

УДК 618.2

ЛЕЧЕНИЕ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ – НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

С.Н. Занько

УО «Витебский государственный медицинский университет»
г. Витебск

Реферат

В патогенезе фетоплацентарной недостаточности (ФПН) важную роль играет нарушение структурно-функциональных свойств клеточных мембран. Основными факторами, способствующими нарушению целостности клеточных мембран, являются активация перекисного окисления липидов (ПОЛ), снижение антиоксидантной активности (АОА) крови и концентрации полиненасыщенных жирных кислот, сывороточных протеаз, активация фосфолипаз.

Обобщение результатов исследований, а также полученные авторами результаты позволяют рекомендовать фитопрепараты хофитол и канефрон Н к более широкому использованию при ФПН сочетанной патологии, особенно при наличии различных очагов инфекции или внутриутробном инфицировании.

Несмотря на большое число научных исследований, различных методологических подходов, использование большого арсенала медикаментозных (около 50 в Республике Беларусь) и немедикаментозных средств для профилактики и лечения плацентарной недостаточности (ПН), практическое акушерство не может считать результаты ведения и родоразрешения таких пациенток успешными. Перинатальные гипоксические состояния продолжают занимать ведущее место в структуре младенческих потерь, заболеваемости и инвалидности детей. Безусловно, ведущей причиной в этих случаях остаётся ПН различного происхождения.

В патогенезе фетоплацентарной недостаточности (ФПН) важную роль играет нарушение структурно-функциональных свойств клеточных мембран. Основными факторами, способствующими нарушению целостности клеточных мембран, являются активация перекисного окисления липидов (ПОЛ), снижение антиоксидантной активности (АОА) крови и концентрации полиненасыщенных жирных кислот, сывороточных протеаз, активация фосфолипаз. Активация ПОЛ на фоне снижения АОА сывотки крови приводит к избыточному образованию свободных радикалов, повреждающих клеточную мембрану, и, как следствие, к угнетению тканевого дыхания, увеличению сосудистой проницаемости и внутрисосудистым расстройствам, повреждению и десквамации эндотелия сосудов плаценты. Изменения циркуляторного гомеостаза и системы гемостаза, сосудистой реактивности и микроциркуляции, сердечной деятельности и легочного газообмена в сочетании с тканевой и клеточной гипоксией вызывают функциональные и морфологические изменения в органах и системах жизнеобеспечения (мозге, печени, почках, плаценте).

Понятно, что плацента, представляющая из себя «сосудистый матрикс» или «клубок сосудов» может

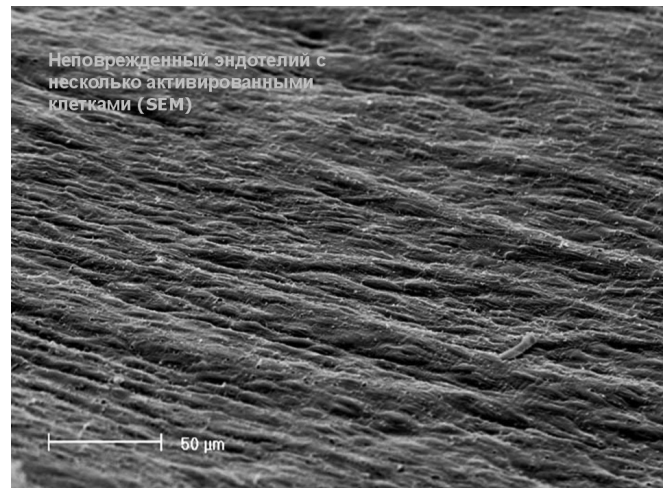


Рисунок 1 Неповрежденный эндотелий сосудов плаценты

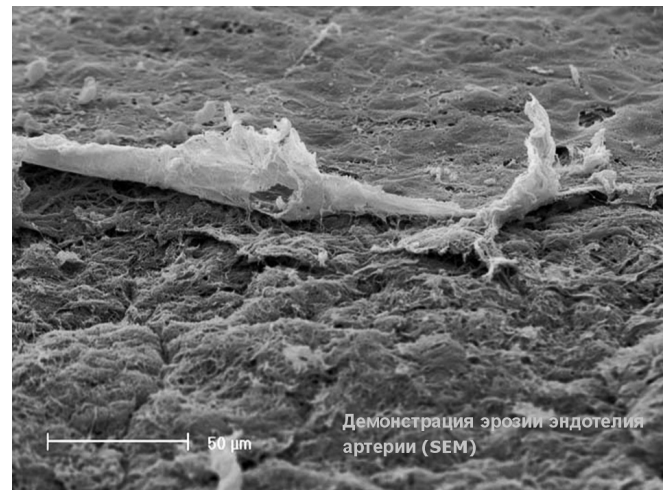


Рисунок 2 Поврежденный эндотелий плаценты при внутриутробной инфекции.

успешно реализовать функцию дыхания, обмена и т.д. при сохраненных возможностях сосудистой диффузии. На рисунке 1 приведена микрофотография картины эндотелия сосудов плаценты при нормально протекающей беременности без явлений ФПН.

При явлениях ФПН, особенно при выраженной активности повреждающего фактора (например, ВУИ – внутриутробная инфекция) картина эндотелия выглядит совершенно иначе (рисунок 2).

Приведенные материалы, на наш взгляд, наглядно демонстрируют функциональные «возможности» эндотелия и необходимость поиска новых патогенетически обоснованных методов терапии данного осложнения беременности, направленных на нормализацию структурных и функциональных свойств клеточных мембран.

Мы поставили своей задачей обобщить опыт работы коллег различных специальностей, связанный с возможностью использования различных препаратов для решения этих проблем в клинике. Конечно, наибольший опыт решения таких задач имеется в клинике внутренних болезней (4). Акушерская практика предполагает более осторожный подход к выбору препаратов, учитывая беременность, необходимость длительного применения и психологическую негативную настроенность пациенток

к приему любой медикаментозной терапии.

Одним из наиболее перспективных, апробированных и известных препаратов этого направления является растительный препарат хофитол. Хофитол обладает выраженным антиоксидантным, гепатопротекторным, дезинтоксикационным действием, гипохолестеринемическим, желчегонным, мочегонным, гипоазотемическим эффектами. Широкий спектр его применения обусловлен комплексным взаимодействием кофеоловой и хинной кислот, флавоноидов, секвитерпенлактона, цинарина, а также ряда витаминов (группы А, В, С) и микроэлементов (железо, фосфор, марганец), входящих в состав листьев артишока.

Препарат нормализует ферменты антиоксидантной защиты, внутриклеточный обмен холестерина и липидов, оказывает мембраностабилизирующее действие, активизирует дыхательные ферменты. Хофитол улучшает реологические свойства крови, клубочковую фильтрацию с восстановлением функции почек, белково-синтетическую и детоксикационную функции печени, снижает токсикометаболические нарушения в организме. Отмеченные свойства препарата позволяют широко использовать его в комплексной профилактике и терапии плацентарной недостаточности любого происхождения. Особенно актуальным является применение этого препарата при «агрессивных» формах ФПН: инфекционного генеза (особенно с многоводием) и внутриутробной инфекции.

Хофитол, действующее начало, которого экстракт из свежих листьев артишока, является фитопрепаратом, оказывающим положительное воздействие на течение и исход беременности, состояние плода и новорожденного. Успешный опыт использования этого препарата в акушерской практике имеется как за рубежом, так и в нашей стране (3, 4, 5).

Профилактическая доза хофитола составляет 400 мг (2 табл.) 3 раза в сутки до еды в течение 14 - 21 дня, в сроки до 12 недель, в 20 - 22 и 30 - 32 недели беременности. При тяжелых или прогрессирующих формах ФПН возможно применение парантерального пути введения: 5 - 10 мл на 200 - 300 мл изотонического раствора натрия хлорида внутривенно капельно, через день или ежедневно. Всего на курс 4 - 8 раз с последующим переходом на пероральный прием по 400 мг (2 табл.) 3 раза в сутки до еды в течение 14 - 21 дня.

Указанные эффекты хофитола (диуретический, гепатопротекторный, холерический, антиоксидантный) послужили основанием для проведения нами совместно с проф. Н.И. Кисилевой исследования эффективности его применения в комплексной терапии гестоза, в частности, для коррекции фетоплацентарной дисфункции.

Для оценки степени выраженности нарушений в системе мать – плацента – плод определяли итоговый индекс фетоплацентарной недостаточности (ФПН) по методике, предложенной И. С. Сидоровой и И. О. Макаровым (6).

При проведении кардиотокографии оценивали в баллах от 0 до 2 по шкале W. Fischer и соавт. (1973) базальную частоту сердцебиений плода, ее вариабельность, число акцелераций и децелераций за 30 минут. Полученные баллы суммировали, при оценке 8-10 баллов состояние плода расценивалось как удовлетворительное, 6-7 баллов – компенсированное, 5 и менее баллов – деком-

пенсированное.

Проведенные исследования показали более высокую эффективность комплексной терапии гестоза с использованием хофитола по сравнению с общепринятой терапией. Применение в комплексной терапии гестоза хофитола способствует улучшению метаболических процессов, снижает активность процессов свободнорадикального окисления, приближая ее к таковой у женщин с нормально протекающей беременностью, повышает антиоксидантный потенциал плазмы крови, и тем самым улучшает функциональное состояние клеточных мембран.

На фоне улучшения биохимических показателей крови происходила нормализация внутриутробного состояния плода в основной группе женщин по данным функциональных исследований.

Признаки ФПН при гестозе по данным ультразвукового исследования (изменение толщины плаценты и несоответствие ее степени зрелости гестационному возрасту, задержка внутриутробного развития плода, нарушение формы и укорочение эпизодов дыхательных движений) диагностированы до лечения у 54,2% пациенток контрольной группы и у 59,3% пациенток основной группы. После проведенной терапии вышеперечисленные признаки определялись у 50,2% беременных с традиционной терапией гестоза и у 38,9% беременных, в комплексном лечении гестоза у которых использовали хофитол. Следовательно, в основной группе беременных на фоне проводимой терапии в 1,5 раза уменьшились патологические изменения, характерные для ФПН при ультразвуковом исследовании.

Таким образом, проведенные исследования доказывают целесообразность использования хофитола в комплексном лечении гестоза, поскольку при его применении повышается эффективность лечения, улучшаются процессы свободнорадикального окисления, антиоксидантной защиты и состояния внутриутробного плода.

Использование хофитола в комплексной терапии гестоза эффективно влияет на показатели кровотока в артерии пуповины, способствует развитию в плаценте компенсаторно-приспособительных процессов и купированию фетоплацентарной недостаточности (6).

Наиболее неблагоприятной формой фетоплацентарной недостаточности являются ситуации, при которых имеет место сочетание ФПН с различными генитальными и экстрагенитальными инфекциями или при развитии внутриутробной инфекции (ВУИ).

Самой частой патологией инфекционной природы, которая встречается у беременных, являются инфекции мочевых путей. Беременным с воспалительными заболеваниями почек показано назначение канефрона Н (по 2 драже или по 50 капель 3 раза в сутки), в качестве монопрофилактики или в составе комплексной терапии их осложнений.

Фармакологические свойства канефрона Н обусловлены суммарным действием комбинации активных веществ золототысячника, розмарина и любистока. Препарат оказывает комплексное диуретическое, спазмолитическое, противовоспалительное и антимикробное действие. Он обладает антиоксидантными свойствами, увеличивает экскрецию мочевины и устраняет протеинурию. Экспериментальные данные и клинические наблюдения свиде-

тельствуют о нефропротективном действии препарата.

Все лекарственные растения, входящие в состав канефрона Н, содержат вещества (эфирные масла, фенолкарболовые кислоты и др.), обладающие антимикробным действием. Достоинством препарата является сочетание противомикробных и противовоспалительных свойств, приобретающих особое значение при наличии хронических заболеваний мочевыводящих путей. Эфирные масла расширяют сосуды почек с улучшением кровоснабжения почечного эпителия, а также оказывают влияние на функцию эпителия почечных канальцев. Последнее проявляется, главным образом, уменьшением реабсорбции ионов Na^+ и соответствующего количества воды. Диуретическое действие фенолкарболовых кислот связано с тем, что при попадании в просвет почечных канальцев они создают высокое осмотическое давление (вещества не подвергаются обратному всасыванию), в результате чего значительно снижается реабсорбция воды и ионов Na^+ . Препарат оказывает также калийсберегающий эффект. Противовоспалительные свойства канефрона Н обеспечиваются рядом веществ (основным является розмариновая кислота), которые вызывают подавление синтеза медиаторов воспаления или замедление их высвобождения и активации. Флавоноидная составляющая препарата оказывает спазмолитическое и выраженное антиоксидантное действие. При этом снижается риск развития заболеваний почек. Усиление выделения мочевой кислоты при приеме канефрона Н препятствует выпадению уратных кристаллов, росту имеющихся и формированию новых камней в мочевыводящих путях. Одним из главных факторов, поддерживающих метаболическое состояние большинства солей в равновесии, является концентрация водородных ионов. Канефрон Н нормализует реакцию мочи и стабилизирует ее в пределах 6,2 - 6,8, что подавляет патологическую кристаллизацию мочи у пациентов с мочекаменной болезнью. Поэтому канефрон Н эффективен при любом виде камнеобразования (уролитиаза) (2).

Имеется опыт применения канефрона Н у беременных с высоким инфекционным риском (бессимптомной бактериурией, пиелонефритом, аномалиями развития органов мочевыводящих путей) и риском развития на этом фоне ВУИ (1). Такие состояния, как правило, сопровождаются развитием наиболее прогрессирующих и неблагоприятных форм ФПН.

При выявлении бессимптомной бактериурии проводится курс лечения канефроном Н по 2 драже 3 раза в сутки в течение 3 недель с последующим контрольным микробиологическим исследованием мочи. При отсутствии эффекта от терапии или наличии более высоких концентраций бактерий, а также при лечении гестационного или обострения хронического пиелонефрита назначают антибактериальные препараты в сочетании с канефроном Н (для потенцирования эффекта). После прекращения антибактериальной терапии необходим прием канефрона Н в течение 2 - 3 недель. В дальнейшем для профилактики осложнений необходимо принимать канефрон Н по 2 драже 3 раза в сутки в течение недели 1 раз в месяц до родоразрешения. Кроме того, учитывая положительное влияние препарата на фильтрационную функцию почек, возможен прием препарата в таком же

режиме после родоразрешения в течение 6 месяцев.

Кроме того, согласно многочисленным экспериментальным и клиническим данным, подтверждена высокая безопасность этого препарата, что особенно ценно в акушерской практике.

На наш взгляд, удачное сочетание противовоспалительного, антибактериального, литолитического и нефропротекторного действия канефрона является чрезвычайно интересным и полезным при обсуждении проблемы ФПН, особенно связанной с теми или иными проявлениями инфекций у беременных и при ВУИ.

Привлекает внимание и разнообразие форм выпуска этих препаратов для перорального применения (растворы и твердые формы - таблетки или драже), что позволяет легко дозировать лекарственное вещество при различных формах и активности процесса. Достоинством этих препаратов является их доступность, безопасность, возможность их применения длительными курсами, а также растительный характер происхождения, что позволяет психологически легче беременной проходить лечение с их использованием.

Полученные результаты позволяют рекомендовать фитопрепараты хофитол и канефрон Н к более широкому использованию при ФПН сочетанной патологии, особенно при наличии различных очагов инфекции или внутритрубно-инфицировании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вдовиченко Ю.П., Шкоба Л.С. // Применение канефрона Н при интраамниальном инфицировании – Киев - «Здоровье женщины» № 1(9)/2002. с. 10-12.
2. Гресь А.А., Вощула В.И., Рыбина И.Л., Шлома Л.П. // Мочекаменная болезнь: опыт применения и эффективность канефрона Н - Минск- «Рецепт» № 3 (47), 2006. с.83-87.
3. Киселева Н.И., Занько С.Н. // Применение хофитола в комплексной терапии беременных с гестозом. - «Охрана материнства и детства». – 2008, 1 (12), - С. 56-59.
4. Маринчук А.Т. // Применение хофитола в клинике внутренних болезней. – Методические рекомендации. – Ростов на Дону. – 2003. – 15 с.
5. Сидоренко В.Н., Пискунова И.П., Лобанок Л.М., Буланова К.Я. // Профилактика гестозов. – Инструкция на метод Министерства здравоохранения Республики Беларусь. – 2004. – 8 с.
6. Сидорова И. С. Фетоплацентарная недостаточность (клинико-диагностические аспекты) / И. С. Сидорова, И. О. Макаров. – М: «Знание-М», 2000. – 126 с.

TREATMENT OF PLACENTAL INSUFFICIENCY – NEW POSSIBILITIES

Zanko S.N.

Educational institution «Vitebsk State Medical University»

Abstract

In the pathogenesis of feto-placental insufficiency (FPN) an important role is played by the abnormality of structural and functional properties of cell membranes. The

main factors which facilitate the abnormality of integrity of cell membranes are the activation of peroxidation of lipids (POL), decrease of antioxidant activity (AOA) of blood and concentration of polyunsaturated fatty acids, serum protease, activation of phospholipase.

The summary of the research results and also the results received by the authors allow to recommend phyto-preparations Chophytol and Canephron N for a wider use in case of FPN of concurrent pathology, especially in case of presence of different niduses of infection or intrauterine infection.