клементе А.Х.М. Плацентарная недостаточность: современные способы прогнозирования и лечения: дис...докт. мед. наук. – М., 2012. – С. 48.

3. Милованов А.П. Патология системы «мать-плацента-плод». – М.:Медицина,1999. – С. 447.

4. Оразмурадов А.А. Особенности плацентарного ложа матки при осложнениях беременности и экстрагенитальных заболеваний: дис...докт. мед. наук. – М., 2003. – С. 3-7.

5.Радзинский В.Е. Акушерский риск. Максимум информации – минимум опасности для матери и младенца / В.Е. Радзинский, С.А. Князев, И.Н. Костин. – М., 2009.

6.Kamilova N. Diagnostic indices of fetoplacental complex in pregnancy assessment of women with genital infections.Text./N.Kamilova, I.Sultanova, V.Akhmed Zadeh // Georgian Med News.-2008.- N164.-P.23-27.

Рецензенты:

Линде В.А., д.м.н., профессор, директор Ростовского научно-исследовательского института акушерства и педиатрии МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону;

Авруцкая В.В., д.м.н., главный научный сотрудник, руководитель поликлинического отделения Ростовского научно-исследовательского института акушерства и педиатрии МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону.