

Комплексная профилактика гестозов у женщин в период преемплантационной подготовки и во время беременности

Т.Г. Романенко

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика МЗ Украины, г. Киев

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что применение комплекса витаминов и минералов (Эмфетал) в преемплантационной подготовке и во время беременности, у женщин группы высокого риска по развитию гестоза, позволяет уменьшить вероятность перинатального риска, восполняет повышенную потребность беременной женщины в витаминах и минералах; уменьшает риск возникновения ранних гестозов, угрозы прерывания, частоты и тяжести преэклампсии, нормализует функциональное состояние ВНС и ФПК, положительно влияет на течение беременности, родов и состояние плода и новорожденного.

Ключевые слова: преемплантационная подготовка, беременность, профилактика гестоза, комплекс витаминов и минералов.

Несмотря на ряд многочисленных исследований во всем мире, гестоз продолжает оставаться „болезнью загадок и предположений”, до сих пор не решены вопросы патогенеза, прогнозирования, профилактики и патогенетически обоснованного лечения. Единичны и противоречивы сведения о возможности прогнозирования неблагоприятных исходов беременности за счет анализа характера почечной и маточно-плацентарной гемодинамики, биохимических маркеров, которые можно реально использовать в качестве ранних маркеров преэклампсии, форм с невыраженной клинической картиной, и, следовательно, для профилактики тяжелых форм преэклампсии. Малоизученность морфологических аспектов нарушений маточно-плацентарного взаимоотношения при гестозе не позволяет оптимизировать исходы беременности, предопределяя высокую частоту материнских и перинатальных потер [1–4].

За последние десятилетия ухудшилась демографическая ситуация в Украине, снизился уровень здоровья населения, в том числе женщин и беременных: с 2000 по 2010 г. частота нарушений менструального цикла у женщин возросла в 5,7 раза, частота гестационной анемии – в 6,9 раза, заболеваний мочеполовой системы – в 8,4 раза, гестозов – в 3,6 раза. Учитывая эти данные, особое значение приобретает разработка активной подготовки женщины к планируемой беременности [5].

Цель преемплантационной подготовки – выявление факторов риска развития акушерских осложнений, оптимизация защитно-приспособительных реакций гомеостаза, коррекция метаболических сдвигов у женщин [5].

Рассматривая одну из задач для достижения этой цели, мы учитывали роль витаминов и микроэлементов, так как они активно участвуют в метаболических процессах путем активирования ферментов, гормонов, витаминов и ряда белков. Еще в 1921 г. русский химик Н.Д. Зелинский высказал гипотезу о том, что витамины метаболически необходимы организму, поскольку связаны со структурой и функцией ферментов. Кроме того, было доказано, что многие эссенциальные микроэлементы явля-

ются каталитическими центрами основных ферментов [6–9].

Беременность, даже при условии ее физиологического течения, сопровождается напряженностью всех видов обмена. Эти изменения возникают уже с I триместра беременности и нарастают по мере функциональной перестройки эндокринной системы [10, 11].

Дисбаланс микроэлементного обмена тесно связан с активностью некоторых энзимов, витаминов и металлобиотиков (железо, кобальт, магний, медь, цинк), что негативно отражается на эритропоэзе, снижении уровня общей иммунологической реактивности, атрофических изменениях слизистых оболочек, эпителии половых желез и росте инфекционных заболеваний. Наиболее значимые изменения происходят при развитии преэклампсии, когда нарушается микроциркуляция в тканях, что ведет к развитию гипоксии, ацидозу и следовому растворению минеральной основы кости. У беременных с преэклампсией нарушения обмена приводят к нарушению эластичности эритроцитов и реологических свойств крови, нарушается маточно-плацентарное кровообращение, формируется хроническая плацентарная недостаточность [12, 13].

Учитывая, что применение лекарственных средств на основе поливитаминов и комплекса минералов могут предупредить различные осложнения, такие как преэклампсию, гестационную анемию, плацентарную дисфункцию, задержку развития плода и др., а также разноречивость данных литературы по данной проблеме, нами было проведено исследование беременных из группы высокого риска по развитию преэклампсии на фоне применения витаминно-минерального комплекса «Эмфетал».

Цель исследования – снижение частоты и тяжести гестоза, у женщин группы высокого риска, путем профилактического приема комплекса витаминов и микроэлементов в преемплантационный период и во время гестации.

Согласно рекомендациям МЗ Украины профилактический прием комплекса витаминов и минералов показан при преемплантационной подготовке, нормальном течении беременности, преждевременном прерывании беременности; преэклампсии; заболеваниях сердечно-сосудистой системы и воспалительных заболеваниях почек у беременных; физиологическом послеродовом периоде [5].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной задачи нами было проведено комплексное обследование 100 женщин, которые наблюдались до беременности и были родоразрешены на базе КОЦОЗМиР, проживали в Киевской области и составляли группу риска по развитию преэклампсии.

Согласно приказа № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні» от 15.07.2011 г., факторы риска развития преэклампсии – это гипертензивные нарушения при предыдущих бере-

менностях, хронические заболевания почек, аутоиммунные заболевания (антифосфолипидный синдром, СКВ и др.), сахарный диабет, хроническая артериальная гипертензия, повышенный индекс массы тела, преэклампсия в анамнезе у матери беременной. Приказ рекомендует назначать женщинам группы риска по развитию преэклампсии прием 75 мг аспирина с 16 нед беременности до рождения ребенка [5].

Беременные были разделены на 3 группы: контрольную группу составили 50 соматически здоровых повторнородящих женщин, родоразрешенных через естественные родовые пути, которые не планировали беременность; I группа – 50 женщин с преэклампсией при предыдущей гестации, которые наблюдались по общепринятым алгоритмам; II группа – 50 женщин с преэклампсией в анамнезе при предыдущей беременности, которые наблюдались по предложенному нами алгоритму.

Основными отличительными моментами предложенного нами алгоритма были: оценка состояния ВНС до и во время беременности; на этапе планирования беременности рекомендовано профилактический прием в течение месяца до планируемой беременности и с 22-ой по 26-ю неделю беременности на фоне приема аспирина (по 75 мг с 16-й по 37-ю неделю) препарата Эмфетал во время еды по 2 таблетки в сутки, в состав которого входит 12 витаминов и 10 макро- и микроэлементов производства «Кенди Фарма» компании World Medicine.

Сроки профилактического применения витаминно-минерального комплекса были обусловлены результатами предыдущих исследований, которые показывают, что основные акушерские осложнения (угроза прерывания, гестационная анемия, преэклампсия, плацентарная дисфункция) возникают именно с 28-й по 32-ю неделю беременности.

Участницам обеих групп было рекомендовано питание, сбалансированное по содержанию белков, жиров, углеводов и энергетической ценности, обогащенное свежими овощами и фруктами. Во всех случаях осложнения беременности пациентки получали лечение по стандартной схеме согласно приказу № 417 и № 620 МОЗ Украины [5].

Для проведения исследования была специально разработана карта, в которую вносились особенности преморбидного фона, причины преэклампсии при предыдущей беременности, данные о клиническом течении настоящей беременности, родов, состоянии плода, новорожденного, послеродовом и неонатальном периодах. Дан-

ные этих карт вносились в компьютер и обрабатывались при помощи программы «Excell».

С целью оценки состояния ВНС и уровня регуляции сердечной деятельности проводилась кардиоинтервалография при помощи одноканального электрокардиографа. Нарушения функции ФПК диагностировали, определяя уровни гормонов в крови, проводя плацентометрию и фетометрию, доплерометрию маточно-плацентарного и плодового кровотока, кардиотокографию. Исследования проводились в 10–12 нед, в 28–32 нед и в 36–37 нед беременности.

Математические методы исследования были выполнены согласно рекомендациям А.П. Минцера (2003) с использованием компьютера. Достоверность определялась с помощью критериев Стьюдента и Фишера.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований показывают, что средний возраст обследованных пациенток достоверно не отличался по группам и составил $30,1 \pm 2,4$ года. Исходя из данных анамнеза все женщины основной группы были повторнородящими с высоким уровнем преждевременных родов (20,0% в I группе и 22,0% во II группе) и кесаревым сечением (36,0% в I группе и 34,0% во II группе). Основной причиной преждевременных родов и абдоминального родоразрешения было неэффективное лечение и тяжелые формы преэклампсии, что и позволило нам отнести этих пациенток к группе высокого риска по развитию гестоза при данной беременности.

Среди существенных отличий в течение I половины беременности необходимо отметить отсутствие случаев аномалий развития плода во II группе, что свидетельствует об эффективности подготовки семейных пар к планированной беременности. Также можно отметить существенное снижение во II группе частоты раннего гестоза (с 44,0% в I группе до 20,0% во II группе); угрозы прерывания беременности (с 24,0% в I группе до 10,0% во II группе); анемии беременных (с 22,0% в I группе до 8,0% во II группе) и бактериального вагиноза (с 20,0% в I группе до 6,0% во II группе).

Анализируя основные акушерские осложнения II половины беременности следует отметить существенно снижение частоты преэклампсии (с 52,2% в I группе до 14,3% во II группе); вторичной плацентарной дисфункции (с 52,2% в I группе до 26,5% во II группе); бактериального вагиноза (с 32,6% в I группе до 10,2% во II груп-

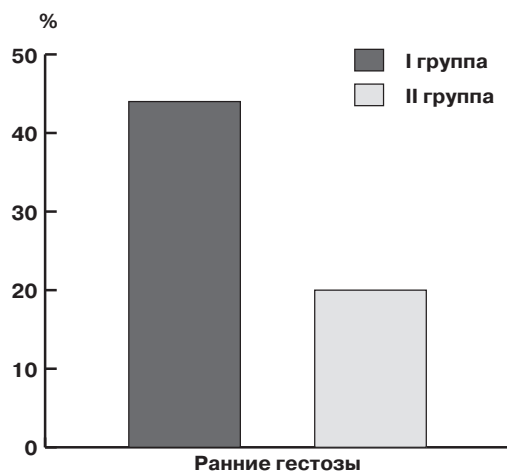


Рис. 1. Частота развития ранних гестозов.

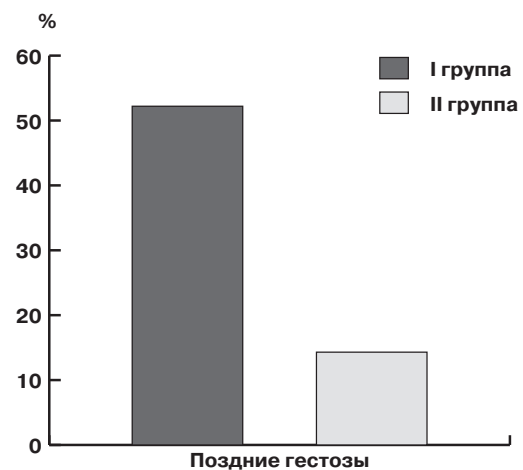


Рис. 2. Частота развития преэклампсии

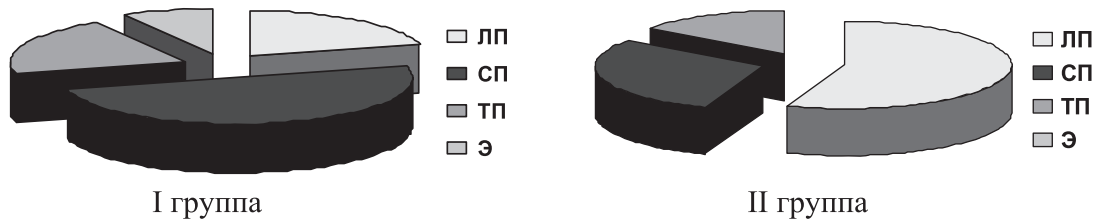


Рис. 3. Структура преэклампсии

пе) и угрозы преждевременных родов (с 21,7% в I группе до 12,2% во II группе).

Учитывая поставленную перед нами научную задачу, мы решили более детально остановиться на сроках развития и структуре тяжести преэклампсии у наших пациенток. Полученные данные свидетельствуют, что более поздние сроки возникновения этого осложнения явно преобладают во II группе – 33 нед (57,1% в отличие от 50,0% в сроке 28–29 нед в I группе), а анализируя структуру степени тяжести преэклампсии – отсутствие случаев эклампсии и преобладание преэклампсии легкой и средней у пациенток II группы (56,4% и 29,2%) по сравнению с наличием эклампсии и тяжелой преэклампсией (8,3% и 20,8%) в I группе.

Научным подтверждением эффективности предложенного нами алгоритма является значительное снижение уровня преждевременных родов (I группа – 13,1%, II группа – 4,1%); преждевременного разрыва плодных оболочек (I группа – 46,7%, II группа – 26,5%); дистресса плода (I группа – 47,8%, II группа – 20,4%); преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (I группа – 8,7%, II группа – 4,1%). Результатом этого стало уменьшение частоты оперативного родоразрешения во II группе до 20,4% по сравнению с I группой – 39,1%.

При изучении функционального состояния ВНС полученные данные свидетельствуют, что пациентки II группы отмечали значительное уменьшение утомляемости, нарушений сна, тревожности, плохого самочувствия по сравнению с женщинами I группы. Полученные данные проведенной кардиоинтервалографии свидетельствуют о снижении активации адренергических механизмов регуляции сердечной деятельности и преобладание пониженного тонуса симпатической нервной системы у пациенток II группы по сравнению с женщинами I группы.

Анализ данных особенностей функционирования фето-плацентарного комплекса показал, что на фоне применения рекомендуемого нами комплекса лечебно-профилактических мероприятий, у пациенток II группы преобладали адаптационно-приспособительные реакции системы мать–плацента–плод в виде компенсаторной гиперплазии плаценты, происходила стабилизация роста и развития плода, при общей активации регуляторных процессов, направленных на поддержание компенсаторно-приспособительных механизмов в ФПК и полноценное обеспечение метаболических потребностей развивающегося плода. Наиболее выраженные изменения, выявленные во время УЗИ, относились к III триместру беременности. Так, следует отметить уменьшение частоты случаев гипоплазии плаценты и деструктивных изменений в ней (в 3 раза) среди женщин II группы по сравнению с пациентками I группы. Пондеральный индекс, в случаях ретардации плода во II группе был в пределах 1,9–2,0, а в I группе – 1,6–1,8. Это свидетельствует о том, что у женщин II группы, которые получали до беременности и во время нее предложенный нами лечебно-профилактический комплекс, в меньшем проценте случаев наблюдалась задержка развития плода II и III степени,

то есть была улучшена метаболическая и транспортно-трофическая функции плаценты ($p < 0,05$). Гемодинамические исследования в системе мать–плацента–плод, проведенные при помощи доплерометрии в исследованных группах, также подтвердили эффективность предложенного нами комплекса, они продемонстрировали достоверное улучшение кровотока в МА и АП ($p < 0,05$) в 33–34 нед и в 37–38 нед беременности. Оценивая гормональную функцию плаценты следует отметить, что во II группе женщин на протяжении всего гестационного процесса наблюдается относительная стабилизация синтеза ключевых регуляторных гормонов, ответственных за благоприятное течение беременности и развитие плода.

При оценке перинатальных исходов родоразрешения следует отметить тот факт, что перинатальные потери во II группе составили 20,4% (один случай острого дистресса плода на фоне преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты), а в I группе этот показатель составил 65,2%. Достаточно существенно уменьшена частота асфиксии средней и тяжелой степени (6,1% против 21,7%).

Анализ клинического течения беременности и родов у женщин из группы риска по развитию гестозов показал, что использование предложенной нами лечебно-профилактической коррекции, позволило существенно снизить частоту акушерской и перинатальной патологии у этих беременных.

ВЫВОДЫ

Результаты проведенных исследований показали, что применение комплекса витаминов и минералов (Эмфетал) в прегравидарный период и во время беременности (у женщин группы риска по развитию гестозов), позволяет уменьшить вероятность перинатального риска, восполняет повышенную потребность беременной женщины в витаминах и минералах, уменьшает риск возникновения ранних гестозов, частоту и степень тяжести преэклампсии, нормализует функциональное состояние ВНС и ФПК, положительно влияет на течение беременности, родов и состояние новорожденного.

Комплексна профілактика гестозів у жінок в період прекоцепційної підготовки та під час вагітності

Т.Г. Романенко

Аналіз результатів проведеного дослідження показав, що застосування комплексу вітамінів та мінералів (Емфетал) в прекоцепційній підготовці та під час вагітності, у жінок групи високого ризику щодо розвитку гестозу, дозволяє суттєво знизити вірогідність перинатального ризику, компенсує підвищену потребу вагітної жінки в вітамінах і мінералах, суттєво знижує ризик виникнення ранніх гестозів, частоти та ступеня тяжкості преєклампсії, нормалізує функціональний стан ВНС і ФПК, позитивно впливає на перебіг вагітності, пологів, стан плода та новонародженого.

Ключові слова : прекоцепційна підготовка, вагітність, профілактика гестозів, комплекс вітамінів та мінералів.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В., Шабалов Н.П. Клиническая перинатология. – Петрозаводск: ООО «Издательство Интелтек», 2004. – 421 с.
2. Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивные потери. – М.: «Триада-Х», 2004. – 168 с.
3. Венцківський Б.М., Запорожан В.М., Сенчук А.Я. Гестози вагітних. – К.: Аконті, 2002. – 107 с.
4. Шифман Е.М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром. – Петрозаводск: ООО «Издательство Интелтек», 2002. – 428 с.
5. Накази МОЗ України № 620, № 417.
6. Спиричев В.Б. Сколько витаминов человеку надо. – М., 2000. – 174 с.
7. Коденцева В.М, Вржесинская О.А. Витамины в питании беременных. Гинекология. – 2002. – № 4. – С. 7–12.
8. Тютюнник В.Л., Якунина Н.А., Щетинина Н.С. Профилактика гиповитаминоза в акушерской практике // Русский медицинский журнал. – 2006. – № 14. – С. 1315–1319.
9. Жабченко И.А. Состояние кальций-фосфорного обмена и коррекция его нарушений при нормально протекающей и осложненной беременности (обзор литературы) // Здоровье женщины. – 2008. – № 3. – С. 34–38.
10. Prentice A. Calcium in pregnancy and lactation // Ann. Rev. Nutr. – 2007. – V. 20. – P. 249–272.
11. Black R. E. Micronutrients in pregnancy // Br. J. Nutr. – 2001; 85 (2): 193–197.
12. Радзинский В.Е., Смально П.Я. Биохимия плацентарной недостаточности. – М.: Изд.-во РУДН, 2001. – 273 с.
13. Benirschke R., Kaufmann P. Pathology of the Human Placenta. – N. York. Springer, 2005. – 720 p.