

УДК 618.39 – 021.3 – 089.843: 611.85

© Коллектив авторов, 2011.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Э. В. Горбатовская, К. З. Шарашидзе, Т. Л. Весич, Н. П. Сухина

Кафедра акушерства и гинекологии №1 (зав. кафедрой – проф. Н. А. Щербина),
Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков.

NEW METHODS TO TREATMENT FETAL GROWTH RETARDATION

E. V. Gorbatovska, K. Z. Sharashidze, T. L. Vesich, N. P. Syhina

SUMMARY

The analysis is conducted 90 supervisions of pregnant with intrauterine fetal growth retardation This analysis demonstrated an influence of a complicated pregnancy and delivery course leading to a hypoxia on a formation of perinatal fetal CNS pathologies. The results obtained show that basic pathological factors of forming of perinatal damage during intrauterine fetal growth retardation are immunological disbalance and disorder of metabolic processes. It is shown that including of Hemocord in therapy-prevention complex of intrauterine fetal growth retardation and allows to normalize immunological status of pregnant and to prevent development of new-born neurological pathology.

НОВІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ЗАТРИМКИ РОЗВИТКУ ПЛОДА

Е. В. Горбатовська, К. З. Шарашидзе, Т. Л. Весич, Н. П. Сухина

РЕЗЮМЕ

Проведено аналіз 90 спостережень вагітних з синдромом затримки розвитку плода (СЗРП), що показав патологічний вплив СЗРП на перебіг вагітності та формування перинатальної патології плода, патологічних змін ЦНС новонароджених. Встановлено, що основними патологічними чинниками формування перинатальної патології плода при СЗРП є імунопатологічні зрушення, а також метаболічні порушення. Показано, що включення Гемокорду в комплекс лікувально-профілактичних заходів при СЗРП дозволяє нормалізувати імунореактивність вагітної і запобігти розвитку неврологічних порушень у новонароджених.

Ключевые слова: синдром задержки развития плода, перинатальная патология, иммунопатология, Гемокорд.

Синдром задержки развития плода (СЗРП) занимает важное место в структуре перинатальной заболеваемости и смертности и является актуальной проблемой современного акушерства. Этот синдром, по данным разных авторов, встречается от 2,4-31,1% случаев [1, 2, 5].

Репродуктивные потери и затраты на комплексное лечение детей, рожденных с задержкой развития, причиняют значительный социальный и экономический ущерб. СЗРП – одна из наиболее частых причин дистресса плода, высокой перинатальной заболеваемости и смертности. Он оказывает отрицательное влияние на последующее развитие детей, особенно первого года жизни [1, 5].

Развитие СЗРП чаще связано с плацентарной недостаточностью (ПН), частота которой при экстрагенитальных заболеваниях матери и осложненном течении беременности достигает 80-90%. К развитию ПН приводят снижение перфузионного давления в матке или изменение реологических свойств крови, первичные нарушения имплантации плодного яйца и инвазии трофобласта, инфаркты и отслойка плаценты. К наиболее значимым факторам риска разви-

тия СЗРП относятся такие осложнения беременности, как преэклампсия, многоплодная беременность, хронические заболевания матери. Кроме того, к факторам риска развития СЗРП относят отягощенный социальный анамнез: низкий уровень образования; тяжелый физический труд; курение и алкоголизм; неполноценное питание [1, 3, 6, 8].

Таким образом, своевременная диагностика, лечение и профилактика СЗРП является актуальной задачей современного акушерства, имеющей огромное социально-экономическое значение.

В настоящее время лечение СЗРП в основном направлено на терапию плацентарной недостаточности и не всегда является эффективным. Применение гормональных препаратов, витаминов, микроэлементов, белков имеет ряд побочных эффектов и не всегда дает желаемый результат [4, 5, 7].

Следовательно, разработка новых методов лечения данной патологии, обоснование возможности использования иммунокоррекции, определение ее влияния на состояние организма матери и плода, подтверждение клинической эффективности являются актуальными, что и обусловило выбор темы настоящей работы.

Целью работы явилось повышение эффективности лечения СЗРП путем уточнения иммунологических особенностей патогенеза и разработка новых подходов к терапии с использованием иммунокорректоров.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 120 беременных женщин, которые были разделены на клинические группы в зависимости от терапевтических подходов. I группу (контрольную) составили 30 женщин с физиологическим течением беременности. Во II группу включены 30 женщин с СЗРП, которым проводилась традиционная терапия, предусмотренная приказом МЗ Украины №782 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» от 29.12.2005 г. В III группу включены 30 женщин с СЗРП, которым применялся Гемокорд. В IV группу входили 30 женщин с СЗРП, которым проводилась комплексная терапия, включавшая традиционное лечение в сочетании с Гемокордом.

При поступлении женщин в стационар или обращении в женскую консультацию проводились клинические, биохимические, иммунологические, ультразвуковые исследования согласно приказу МЗ Украины №620 от 29.12.2003 г.

Все женщины были обследованы в сроке беременности 24–28 недель, так как к 28 неделе гестации завершается 90% всего процесса роста. Диагноз ретардации развития плода ставили с учетом показателей ультразвуковой фетометрии, степени зрелости плаценты (по данным ультразвуковой плацентометрии).

Ультразвуковая фетометрия проводилась на аппарате Aloka 1100 «Flexus» с использованием трансабдоминального конвексного датчика 3,5 МГц в соответствии со скрининговой программой по общепринятой методике до и после лечения в 28 недель и 32 недели беременности. Степень зрелости плаценты оценивалась в соответствии со шкалой P. Grannum с выделением четырех стадий зрелости. Для определения состояния внутриутробного плода оценивали его биофизический профиль, который соответствовал эхографическим признакам степени выраженности фетоплацентарной недостаточности (ФПН).

Оценку реактивности сердечно-сосудистой системы плода осуществляли с помощью кардиотокографического исследования на фетальном мониторе «Фетасейф-6» (Германия).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Среди 90 (100%) беременных женщин с синдромом задержки внутриутробного развития плода симметричная форма задержки была обнаружена у 58 (64,4%), асимметричная форма – у 32 (35,6%).

У всех женщин контрольной группы была установлена одноплодная беременность, головное предлежание плода наблюдалось у 19 (63,3%) беременных, тазовое – у 6 (20%), поперечное положение – у 3 (10%), косое – у 2 (6,6%).

Бипариетальный размер (БПР) головки плода при первом трансабдоминальном исследовании в данной группе составил $7,0 \pm 0,2$ см, окружность живота (ОЖ) – $24,0 \pm 0,6$ см; длина бедра (ДБ) – $5,1 \pm 0,3$ см. Показатели фетометрии соответствовали нормативным параметрам, что свидетельствует о физиологически удовлетворительно протекающей беременности. Пороков развития плода не обнаружено.

Второе ультразвуковое обследование женщин I группы отклонений от нормы развития плода не показало: БПР составил $7,9 \pm 0,2$, ОЖ – $28,0 \pm 0,5$, ДБ – $7,2 \pm 0,2$.

В остальных трех исследуемых группах с синдромом задержки внутриутробного развития плода определялась одноплодная беременность, головное предлежание – у 63 (70,0%) беременных женщин, тазовое – у 18 (20,0%), поперечное – у 7 (7,7%), косое положение – у 2 (2,2%) обследованных. Проведенная фетометрия показала, что в среднем бипариетальный диаметр головки плода соответствовал $6,5 \pm 0,2$ см, диаметр живота – $21,9 \pm 0,5$ см, длина бедра плода – $4,6 \pm 0,2$ см.

Трансабдоминальное ультразвуковое исследование показало отставание фетометрических показателей в среднем на 2 недели, что свидетельствует о синдроме задержки внутриутробного развития плода. Пороков развития не обнаружено.

При повторном проведении УЗИ было выявлено, что в группе, получавшей традиционное лечение, БПР практически не изменился, составляя $7,2 \pm 0,3$ см ($p > 0,05$). В третьей группе БПР равнялся $7,8 \pm 0,2$ см, а в четвертой – $8,0 \pm 0,1$ см, что указывает на достоверный прирост БПР ($p < 0,05$) при использовании Гемокорда в лечении СЗРП. Увеличение ОЖ отмечалось более выраженное в третьей ($25,6 \pm 0,5$ см) и четвертой группах ($27,9 \pm 0,3$ см), чем во второй ($24,3 \pm 0,4$ см). Длина бедра достоверно увеличивалась только в четвертой группе, достигая размера контрольных показателей ($6,1 \pm 0,3$ см) в других клинических группах параметры ДБ хотя и приближались к контрольным показателям, но были недостоверными. Проведение традиционного лечения способствовало достоверному увеличению только окружности живота, в то время как использование Гемокорда приводило к увеличению всех параметров (БПР, ОЖ, ДБ), что указывает на большую эффективность предложенной терапии.

Проведение лечения с использованием Гемокорда позволило значительно снизить число деструктивных изменений в плаценте: эхоплотность плаценты уменьшилась в 2,2 раза, толщина – в 1,4 раза, звукопроводимость – в 1,8 раза, расширение межворсинчатых пространств – в 2,5 раза, что указывает на высокую эффективность предложенной терапии.

Также состояние внутриутробного плода оценивали с помощью кардиотокографии (КТГ). Патологический характер КТГ был выявлен у 81 (90%) беременной с СЗРП, в контрольной группе нарушений реактивности сердечно-сосудистой системы (РССС) плода не обнаружено.

После проведенного лечения динамика показателей внутриутробного развития плода была неодинаковой и зависела от метода терапии. В группе, где применялась традиционная терапия, у 14 (46,7%) с легкими нарушениями и у 5 (16,7%) со средними нарушениями отмечалась положительная динамика. В третьей группе состояние плода по показателям КТГ значительно улучшилось. В четвертой группе наблюдалась полная нормализация показателей при легких нарушениях и у 90,0% – при средних.

Показатель общей оценки биофизического профиля плода (БФП) у беременных с первой степенью тяжести СЗРП составил $10,3 \pm 0,1$ баллов, достоверно не отличаясь от показателя контрольной группы ($11,9 \pm 0,2$ баллов). При второй степени тяжести СЗРП БФП равнялся $8,7 \pm 0,3$ баллов, а при третьей степени СЗРП – общий БФП ($7,5 \pm 0,2$ баллов) был достоверно снижен, в основном за счет степени зрелости плаценты и объема околоплодных вод. Также обращает на себя внимание уменьшение двигательной активности, дыхательных движений и тонуса плода, особенно в случаях третьей степени СЗРП. Традиционное лечение достоверно не улучшило показатели БФП ($p > 0,05$), несмотря на некоторое повышение количества баллов по некоторым параметрам (ДДП, ДАП, ТП), особенно при тяжелом течении СЗРП.

Комплексное лечение достоверно улучшило показатели БФП за счет повышения количества баллов по таким параметрам, как НСТ, ДДП, ДАП, ТП, особенно в случаях тяжелой СЗРП, что свидетельствует о положительном влиянии комплексной терапии на состояние внутриутробного плода, что происходит, по-видимому, за счет улучшения иммунологических показателей крови у беременной, повышения содержания плацентарных белков, улучшения насыщения кислородом крови матери и плода.

В результате проведенного анализа эффективности лечения СЗРП различными способами было обнаружено снижение частоты асимметричной формы (с 46,0% до 27,0%) и симметричной (с 7,0% до 2,0%). Также показательным является уменьшение числа субкомпенсированных форм дыхательных движений плода (с 26,0% до 17,0%) и его двигательной активности (с 24,4% до 12,8%), а также нарушение тонуса плода (с 14,0% до 6,0%). Со стороны плаценты и околоплодных вод снижалась частота структурных изменений (с 52,0% до 31,0%) и объема околоплодных вод (с 36,0% до 23,0%).

Таким образом, снижение частоты СЗРП при использовании Гемокорда происходит за счет положительного влияния на иммунную систему, маточно-плацентарный кровоток, что приводит к правильному формированию и функционированию фетоплацентарного комплекса.

ВЫВОДЫ

1. Применение Гемокорда приводит к увеличению основных фетометрических параметров (БПР, ОЖ, ДБ), позволяет значительно снизить число дест-

руктивных изменений в плаценте: эхоплотность плаценты уменьшилась в 2,2 раза, толщина – в 1,4 раза, звукопроводимость – в 1,8 раза, расширение межворсинчатых пространств – в 2,5 раза, что указывает на высокую эффективность предложенной терапии.

2. Под влиянием Гемокорда значительно улучшалось состояние плода по данным КТГ, наблюдалась полная нормализация показателей РССС при легких нарушениях и у 90,0% – при средних, в отличие от традиционного лечения, которое было эффективно только у 46,7% с легкими нарушениями и у 16,7% – со средними. Также применение Гемокорда достоверно улучшило показатели БФП за счет повышения количества баллов по таким параметрам, как НСТ, ДДП, ДАП, ТП, особенно в случаях тяжелой СЗРП.

3. Использование Гемокорда улучшает исходы беременности: увеличивает количество нормальных родов, снижает рождение незрелых и недоношенных плодов, снижает развитие хронической фетоплацентарной недостаточности и гипоксии плода, что позволяет рекомендовать его применение при синдроме задержки внутриутробного развития плода. Раннее начало и комплексное лечение СЗРП с применением Гемокорда позволяет рассматривать его как эффективный и патогенетический метод, позволяющий значительно снизить перинатальные осложнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барашев Ю. И. Беременность высокого риска / Ю. И. Барашев // *Акушерство и гинекология*. – 1991. – № 11. – С. 13–21.
2. Венцківський Б. М. Медико-соціальні аспекти планування сім'ї / Венцківський Б. М., Маркін Л. Б., Венцківська І. Б. – Львів: Фенікс ЛТД, 1994. – 118 с.
3. Дьоміна Т. М. Синдром задержки развития плода: причины, факторы риска, пути профилактики и лечения // *Медико-соціальні проблеми сім'ї*. – 2000. – Т. 5, № 1. – С. 84–90.
4. Иммуноterapia сопровождения с использованием криоконсервированных гемопоэтических клеток cordовой крови в акушерстве / В. И. Грищенко, В. В. Лазуренко, О. В. Мерцалова [и др.] // *Проблемы криобиологии*. – 2004. – № 1. – С. 75–82.
5. Мусаев З. М. Оценка эффективности лекарственной терапии синдрома задержки развития плода / Мусаев З. М., Стрижаков А. Н., Наумчик Б. Н. : материалы III Рос. форума [«Мать и дитя»], (Москва, 2001). – М., 2001. – С. 6–15.
6. Alexander J. M. Prolonged pregnancy: Induction of labor and cesarean births / J. M. Alexander, D. D. McIntire, K. J. Leveno // *Ibid.* – 2001. – Vol. 97. – P. 911.
7. Segal D. M. An interleukin (ILJ-10, IL-12 immunoregulatory circuit controls susceptibility to autoimmune / D. M. Segal, B. K. Dwyer, E. M. Shevach // *J. Exp. Med.* – 1998. – Vol. 88. – P. 537–546.
8. Smith S. C. Placental apoptosis is increased in postterm pregnancies / S. C. Smith, P. N. Baker // *Br. J. Obstet. Gynaecol.* – 1999. – Vol. 106. – P. 861–862.