

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

УДК 618.36:616-053.1

Л.Р. Агабабян, Ф.Н. Атаева
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ТЕРАПИИ
ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ
Самаркандский государственный медицинский институт
Самарканд, Узбекистан

L.R. Agababyan, F.N. Ataeva
IMPROVEMENTS OF THERAPEUTIC METHODS OF PLACENTAL
INSUFFICIENCY

Department of Obstetrics and Gynecology PMF
Samarkand state medical institute
Samarkand, Uzbekistan

Контактный e-mail: sevarochka11@mail.ru

Аннотация. В статье проведена оценка эффективности Тивортина® для терапии плацентарной недостаточности (ПН). Донатор азота – Тивортин® играет важную роль в профилактике и лечении ПН.

Annotation. To explore Tivortin® efficacy for the treatment of placental insufficiency (PI). Nitrogen donor – Tivortin® plays an important role in the prevention and treatment of PI.

Ключевые слова: плацентарная недостаточность, ограничение роста плода, лечение.

Keywords: placental insufficiency, intrauterine growth restriction, treatment.

Актуальной проблемой современной медицины является плацентарная недостаточность (ПН) и ее основное проявление – синдром ограничения роста плода (ОРП). Актуальность проблемы определяется не только осложнениями в акушерской практике, но важным социальным значением для рождения будущих здоровых поколений. Частота выявления ПН колеблется от 3 – 4 до 45%, перинатальная заболеваемость достигает 70% [1]. В 60,7% случаев мертворождений и в 55% при смерти в раннем неонатальном периоде течение периода гестации у матери сопровождалось развитием верифицированной при беременности ПН [4]. В среднем каждый десятый младенец рождается с низкой массой тела [1]. Дети, рожденные с ОРП, относятся к группе риска по перинатальной и детской заболеваемости и смертности, а также отклонений развития в последующие годы [1]. Таким образом, ПН является одной из основных причин нарушений физического и умственного развития, а также

повышенной соматической и инфекционной заболеваемости новорожденных и детей на 1-м году жизни [4].

Установлено, одним из патогенетических механизмов развития ПН при различных осложнениях беременности является формирование эндотелиальной дисфункции вследствие повышения в крови уровня асимметричного диметиларгинина, ингибирующего синтез оксида азота [4]. Доказано, что оксид азота, синтезируемый эндотелиальными клетками, является регулятором сосудистого тонуса и ингибитором агрегации тромбоцитов [2]. Многочисленные исследования кардиологов и невропатологов показали значимость и эффективность нормализации уровня оксида азота для восстановления кровотока, микро- и макроциркуляции [3]. В последние годы в научной медицинской литературе появились сведения об изучении роли оксида азота в патофизиологии акушерских состояний [5]. Результаты этих исследований заложили фундамент клинического использования доноров оксида азота как новых фармакологических инструментов.

Цель исследования - изучение клинической эффективности препарата Тивортин® для медикаментозной терапии ограничения внутриутробного роста плода на фоне плацентарной недостаточности.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находились 72 беременных, которым установлен диагноз ПН в сроке беременности 28-38 нед. С целью оценки состояния фето-плацентарного комплекса была использована ультразвуковая диагностика (фетометрия, плацентография, оценка количества околоплодных вод) и биофизический профиль плода. Всем пациенткам в зависимости от срока гестации был назначен Тивортин® («Юрия Фарм», Украина) в дозе 100 мл внутривенно, капельно № 5-10 с переходом на пероральный прием Тивортин аспарата по 5 мл 5 раз в сутки в течении 14 дней.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст обследованных составил $27,3 \pm 2,2$ года. При анализе акушерского анамнеза отмечено, что первородящие составили 55,6% (40) наблюдений, повторнородящие 32% (23) наблюдений, многорожавшие 12,4% (9) женщин. При изучении особенностей акушерского анамнеза выявлено, что почти у каждой четвертой повторнобеременной с ОРП в предыдущих беременностях отмечалась плацентарная недостаточность (26%), также у этой подгруппы женщин, в отличие от группы сравнения, в анамнезе были выявлены преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (2,8%) и антенатальная гибель плода (4,35%).

Из сопутствующей соматической патологии обращает на себя внимание большой процент железодефицитной анемии разной степени выраженности (у 90% обследованных). Хронические инфекции мочевыделительной системы имели место у 16 (22,2%) случаев. У двух пациенток диагностирован гестационный сахарный диабет.

При анализе гинекологического статуса установлено, что у женщин с ОРП частота первичного и вторичного бесплодия составила 10,7%. Такие заболевания, как миома матки и эндометриоз встречались в 4,2% случаев. У беременных с ОРП хронические воспалительные заболевания половых органов и заболевания, передающиеся половым путем, имели место в 24% и 10% соответственно. Из осложнений настоящей беременности следует отметить высокую частоту угрозы прерывания (75%) и рвоты беременных разной степени выраженности (68%). У 9 (12,5%) наблюдалась преэклампсия разной степени выраженности. Развитие ОРП приходилось на сроки 28 – 30 недель у 3 (4,2%), 30 – 32 недели – у 5 (7%); 32 – 34 – у 11 (15,3%), 34 – 36 – у 16 (22,2%), 36 – 38 недель – у 20 (27,8%) беременных, после 38 недель – у 17 (23,6%).

Состояние фетоплацентарной системы по данным УЗИ: истончение плаценты имело место у 14 (19,4%) женщин, тромбоз межворсинчатого пространства – у 18 (25%), маловодие – у 31 (43%), в 27 (37,5%) наблюдениях отмечена неоднородность плаценты с участками повышенной эхогенности 0,5 – 4 см в диаметре, а также ограничение роста плода разной степени у всех женщин. ОРП 2-й степени было диагностировано у 22 женщин, 1-й степени – у 50 пациенток.

Всем пациенткам для лечения ПН и ОРП на фоне лечения основного заболевания был назначен Тивортин® по вышеописанной схеме. Результаты лечения оценивали через 5 – 10 – 17 – 24 дней. При проведении терапии для коррекции ПН препаратом Тивортин было отмечено улучшение маточно-плацентарного кровотока и снижение степени ОРП. На фоне лечения нам удалось сократить число беременных с ОРП 2-й степени на 50%. Увеличилось число пациенток без ОРП на 13,8%, а также число беременных с СЗРП 1-й степени на 15,3%, что свидетельствует об эффективности проводимой нами терапии ОРП.

Следует отметить, что донатор азота – Тивортин – оказал благоприятное влияние на течение преэклампсии легкой степени у 6 пациенток, прогрессирования заболевания и повышения артериального давления не наблюдалось, в результате, беременность удалось сохранить до доношенного срока.

Своевременными родами беременность закончилась у 55 (76,4%) женщин, у 2 (2,8%) – запоздалыми родами. 20,8% беременных были родоразрешены досрочно. Показаниями для досрочного прерывания беременности были: тяжелая преэклампсия, декомпенсированная плацентарная недостаточность, отсутствие эффекта от проводимой комплексной терапии. Роды через естественные родовые пути прошли у 38 (52,8%) женщин. Путем операции кесарева сечения родоразрешены 34 (47,2%) беременных. Последовый период у 20 (4,17%) пациенток с ОРП осложнился плотным прикреплением плаценты. Новорожденные имели массу тела от 980 до 3000 г (в среднем – $2487,0 \pm 438$ г) и рост от 37 до 50 см (в среднем – $47,5 \pm 3,1$ см). Оценка новорожденных по шкале Апгар на 1 и 5 минуте составила в среднем –

6,87 ± 0,6 и 8,07 ± 0,5. Перинатальные потери составили 2 новорожденных, беременность матерей которых осложнилась преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты в сроке беременности 32 и 35 недель.

Выводы:

1. Донатор азота – Тивортин® – играет важную роль в профилактике и лечении плацентарной недостаточности: способствует улучшению маточно-плацентарного кровообращения и корригирует отставание роста плода в 50% случаев.

2. Патогенетически обоснованное применение Тивортина® в лечении отставания роста плода улучшает перинатальные исходы, что исключительно важно для решения вопросов профилактики перинатальной заболеваемости и смертности.

Литература:

1.Бойко Н.А. Особенности течения, диагностики и терапии плацентарной дисфункции при варикозной болезни // Украинський хіміотерапевтичний журнал, 2012. – №3. – с.18 – 23.

2.Головченко Ю.И. Обзор современных представлений об эндотелиальной дисфункции / Ю.И. Головченко, М.А. Трещинская // Consilium medicum Ukraina. – 2008. – № 11. – с.38 – 40

3.Гуревич М.А. Дефицит оксида азота и поддержание сосудистого гомеостаза: роль мононитратов и проблемы цитопротекции / М.А. Гуревич, Н.В. Струтов // Трудный пациент, 2006. – №3. – с. 23 – 29

4.Ильин А.Г. Состояние здоровья детей в современных условиях: проблемы и пути преодоления кризисной ситуации // Terra medica, 2005. – с. 3–5.

5.Расуль-Заде Ю.Г. К вопросу о роли донаторов оксида азота при различных акушерских состояниях / Ю.Г. Расуль-Заде, А.А. Климашкин, Б.Б. Назаров // Украинський хіміотерапевтичний журнал, 2012. – №3. – с.108 – 111

6. Neri I. Effect of L-arginine on blood pressure in pregnancy-induced hypertension: a randomized placebo-controlled trial / I. Neri, V.M. Jassoni, G.F. Gori et al. //J. Matern. Fetal Neonatal. Med. – 2006. – V. 19(5). – p. 277 – 281

УДК 618-15-007.44.089

**Г.Б. Арзиева, Х.М.Рахимова, Ш.И. Алиева, М.Дж. Маматкулова
ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К ПРОЛАПСУ ПОЛОВЫХ
ОРГАНОВ**

Кафедра акушерства и гинекологии №2
Самаркандский государственный медицинский институт
Самарканд, Узбекистан

G.B. Arzieva, H. M.Rahimova, Sh.I. Alieva, M.J. Mamatkulova