

Оценка эффективности медикаментозной коррекции маточно-плацентарной и плодно-плацентарной форм дисфункции плаценты

Е.В. Кравченко

Буковинский государственный медицинский университет

Акушерство и гинекология: теория и практика: сборник материалов международного научного е-симпозиума, Россия, 26–31 августа 2013 г.

Под нашим наблюдением было 138 беременных в III триместре гестации с плацентарной дисфункцией (маточно-плацентарная и плодно-плацентарная форма), которым проводилась медикаментозная коррекция. Результаты проведенных исследований позволили сделать вывод, что использование Утрожестана, ангиопротекторов в сочетании с антиагрегантами и препаратами, которые нормализуют коагуляционные свойства крови, приводит к улучшению кровотока как в маточных артериях, так и артериях пуповины.

Ключевые слова: плацентарная дисфункция, медикаментозная коррекция.

Сегодня получено много новых данных, конкретизирующих взаимоотношения как при нормальном развитии плода, так и вследствие отклонения от нормы, что и составляет, по сути, плацентарную дисфункцию.

Плацентарная дисфункция (ПД) является одной из важнейших проблем современного акушерства и перинатологии, занимает одно из ведущих мест среди перинатальной заболеваемости и смертности. По результатам современных исследований, 20–60% случаев перинатальной смертности непосредственно связаны с патологией плаценты. Функциональная несостоятельность плаценты является основной причиной возникновения гипоксии и синдрома задержки развития плода, в 56–60% случаев – ante- и интранатальной гибели плода, в 70–100% – перинатальных поражений ЦНС, в 40–60% – невынашивания, в 70–80% – внутриутробного инфицирования плода.

Высокая частота патологии плода и новорожденного у женщин с ПД требует углубленного изучения механизмов ее формирования и разработки эффективных методов профилактики и лечения.

Первичная ПД развивается в I триместре гестации и связана с нарушением закладки трофобласта, которое часто ассоциировано с пороками развития плода и его хромосомными аномалиями.

Патогенез первичной ПД обусловлен недостаточностью инвазии цитотрофобласта, нарушением маточно-плацентарного кровотока, незрелостью ворсинчатого дерева, нарушением компенсаторно-приспособительных реакций в системе мать–плацента–плод, поражением плацентарного барьера.

Первый триместр является наиболее сложным периодом гестации и в основном определяет ее последующее течение и перинатальные исходы. При отсутствии адекватного лечения в ранние сроки беременности в дальнейшем формируются хронические формы вторичной плацентарной дисфункции, которые представлены маточно-плацентарной, изолированной плацентарной и плодно-плацентарной формами.

Повреждающие факторы в конце I и в начале II триместра, приводящие к незрелости и прогрессирующему склерозу мелких ворсин, редукции капиллярного русла, местной гипоксии, атрофии синцитиотрофобласта, утолщению плацентарного барьера, обуславливают патогенез изолированной плацентарной формы дисфункции плаценты. В связи с тяжелым нарушением диффузии изолированная форма дисфункции плаценты медикаментозной коррекции не подлежит.

При данной форме мы в ранние сроки сталкиваемся с последствиями поражения плаценты (гипоксия плода, СЗР плода и др.), при которых необходимо срочно определяться с состоянием плода и выбрать срок и способ родоразрешения.

Недостаточная инвазия цитотрофобластом миометральных сегментов спиральных артерий, повышение в них сопротивления току крови, увеличение систоло-диастолического отношения, уменьшение объема материнской крови, гипоксия, гибель микроворсинок эпителия, нарушения гемостаза, тромбоз микроворсинчатого пространства, ишемические инфаркты в плаценте – все это характеризует маточно-плацентарную форму дисфункции плаценты.

Патогенез плодно-плацентарной формы дисфункции плаценты мы рассматривали следующим образом: вазоконстрикторные местные факторы приводят к сужению просвета артерий пуповины, что в свою очередь вызывает пролонгированную облитерационную ангиопатию опорных ворсин, уменьшает объем капиллярной крови, происходит депонирование крови в венах, как следствие возникает гипоксия, гибель синцитиотрофобласта, активизация ворсинчатого цитотрофобласта и выход его субпопуляции в фибриноид, образование замурованных ворсин, что является морфологическим субстратом дисфункции плаценты.

Из указанного выше можно сделать важный практический вывод: медикаментозная коррекция ПД с целью предупреждения перинатальных последствий должна быть направлена против артериоспазма на уровне пуповины и опорных ворсин, а также на ликвидацию тромбообразования в венозном звене плацентарно-плодного кровообращения.

Целью нашей работы было оценить эффективность медикаментозной коррекции маточно-плацентарной и плодно-плацентарной формы дисфункции плаценты. Под нашим наблюдением было 138 беременных в III триместре гестации с плацентарной дисфункцией (маточно-плацентарная и плодно-плацентарная форма). Диагноз ПД установлен с помощью клинико-функциональных (доплерометрия) исследований: кровотока в маточных артериях, артериях пуповины и средней мозговой артерии плода, а также соответствующих морфологических эквивалентов в плаценте. Беременным исследованных групп нами проведена следующая медикаментозная коррекция:

Гормональная терапия (Утрожестан в дозе 200–600 мг в сутки в зависимости от тяжести ПД).

Ангиопротекторы: Флебодиа 600 – (диосмин) ангиопротектор с венотонизирующим действием, который улучшает дренажную функцию микроворсинчатого пространства вен матки и малого таза, а также перфузию ворсин, устраняет реологические нарушения, нормализует маточно-плацентарно-плодный кровоток, венозный отток и микроциркуляцию. Назначалась Флебодиа 600 во II–III триместрах беременности по 1–2 таблетки в сутки, курс лечения – от 2 нед до 3 мес.

Препараты, которые улучшают микроциркуляцию и реологические свойства крови, – Курантил по 25 мг 3 раза в сутки 3–4 нед, или Трентал 100 мг 1 раз в сутки, или Аспирин 250 мг 15 дней.

Нами также назначались антиоксиданты и антигипоксанты.

Эффективность проводимой терапии оценивалась по данным доплерометрических исследований. Изменения

СДО в маточных артериях и артериях пуповины после лечения выглядели следующим образом: изолированные нарушения кровотока в маточных артериях были отмечены в 5,07% (7 случаев) против 17,39% (24 случая) до лечения. Увеличение показателя СДО только в сосудах пуповины было диагностировано у 22,5% (31 случай) против 43,5% (60 случаев) до проводимой терапии. Увеличение показателя СДО как в маточных сосудах, так и в артериях пуповины наблюдалось в 11,6% (16 случаев) против 39,13% (54 случая). Терминального значения доплерометрических показателей в пупочных артериях определено не было как до, так и после лечения.

Результаты проведенных исследований позволили сделать вывод, что использование Утрожестана, ангиопротекторов в сочетании с антиагрегантами и препаратами, которые нормализуют коагуляционные свойства крови, приводит к улучшению кровотока как в маточных артериях, так и артериях пуповины.

Список литературы находится по адресу https://books.google.com.ua/books?id=rM_VBQAAQBAJ&pg=PA15&lpg=PA15&dq=флебодиа+плацента&source=bl&ots=o5ADYdJw1K&sig=hdjbFjR7D-L8T1x22h7sbIcCdkI&hl=ru&sa=X&ved=0ahUKEwi368y0x6DQAhWGBSvKHQdeA3I4MhDoAQgfMAE#v=twopage&q&f=true

ПОЛІЖИНАКС

Склад: 1 капсула вагінальна містить неоміцину сульфат 35 000 МО, поліміксину В сульфат 35 000 МО, ністатин 100 000 МО.

Фармакотерапевтична група. Протимікробні та антисептичні засоби для застосування у гінекології. Антибіотики. Ністатин, комбінації. Код АТХ G01A A51.

Показання. Лікування вагініту, спричиненого чутливими до препарату мікроорганізмами, у тому числі:

- бактеріальний вагініт, спричинений банальною піогенною мікрофлорою;
- рецидивуючий неспецифічний вагініт;
- вагініт, спричинений грибами роду *Candida* (*Candida albicans* і *Candida non-albicans*);
- вагініт, спричинений змішаною інфекцією.

З метою профілактики інфекційних ускладнень Поліжинакс рекомендується застосовувати перед початком будь-якого хірургічного втручання на статевих органах, перед абортom, встановленням внутрішньоматкового засобу, перед і після діатермокоагуляції шийки матки, перед проведенням внутрішньоматкових та внутрішньоуретральних обстежень, перед пологами.

Протипоказання. Підвищена чутливість до будь-якого компонента (комбінації компонентів) препарату. Через наявність олії соєвої Поліжинакс протипоказаний пацієнтам з алергією до сої та арахісу.

Застосування у період вагітності або годування груддю. У клінічних дослідженнях Поліжинаксу на даний час не було відзначено та не повідомлялося про випадки виникнення вад розвитку або фетотоксичності. Спостережень за вагітністю, що за-

знала впливу цього лікарського засобу, недостатньо, щоб виключити будь-який ризик. Тому застосування препарату у період вагітності можливе лише за призначенням лікаря у тих випадках, коли очікувана користь для матері перевищує потенційний ризик для плода.

Через відсутність даних щодо проникнення препарату у грудне молоко застосування цього препарату слід уникати у період годування груддю.

Спосіб застосування та дози. Дорослим застосовувати інтравагінально ввечері перед сном 1 капсулу на добу. Курс лікування – 12 діб, профілактичний курс – 6 діб. Не слід переривати курс лікування під час менструації.

Категорія відпуску. За рецептом.

Виробник. Іннотера Шузі, Франція/Innothera Chouzy, France.