

*Ильенко Л.И.<sup>1</sup>, Гужвина Е.Н.<sup>2</sup>*

## Конституциональный подход к прогнозированию плацентарной недостаточности

1 - ГБОУ ВПО РГМУ Минздравсоцразвития России, г. Москва; 2 - ГБОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России, г. Астрахань

*Ilenco L.I., Guzvina E.N.*

### Constitutional approach to prognosis of placental insufficiency

#### Резюме

В статье представлены данные о факторах риска развития плацентарной недостаточности с позиции конституционального подхода. Определена эффективность прогнозирования плацентарной недостаточности на ранних сроках беременности с учетом морфофункционального типа. Для установления типа конституции и определения факторов риска развития плацентарной недостаточности методом случайной выборки обследованы 148 беременных женщины в конце I - начале II триместра беременности (10-14 недель беременности). Определение конституциональной принадлежности беременных проводилось на основании антропометрических данных, состояния сердечно-сосудистой системы, показателей тестов психодиагностики (опросник Айзенка) и дерматоглифики. Затем осуществляли ретроспективную оценку течения беременности и исхода родов. Установлено, что у беременных с диспластическим и нервно-артритическим морфофункциональными типами конституции почти в 50% случаев развивается плацентарная недостаточность, как правило, на фоне соматической патологии и гинекологических заболеваний, типичных акушерских и перинатальных осложнений, снижается потенциал репродуктивной функции. Самым неблагоприятным является диспластический морфофункциональный тип конституции, при котором имеет место наиболее высокий риск реализации плацентарной недостаточности, материнских и перинатальных осложнений.

**Ключевые слова:** тип конституции, беременность, плацентарная недостаточность, прогнозирование

#### Summary

There were found out the risk factors of placental insufficiency development from the point of constitutional approach. The efficiency of prognosis of it on the early stages of pregnancy was defined taking into consideration morpho-functional type. There were observed 148 pregnant women at the end of the 1st and beginning of 2nd trimester of pregnancy (10-14 weeks of pregnancy) for the determination of constitution and risk factors in the placental insufficiency development. It was made on the base of anthropometric data, condition of cardiovascular system, test data in psychodiagnostics (questionary of Azenc) and dermatoglyphics. The retrospective estimation of pregnancy course and delivery outcome were made. It was defined that pregnant women with dysplastic and neuro-arthritic morphofunctional constitution type developed placental insufficiency in 50% on the base of somatic pathology and gynecological diseases, typical obstetrical and perinatal complications, all these factors could lead to decrease of reproductive function potential. The most unfavourable thing should be dysplastic morpho-functional type of constitution where the risk factors of placental complications take place.

**Key words:** constitutional type, pregnancy, placental insufficiency, prognosis

#### Введение

Проблема рождения больных и маловесных детей, по-прежнему, остается одной из самых актуальных в современном акушерстве и перинатологии. Отсутствие ожидаемого эффекта антенатальной терапии, как правило, обусловлено запоздалостью лечебных мероприятий в конце II-III триместрах беременности. Формирование внутриутробного неблагополучия начинается на ранних сроках развития ФПС, когда болезни организма матери обуславливают неполноценное формирование экстраэмбриональных структур и эмбриона [1].

Конституция человека – это его врожденная и приобретенная, психическая и соматическая организация. Она определяется по строению тела, психическому и душевному складу и способу реагирования на внутренние и внешние нагрузки. Людям разных конституциональных типов свойственна различная подверженность влияниям внешней среды, что, по-видимому, связано с различным функционированием защитных систем организма [2, 3, 4, 5, 6, 7].

В настоящее время используются конституциональные типы, основанные на морфофункциональных

особенностях организма: лимфопролиферативный, диспластический, астенический и нервно-артритический. В традиционной медицине тип конституции определяется соотношением кальция, фосфора и фтора в организме, что соответствует трем основным гомеопатическим типам: Calcium carbonicum, Calcium phosphoricum и Calcium fluoricum [8, 9]. Calcium fluoricum это четвертый тип. Он всегда вторичный, и является как бы разновидностью вышеописанных, внося свой отпечаток асимметрии или дистрофии.

Цель исследования. Определить эффективность прогноза развития плацентарной недостаточности на ранних сроках беременности для оптимизации профилактических и лечебных мероприятий с позиции конституционального подхода.

## Материалы и методы

Для установления типа конституции и определения факторов риска развития плацентарной недостаточности методом случайной выборки обследованы 148 беременных женщины в конце I - начале II триместра беременности (10-14 недель беременности). Определение конституциональной принадлежности беременных проводилось на основании антропометрических данных, состояния сердечно-сосудистой системы, показателей тестов психодиагностики (опросник Айзенка) и дерматоглифики. Затем осуществляли ретроспективную оценку течения беременности и исхода родов.

С помощью опросника Айзенка определялся тип темперамента испытуемой: нейротичный экстраверт – это холерик; нейротичный интроверт – меланхолик; ненейротичный экстраверт – сангвиник; ненейротичный интроверт – флегматик.

Метод медицинской дерматоглифики позволяет определять на концевых фалангах пальцев и ладонях у обследуемых женщин гребешковые структуры, которые рассматриваются как дерматоглифические маркеры дизонтогенеза, обусловленного хромосомными, генетическими нарушениями и негативными внешними следовыми факторами.

Сравнение исследуемых групп по возрастному критерию, факторам риска возникновения плацентарной недостаточности (ПН) выявляет близкие исходные данные во всех группах, что соответствует принципу соблюдения адекватности условий анализа.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием программы Microsoft Word, Microsoft Excel 2003 для Windows XP, Statistika 6.0. Различия считали статистически достоверными при  $p < 0,05$  [3].

## Результаты и обсуждение

Соматическая патология была выявлена у 20 (71,4%) беременных 1-й группы (лимфолиферативный конституциональный тип). Во 2-й группе (астенический тип) она выявлена у 15 (62,5%) обследуемых, в 3-й (нервно-артритический тип) – у 51 (67,1%), в 4-й (диспластический тип) – у 14 (70%) (табл. 1).

Наиболее часто у женщин 1-й группы имела место

следующая экстрагенитальная патология: хронический пиелонефрит – 21,4%, ожирение – 17,9%, НЦД по гипертоническому типу 14,3%, хронический гастрит – 10,7%, диффузная эутиреоидная струма I - II ст. – 10,7%, во 2-й группе – 25; 16,6; 12,5; 8,3 и 8,3%, соответственно. Частота экстрагенитальной патологии в 3-й группе имела определенную специфику. Наиболее часто отмечались: хронический пиелонефрит – 32,9%, ожирение – 23,7%, диффузная эутиреоидная струма – 23,7%, хронический гастрит – 13,2%, аллергия – 9,2%, НЦД – 9,2%. У беременных 4-й группы частота соматической патологии преобладала по сравнению с другими обследуемыми: хронический пиелонефрит – 40%, заболевания желудочно-кишечного тракта и гепато-билиарной системы – 35%, лекарственная аллергия – 25%, варикозная болезнь – 20%, нарушения жирового обмена – 15%.

Перенесенные гинекологические заболевания встречались у женщин 1-й группы: всего – у 15 (53,8%), эндометриоз – 6 (21,4%), хронический аднексит – 5 (17,9%), бесплодие – 4 (14,3%), привычное невынашивание – 2 (7,1%). У женщин 2-й группы частота гинекологических заболеваний составила 50%. В анамнезе наблюдались: эндометриоз – 5 (20,8%), хронический аднексит – 4 (16,6%), кисты яичников – 4 (16,6%). У обследуемых 3-й и 4-й групп частота гинекологических заболеваний составила 41 (54%) и 12 (60%), соответственно.

Состояние репродуктивной функции имело характерные особенности. Количество беременностей, имевших место в прошлом и приходящихся в среднем на 1 беременную в 1-й группе составило 2,2, а количество искусственных абортов, приходящихся на 1 женщину 1,0; во 2-й группе – 1,6 и 0,67; в 3-й группе – 2 и 0,58; в 4-й группе – 1,0 и 0,6.

Выявлено, что соотношение между перво- и повторнородящими в каждой из обследуемых групп было следующим: в 1-й группе первородящие беременные составили 57,1%, повторнородящие – 42,9%, во 2-й группе – 66,7 и 33,3%, в 3-й группе – 71,1 и 28,9%, в 4-й группе – 75 и 25%, соответственно.

Вероятно, у женщин с диспластическим и нервно-артритическим конституциональными типами процесс наступления повторных беременностей, завершившихся последующими родами, испытывает влияние определенных сдерживающих факторов, не проявляющихся в такой мере у женщин, относящихся к другим конституциональным типам.

Патологическое течение данной беременности на ранних сроках у женщин 1-й группы наблюдалось в 89,3%, во 2-й группе – в 79,2%, в 3-й группе – 94,7%, в 4-й группе – в 100% случаев (табл. 2).

В 1-й группе наиболее частыми осложнениями беременности являлась угроза её прерывания – 13 (46,4%) и гестозы – 13 (46,4%), анемия – у 11 (39,3%) женщин. Хроническая внутриутробная гипоксия плода (ХВГ) (по данным кардиотокографии, эхографии, доплерометрии, оценки биофизического профиля плода) имела место в 8 (28,6%) случаях, задержка внутриутробного развития плода (ЗВРП) и плацентарная недостаточность

**Таблица 1. Общая характеристика обследуемых женщин с позиций типа конституции**

Тип конституции	Лимфопролиферативный n 28	Астенический n 24	Нервно-артритический n 76	Диспластический n 20
Группа	1-я группа	2-я группа	3-я группа	4-я группа
Возраст	28,2±0,8 лет	27,5±0,9 лет	24,6±0,7 лет	27,3±0,4 лет
Индекс массы тела (ИМТ)	24,61±1,6	21,23±1,2	22,41±1,4	22,14±1,8
Тип нервной деятельности	флегматики	сангвиники	холерники	меланхолики
Дерматоглифический коэффициент (ДК)	d 25,72±0,35 s 24,56±0,41	d 22,0±0,58 s 17,14±0,27	d 21,2±1,4 s 21,2±1,2	d 25,95±1,8 s 27,28±1,6
Телосложение	Гипертеническое		Чаще нормостеническое	
Основные проявления	Гипертрофия лимфоидной ткани	Ускоренные обменные процессы, склонность к геморрагическим осложнениям	Дисфункция нервной системы	Дисфункция соединительной ткани
Гомеопатический тип	Calcum carbonica	Calcium phosphorica	Calcium sulfurica	Calcium fluorica

**Таблица 2. Особенности течения беременности у женщин в зависимости от типа конституции, абс. (%)**

Осложнения	Лимфопролиферативный n 28	Астенический n 24	Нервно-артритический n 76	Диспластический n 20	p
1	2	3	4	5	6
1. Угроза прерывания в ранние сроки беременности	13 (46,4)	7 (29,2)	45 (59,2)	14 (70,0)	2,3>0,05; 3,4<0,05 2,4>0,05; 3,5<0,01 2,5<0,05; 4,5<0,05
2. Ранний токсикоз	5 (17,8)	4 (16,7)	15 (19,7)	44 (20,0)	2,3>0,05; 3,4>0,05 2,4>0,05; 3,5>0,05 2,5>0,05; 4,5<0,05
3. Анемия	11 (39,3)	10 (41,6)	41 (53,9)	10 (50,0)	2,3>0,05; 3,4>0,05 2,4<0,05; 3,5>0,05 2,5>0,05; 4,5>0,05
4. Гестоз	13 (46,4)	8 (33,3)	39 (51,3)	12 (60,0)	2,3>0,05; 3,4>0,05 2,4>0,05; 3,5<0,05 2,5<0,05; 4,5>0,05
5. Хроническая внутриутробная гипоксия плода (ХВГ)	8 (28,6)	-	47 (61,0)	16 (80,0)	2,4<0,01 2,5<0,001 4,5<0,05
6. Задержка внутриутробного развития плода (ЗВРП)	5 (17,2)	-	19 (25,7)	9 (45,0)	2,4>0,05 2,5<0,001 4,5<0,05
7. Плацентарная недостаточность	6 (21,4)	2 (8,3)	33 (42,9)	12 (60,0)	2,3<0,05; 3,4<0,001 2,4<0,05; 3,5<0,001 2,5<0,001; 4,5<0,05

Таблица 3. Структура плацентарной недостаточности в зависимости от типа конституции, абс. (%)

Тип конституции Осложнения	Лимфолиферативный n 28	Астенический n 24	Нервно-артритический n 76	Диспластический n 20	p
1	2	3	4	5	6
1. Компенсированная форма ХПН	5 (17,9)	2 (8,3)	21 (27,6)	5 (25,0)	$2,1 < 0,05; 1,4 < 0,01$ $2,4 > 0,05; 1,5 < 0,05$
2. Субкомпенсированная форма ХПН	1 (3,6)	-	9 (11,8)	4 (20,0)	$2,5 > 0,05; 1,4 > 0,05$ $2,4 < 0,01$ $2,5 < 0,001$ $4,5 < 0,05$
3. Декомпенсированная форма ХПН	-	-	3 (4,0)	3 (15,0)	$4,5 < 0,001$
4. Плацентарно-плодный индекс (ППИ)	0,14±0,05	0,14±0,02	0,13±0,01	0,12±0,04	$2,5 < 0,05$

в 6 (17,2%) наблюдениях. При гистологическом исследовании 5 (17,9%) плацент выявлена компенсированная форма хронической плацентарной недостаточности (ХПН), в 1 (3,6%) случае – субкомпенсированная форма. Плацентарно-плодный индекс (ППИ) в данной группе составил 0,14±0,05 (табл. 3).

Во 2-й группе наиболее часто встречалась анемия у 10 (41,6%) и гестозы – у 8 (33,3%) обследуемых, при этом все они не превышали I степень тяжести. Угроза прерывания беременности отмечалась у 7 (29,2%) женщин. Клинических проявлений ХВГ и ЗВРП у беременных 2-й группы выявлено не было. При гистологическом исследовании плаценты у 2 (8,3%) женщин отмечались признаки компенсированной плацентарной недостаточности, ППИ в данной группе составил 0,14±0,02.

В 3-й группе проявление токсикоза I половины беременности наблюдалось у 15 (19,7%) обследуемых. Течение беременности осложнилось гестозом у 39 (51,3%) женщин. Лечение в условиях стационара по поводу угрозы прерывания беременности проводилось 45 (59,2%) обследуемым. Анемия во время беременности была выявлена у 41 (53,9%). ХВГ клинически выявлялась значительно чаще по сравнению с предыдущими группами и имела место у 47 (61,8%) беременных, ЗВРП – у 23 (30,3%), ХПН, подтвержденная гистологическим исследованием плаценты выявлена у 33 (43,4%) женщин. Причем, компенсированная форма ХПН имела место у 21 (27,6%) женщины, субкомпенсированная ХПН – у 9 (11,8%), декомпенсированная ХПН – у 3 (4%). ППИ в данной группе составил 0,13±0,01.

Главной клинической особенностью женщин 4-й группы явилось существенное преобладание у них частоты типичных осложнений беременности по сравнению с обследуемыми других групп. При этом у многих женщин имело место сочетание нескольких осложнений, носивших в совокупности некорректируемый характер.

Установлено, что ранний токсикоз отмечался у 4 (20%) женщин 4-й группы, гестоз – у 12 (60%), в том числе у 6 (30%) обследуемых I степени, у 3 (15%) – II степени и у 3 (15%) – III степени тяжести. Довольно часто, в 14 (70%) наблюдений имели место клинические проявления угрозы прерывания беременности. Анемия выявлена у 10 (50%) обследуемых. ХВГ имела место в 13 (65%) наблюдений, а ЗВРП – в 11 (55%), как правило, на фоне сочетания соматической патологии и осложнений беременности. Плацентарная недостаточность выявлена у 12 женщин (60%), при этом в легкой форме (компенсированная ХПН) – у 5 (25%), субкомпенсированная ХПН – 4 (20%), декомпенсированная ХПН – у 3 (15%) женщин. ППИ у них составил 0,12±0,04.

Выявлено, что у 27,7% женщин течение беременности осложняется развитием плацентарной недостаточности. Частота данного осложнения прогрессивно увеличивается, находясь в прямой зависимости от типа конституции матери и плода. Так, у женщин 1-й группы (лимфолиферативный конституциональный тип) частота ХПН составляет 21,4%, во 2-й группе (астенический тип) – 8,3%, в 3-й группе (нервно-артритический тип) – 42,9%, а в 4-й группе (диспластический тип) – 60%.

## Заключение

Установлено, что у беременных с диспластическим и нервно-артритическим морфофункциональными типами конституции почти в 50% случаев развивается плацентарная недостаточность, как правило, на фоне соматической патологии и гинекологических заболеваний, типичных акушерских и перинатальных осложнений, снижается потенциал репродуктивной функции. Самым неблагоприятным является диспластический морфофункциональный тип конституции, при котором имеет место наиболее высокий риск реализации плацентарной недостаточности, материнских и перинатальных осложнений. ■

*Ильенко Л.И.* – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой госпитальной педиатрии с курсом традиционных методов лечения ФУВ Московского факультета ГБОУ ВПО РГМУ Минздрава России, г. Москва; *Гужвина Е.Н.* – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия Минздрава России, г. Астрахань; Автор, ответственный за переписку - Е.Н. Гужвина - Россия, 414000 г. Астрахань, ул. Бакинская д.121, тел. (89086146551), e-mail: egughvina@mail.ru

---

## Литература:

1. Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А. Ранние сроки беременности. М.: Миа, 2005.
2. Борейша Е.А. Применение препарата Церебрум композитум в лечении детей с минимальной церебральной дисфункцией; Биол. Мед. 2000; 2: 61-2.
3. Варшавский В.И. Практическая гомеопатия. М.: Медицина; 1989.
4. Ильенко Л.И. К вопросу о конституции в неонатологии Сб. научных трудов «Новые технологии в оптимизации помощи детям и матерям». М.: РГМУ. 2003.
5. Попова Т.Д. Гомеопатия – источник нового типа адаптогенов. Киевская гомеопатическая школа: Киев; 1994.
6. Bailey P.M., Coll O.P.V. Homeopathic psychology: Personality Profiles of the Major Constitutional Remedies. North Atlantic Books, U.S. – Berkeley, California, 1995.
7. Dorsi M. Pediatric constitutional therapy. Kinderarztl. Prex; 1993 Feb 61 v1; 24-7.
8. Ильенко Л.И. Проблема нарушений адаптации у матери и новорожденного и методы их коррекции: дис. Докт. мед. наук. М., 1997.
9. Линде В.А. Руководство по гомеопатической терапии акушерской и гинекологической патологии. – С.Пб: Центр гомеопатии; 2004.