

© Коллектив авторов, 2009

Л.И. Ильенко<sup>1</sup>, Л.А. Бахмутова<sup>2</sup>, Е.Н. Гужвина<sup>3</sup>

## ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ПРИРОДНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В ПЕРИНАТОЛОГИИ

<sup>1</sup>Кафедра госпитальной педиатрии с курсом ТМЛ ФУВа Московского факультета (зав. проф. Л.И. Ильенко) ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва; <sup>2</sup>кафедра сестринского дела и ухода за больными с курсом перинатологии (зав. доц. Л.А. Бахмутова) и <sup>3</sup>кафедра акушерства и гинекологии (зав. д.м.н. О.Б. Мамиев) Астраханской государственной медицинской академии, РФ

В статье представлены данные клинико-биохимического и инструментального обследования рожениц с фетоплацентарной недостаточностью (ФПН) и их новорожденных с хронической внутриутробной гипоксией и задержкой развития плода (ХВГ и ЗРП), получавших в перинатальном периоде комбинированное лечение с включением средств природного происхождения. Показано улучшение клинических показателей течения и исхода беременности и родов, оптимизация уровней специфических для беременности железосодержащих протеинов, данных доплерографии сосудов пуповины и офтальмоскопии, а также более гладкое течение раннего неонатального периода и снижение тяжести неврологических осложнений у детей, матери которых получили в программе коррекции комплексные антигомотоксические препараты: ТрумельС, Лимфомиозот, Спаскупрель, Кралонин, Эскулюс и Хепель.

**Ключевые слова:** беременность, задержка внутриутробного развития, комбинированное лечение, комплексные антигомотоксические препараты.

Authors present results of clinical, biochemical and instrumental examination, performed in recently confined women with history of fetoplacental insufficiency (FPI) and in their children with history of chronic intrauterine hypoxia (CIUH) and delayed intrauterine development (DIUD) received complex treatment in neonatal period included natural agents. Examination showed that usage of complex anti-homotoxic agents (TraumelC, Lymphomyozot, Spascuprel, Kralonin, Asculus and Hepel) in program of pregnant women treatment led to improvement of clinical parameters characterized pregnancy and labor course, to optimization of ferroproteins level, specific for pregnancy; to optimization of cord vessels Doppler US data and data of ophthalmoscopy, to more favorable course of neonatal period and to reducing of neurological complications severity.

**Key words:** pregnancy, delayed intrauterine development, combined treatment, complex antihomotoxic agents.

В структуре перинатальной патологии одно из центральных мест занимают состояния новорожденных, связанные с хронической внутриутробной гипоксией (ХВГ), в основе которых лежит фетоплацентарная недостаточность (ФПН) и ее клиническое проявление – задержка развития плода (ЗРП). Данные о патогенезе плацентарной недостаточности, сущности изменений метаболизма, микроциркуляции при различных видах акушерской и соматической патологии представляют значительный интерес в свете разработки новых методов и средств коррекции возникающих нарушений.

К настоящему времени известны ставшие уже классическими схемы лечения ФПН [1–5]. Несмотря на успехи в изучении проблемы ФПН, остается ряд трудностей, с которыми столкнулась перинатология. Во-первых, многофакторность этиологии и патогенеза этой патологии определяет ее широкую распространенность; во-вторых, остается проблема ее своевременной диагностики, и, в-третьих, остается актуальной разработка новых методов лечения ФПН и ЗРП. Однако следует учесть, что лечение ЗРП после 32–34 недель беременности, по мнению большинства исследовате-

### Контактная информация

Бахмутова Людмила Анваровна – к. м. н., доц., зав. каф. сестринского дела и ухода за больными с курсом перинатологии Астраханской Государственной академии

Адрес: 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121

Тел.: 8851-233-14-20, E-mail: baxmutova@mail.ru

Статья поступила 28.05.09, принята к печати 10.06.09

лей, является малоэффективным, и речь может идти только об улучшении плацентарной гемодинамики и создании благоприятных условий для внутриутробного метаболизма [6]. Необходимо отметить, что фармакотерапия ФПН и ЗРП остается актуальной и проблематичной. С одной стороны, нет убедительных данных об эффективности применяемых медикаментозных и немедикаментозных методов профилактики и коррекции этого осложнения беременности. С другой стороны, лекарственные препараты, используемые практически во всех схемах лечения, небезвредны для беременной и плода, не доказана их фармакологическая безопасность. Известны отрицательные стороны медикаментозного воздействия на плод [7]. Это существенно ограничивает перечень используемых лекарственных препаратов во время беременности. Кроме того, при ФПН резко возрастает проникновение применяемых медикаментов к плоду, что ухудшает выведение шлаков из организма плода и матери и приводит к эндогенной интоксикации. При проведении медикаментозной коррекции ФПН у матери и плода появляется дополнительная нагрузка по метаболизму и экскреции лекарств, что обуславливает нарастание интоксикации, гипоксии плода, нарушение темпов его развития с формированием различных фетопатий [7–9].

С этой точки зрения, огромный интерес акушеров и неонатологов привлекает применение препаратов природного происхождения, к которым, в частности, относятся комплексные гомеопатические препараты. Последнее десятилетие ознаменовалось циклом работ, посвященных применению этих препаратов в различных отраслях медицины, в первую очередь в педиатрии [10, 11]. Несколько меньше исследовалась эффективность применения препаратов природного происхождения в акушерстве и неонатологии. Их привлекательность для практики в этих отраслях медицины объясняется несколькими аргументами. Во-первых, это препараты природного происхождения (растительные, животные, минеральные субстраты), которые метаболизируются физиологическим путем без дополнительного образования шлаков и лишены побочных эффектов. Во-вторых, эти средства находятся в гомеопатических препаратах в малых и сверхмалых дозах, лишены токсических эффектов. В-третьих, их действие многокомпонентно и, в основном, определяется регулирующей составляющей. Все это предполагало безвредность препаратов природного происхождения для применения в перинатологии и послужило поводом для наших исследований по оценке их эффективности в коррекции ХВГ и задержки развития плода и новорожденного.

Было проведено комплексное обследование 88 беременных с ФПН, ХВГ и ЗРП в сроках 28–32 нед и 36–40 нед, наблюдавшихся в женской консультации (ж/к) МУЗ Клинический родильный

дом в 2006–2007 гг., а также 59 их новорожденных детей, родившихся в указанном родовспомогательном учреждении с применением клинических, биохимических и инструментальных методов исследования.

Под клиническими подразумевалось наблюдение в ж/к акушером-гинекологом и другими специалистами. Исследование сыворотки крови беременных и рожениц на белки «зоны беременности» и железосодержащие белки проводили с помощью классических иммунохимических методов: тробластический  $\beta$ -глобулин (ТБГ),  $\alpha_2$ -гликопротеин, связанный с беременностью (СБАГ), и тканевой (плацентарный) ферритин (ФП) определяли иммунодиффузионным методом с использованием тест-систем, моделированных на кафедре биологической химии с курсом клинико-лабораторной диагностики Астраханской государственной медицинской академии; IgE, сывороточный ферритин у рожениц (ФМ) – иммуноферментным анализом с использованием набора реагентов ИФА – IgE ЗАО «НВО Иммунотех» и ИФА-ферритин ЗАО «Алк-Био» («сэндвич»-вариант твердофазного ИФА). Инструментальные методы были представлены УЗИ с доплерометрией сосудов плаценты, осмотр офтальмологом сосудов глазного дна.

Все обследованные нами женщины находились под наблюдением акушера-гинеколога в ж/к и 42 из них (1-я группа) получали базовую терапию по классическим схемам по поводу ФПН, ХВГ и ЗРП как амбулаторно, так и в отделении патологии беременности. 46 беременным (2-я группа) после комплексного обследования в сроках 28–32 нед назначали комбинированное лечение: классическая терапия + препараты природного происхождения. Комплексные гомеопатические препараты назначались акушером-гинекологом по клиническим показаниям от 2 до 4 препаратов вместе (табл. 1 и 2), причем в эту группу вошли беременные с гестозом (О-гестоз – 14 женщин, ОГ-гестоз – 16), а такие осложнения, как угроза преждевременных родов, снижение плодово-плацентарного кровотока (ППК), встречались практически у каждой беременной с ФПН. Контрольную группу составили 30 рожениц с физиологическим течением гестационного процесса (3-я группа). Предварительно у женщин было получено письменное информированное согласие на исследование.

При разработке показаний к назначению средств природного происхождения учитывались, по крайней мере, три важнейших свойства комплексных биологических (гомеопатических) препаратов – это регуляторное воздействие на открытую биологическую систему, связывание и выведение токсичных для организма веществ, стимуляция его защитных сил. Изучена эффективность коррекции ХВГ плода при дополнении классических схем препаратами природного происхождения по результатам обследования беременных в сроках 28–32 и 38–40 нед и по оценке течения родов, а

Таблица 1

**Показания к применению комплексных гомеопатических препаратов в качестве дополнения к классической терапии ФПН, ХВГ и ЗРП**

Показания	Комплексные гомеопатические препараты					
	ТраумельС	Лимфомиозот	Спаскупрель	Эскулюс	Кралонин	Хепель
О-гестоз	+	+				
ОГ-гестоз	+	+			+	
Снижение ППК	+	+	+			+
Угроза преждевременных родов	+	+	+			
Ангиопатия сетчатки по венозному типу	+	+		+		
Ангиопатия сетчатки по артериальному типу	+	+			+	
ЗРП	+	+	+			+

Таблица 2

**Схема лечение беременных с ФПН, ХВГ и ЗРП комплексными гомеопатическими препаратами**

Препараты	Курс лечения	Форма препарата	Кратность приема
ТраумельС	6–8 нед	амп., табл.	2 р/нед в/м по 2,2 мл, 5 раз в нед по 1 табл. 3 р/д сублингвально
Лимфомиозот	6–8 нед	капли	15 кап. 3 р/д per os
Спаскупрель	6–8 нед	табл.	по 1 табл. 3 р/д сублингвально
Эскулюс	2 нед	капли	15 кап. 3 р/д per os
Кралонин	2–4 нед	капли	15 кап. 3 р/д per os
Хепель	6–8 нед	табл.	по 1 табл. 3 р/д сублингвально

также состояния при рождении и течения постнатальной адаптации новорожденных детей.

Одним из наиболее эффективных средств природного происхождения является комплексный биологический препарат «ТраумельС» (фирма «Биологише Хаймиттель Хель ГмбХ», Германия). Его применение в спортивной травматологии, при ревматических заболеваниях, при лечении ожогов, заболеваний лимфоглоточного кольца, поражений кожи, хронических заболеваний печени и др. позволило сделать вывод о том, что комплексный антигомотоксический препарат «ТраумельС» является высокоэффективным лечебным средством, не обладающим токсичностью, и безопасным для применения в лечебных программах различных острых и хронических заболеваний как у взрослых, так и у детей. Состав и механизм действия «ТраумельС» характеризуется наличием арники, аконита, календулы, беладонны, гепар сульфур, эхинацеи, хамомиллы, гиперikuма, миллефолиума, а также сочетанием ряда эффектов, в том числе стабилизацией тонуса сосудов, активацией клеточного дыхания, стимуляцией защитных сил, обезболивающим эффектом, остановкой кровотечений [10]. Эти качества препарата послужили показанием для его назначения при ФПН, ХВГ и ЗРП.

Лимфомиозот – не менее уникальный комплексный гомеопатический препарат, чем ТраумельС.

Его действия – дезинтоксикационное, противоаллергическое, лимфодренажное, противоэкссудативное. Первые сведения о его применении касаются лечения тонзиллита, лимфоаденита, но в дальнейшем появились данные о его использовании в педиатрии, дерматологии, оториноларингологии, пульмонологии, геронтологии [12, 13]. Состав Лимфомиозота включает в себя 17 компонентов природного происхождения. Учитывая наличие эндотоксикоза в патогенезе ФПН, ХВГ и ЗРП [14], мы сочли возможным применение Лимфомиозота в нашем эксперименте. Противопоказанием для назначения Лимфомиозота служило наличие у женщин заболеваний щитовидной железы.

Спаскупрель обладает спазмолитическим, обезболивающим, седативным и противосудорожным действием. Как известно, при многих осложнениях беременности регистрируются повышенный тонус матки, болезненные ощущения и беспокойство беременной по этим поводам [2]. Учитывая отсутствие противопоказаний и ожидаемый эффект, Спаскупрель мы назначали при снижении ППК, угрозе преждевременных родов и ЗРП.

Эскулюс обладает флебодинамическим, вентонизирующим, спазмолитическим, анальгезирующим, сосудорасширяющим и гемостатическим действием. Входящие в состав комплексного гомеопатического препарата природные компоненты –

Таблица 3

**Средние концентрации ТБГ, СБАГ, IgE, ФМ И ФП у беременных и рожениц  
в зависимости от вида коррекции ФПН и ХВГ плода**

Показатели	Средние концентрации (M±m)		
	Вид коррекции ФПН		контрольная группа (3-я группа)
	классическая терапия (1-я группа)	комбинированная терапия (2-я группа)	
ТБГ, мг/л	130,43±10,14 <sup>1,2</sup>	174,1±12,4	186,0±11,91
СБАГ, мг/л	68,7±2,85 <sup>1,2</sup>	77,39±1,86 <sup>3</sup>	100,08±6,92
IgE, МЕ/л	192,7±27,8 <sup>1,2</sup>	114,2±12,9 <sup>3</sup>	88,1±12,9
ФМ, МЕ/л	9,74±0,25 <sup>1,2</sup>	13,2±1,12 <sup>3</sup>	16,9±1,19
ФП, мг/л	7,5±0,25 <sup>1,2</sup>	18,9±1,8 <sup>3</sup>	30,1±2,51

Различия достоверны: <sup>1</sup>при сравнении показателей у беременных 1-й и 3-й групп; <sup>2</sup>при сравнении показателей у беременных 1-й и 2-й групп; <sup>3</sup>при сравнении показателей у беременных 2-й и 3-й групп.

*Secale cornutum*, *Viscum album*, *Nicotiana tabacum*, *Arnica Montana* – показаны при спастических состояниях матки, высоком или низком артериальном давлении, заболеваниях артерий и вен [12]. Назначение Эскулюс композитум мы обосновывали наличием варикоза, нарушением ППК и ангиопатией сетчатки по венозному типу.

Кралонин обладает седативным, спазмолитическим метаболическим фармакологическим действием. Одним из показаний к его назначению были нарушения артериального давления (АД) (*Crataegus*). А *Kalium carbonicum* и *Spigelia anthelmia*, входящие в состав Кралонина, поддерживают регуляцию АД [13]. Противопоказаний к назначению Кралонина нет.

Хепель обладает гепатопротективным, спазмолитическим, желчегонным, противовоспалительным, вяжущим и венотонизирующим действием [13]. Показанием к его назначению послужили ФПН и ЗРП.

Оценка эффективности комбинированного лечения беременных с ФПН, ХВГ и ЗРП проведена с применением клинических, биохимических и инструментальных методов.

Известно, что наиболее информативными биохимическими показателями течения беременности являются так называемые специфические протеины, ассоциированные с беременностью, а также некоторые железосодержащие белки [15–17]. В Астраханской медицинской академии исследования в этом направлении являются приоритетными. Родоначальником этих научных достижений является лауреат Государственной премии, профессор Ю.С. Татаринов. К настоящему времени известны клиническое и диагностическое значения этих белков, определенных в различные сроки беременности [16]. Поэтому в качестве лабораторного контроля эффективности предлагаемой нами терапии мы сочли целесообразным исследовать ТБГ, СБАГ и IgE – чувствительный индикатор реакций клеточного иммунитета, отражающий степень сенсибилизации организма, в частности, при гестозе

[1], а также железосодержащие белки – ферритины сывороточный и тканевой (плацентарный). Ферритины отражают обмен железа и, в некоторой степени, гипоксию плода [15] (табл. 3).

Если при физиологически протекающей беременности ТБГ, определяющий функцию плаценты, составляет 186 мг/л, то при базовой терапии ФПН – 130,43 мг/л, а при предлагаемой нами схеме – 174,1 мг/л. Эта же тенденция просматривается при анализе динамики уровней других белков –

**Гомеопатическая мазь  
Траумель С  
от травм и воспалений**

50 г Мазь гомеопатическая для наружного применения

**Traumeel<sup>®</sup>**  
Траумель С

**Здоровье из  
Баден-Бадена**

Современная гомеопатия от компании "Хеель"

**ARNEBIA**  
www.arnebia.ru

**-Heel**  
www.heel.com

СБАГ, IgE, ФМ и ФП. Т.е. при использовании нашей схемы лечения к концу беременности значения изучаемых белков тяготеют к уровням, характерным для физиологической беременности.

Есть основание полагать, что уровень ТБГ- и СБАГ отражает состояние маточно-плацентарного комплекса (МПК), причем ТБГ – маркер плодовой части МПК, и его низкие концентрации свидетельствуют о нарушении белковосинтетической функции синцитиотрофобласта. Концентрации СБАГ при ФПН также имеют низкие (практически на 30% ниже, чем при нормальной беременности) значения. По-видимому, более высокие уровни этих специфических для беременности протеинов на фоне комбинированного лечения с включением препаратов природного происхождения отражают улучшение внутриутробного метаболизма.

Особый интерес привлекло изучение средних концентраций IgE в обследованных нами группах беременных с ФПН, ХВГ и ЗРП. Мы уже отмечали, что высокие уровни IgE в сыворотке крови беременных связывают со степенью сенсибилизации организма к различным раздражителям (пищевым, медикаментозным, инфекционным и стрессовым). Н.И. Ахмина [14] отмечает, что высокие уровни IgE встречаются при позднем гестозе. В наших исследованиях, несмотря на самые различные причины ФПН, а не только гестоз, мы обнаружили у беременных с этим осложнением беременности довольно высокие концентрации IgE – почти в 2,5 раза выше, чем в контроле. Можно предположить, что не только гестоз, но и другие патологические акушерские и соматические состояния обуславливают повышенную продукцию IgE у беременных. Возможно, это показатель защитной реакции организма, отражение реакций клеточного и гуморального иммунитета. В конечном счете, высокие концентрации IgE свидетельствуют об осложненном течении беременности, а его низкие уровни, наоборот, о благополучной гестации. По результатам наших исследований в сыворотке крови беременных 1-й и 2-й групп выявлены достоверные различия в средних концентрациях IgE, причем при комбинированной терапии эти значения наиболее приближены к «физиологическим».

Изучение железосодержащих белков, прежде всего ферритина, в сыворотке крови и тканях связывают с индикацией обмена железа в организме, а также эти белки рассматривают как острофазовые. Однако есть данные о связи уровней ферритина в сыворотке крови беременных и рожениц с массой тела их детей при рождении [15]. Другими словами, есть и другой аспект изучения ферритина: низкая масса тела при рождении часто подразумевает перенесенную ХВГ. Следовательно, уровни ферритинов в системе мать–плацента–новорожденный могут отражать наличие и степень ХВГ, а значит и задержки внутриутробного развития (ЗВУР). Мы изучали уровни ферритинов в сы-

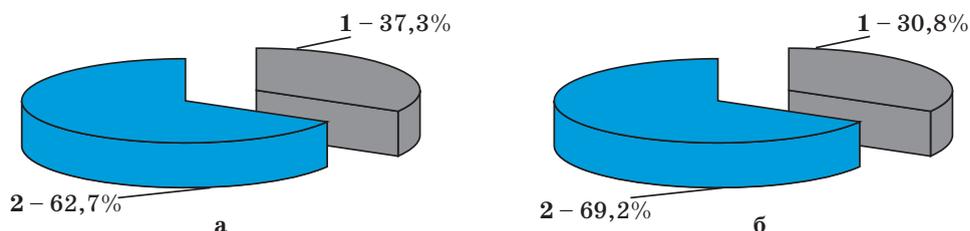
воротке крови и тканях плаценты у рожениц, получавших во время беременности различные виды коррекции ФПН, ХВГ и ЗРП. Особенно большие различия обнаружены в уровнях ФП у женщин с ФПН и у здоровых беременных (7,5 против 30,1 МЕ/л). Этот интересный факт, с одной стороны, подтверждает функциональную неполноценность плаценты при ФПН, ХВГ и ЗРП в плане обменных процессов между матерью и плодом; с другой стороны, этот факт иллюстрирует позицию плаценты как «концевой точки» приложения воздействия самых различных факторов как эндогенных, так и экзогенных, включая лекарственные средства. Оказалось, что средние концентрации ФП при комбинированном лечении ФПН оказались на 40% выше, чем при классических схемах лечения, хотя и ниже «нормальных» показателей. Несколько менее ярко эта тенденция видна при сравнении значений ФМ рожениц.

Таким образом, дополнение классических схем лечения ФПН препаратами природного происхождения приводит к клиническому улучшению течения беременности и к положительной динамике информативных биохимических показателей, что свидетельствует об оптимизации обменных процессов в МПК и об улучшении состояния плода, выступающего в роли внутриутробного пациента.

На современном этапе развития методов исследования в акушерстве и перинатологии наиболее информативными и доступными широкой практике являются методы УЗ-диагностики. Нас особенно интересовало состояние ППК, отражающего в наибольшей степени «морфофункциональные изменения при ФПН с уменьшением васкуляризации терминальных ворсин, что влечет за собой повышение сосудистого сопротивления в сосудах пуповины» [18] и регистрируется при их доплерометрии. Известно, что в зависимости от степени выраженности сосудистых осложнений при беременности происходят те или иные нарушения кровотока в сосудах маточно-плацентарного и фето-плацентарного бассейна.

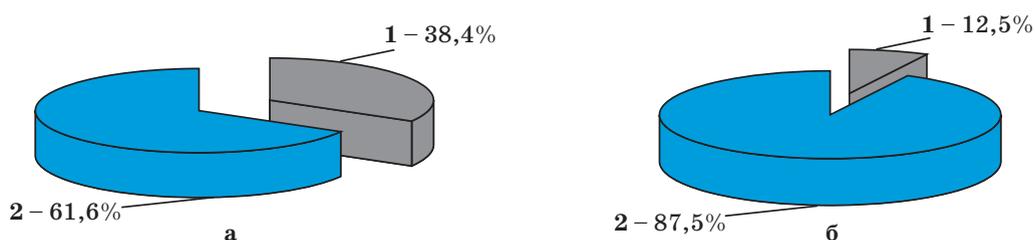
У наблюдаемых беременных женщин мы проводили доплерометрию сосудов плаценты до начала и по окончании лечения ФПН, ХВГ и ЗРП по классическим и комбинированным схемам лечения. В качестве критерия изменения гемодинамики мы считали заключение врача кабинета УЗИ по двум вариантам: нормальный и сниженный ППК.

На рис. 1 и 2 видно, что и при классической терапии ФПН, ХВГ и ЗРП и при предлагаемой нами схеме отмечается уменьшение удельного веса сниженного ППК после лечения. Однако, при классических схемах – лишь на 6,5%, а при комбинированном лечении уменьшается в 3 раза (38,4% против 12,5%). Полученные нами результаты доплерометрии требуют определенной трактовки. С одной стороны, при ФПН с ХВГ и ЗРП на 28–32-й неделе гестации имеет место некая завершенность



**Рис. 1.** Динамика ППК у беременных до (а) и после (б) классической схемы лечения ФПН, ХВГ и ЗРП.

Здесь и на рис. 2: 1 – сниженный ППК, 2 – нормальный ППК.



**Рис. 2.** Динамика ППК у беременных до (а) и после (б) лечения «классическая схема + комплексные гомеопатические препараты».

морфофункциональных изменений в МПК. Улучшение питания плода, снабжение его кислородом обязательно должно предварительно иметь снижение сосудистой резистентности в артерии пуповины, что невозможно без адекватной васкуляризации ворсин и формирования сосудистого русла плодовой части плаценты. Однако многокомпонентное регулирующее воздействие препаратов природного происхождения может вызвать улучшение как метаболизма, так и гемодинамики, особенно в микроциркуляторном русле. Нельзя забывать, что живой организм – это саморегулирующаяся система, стремящаяся к достижению равновесия с окружающей средой. Особое положение при беременности, генетически детерминированное стремление к компенсации патологических процессов как у матери, так и у плода делает их особенно чувствительными к малым и сверхмалым дозам субстратов природного происхождения. На

сегодняшний день, по-видимому, не требует доказательств положение о различных эффектах обычных и малых доз препаратов: если обычные дозы подавляют реактивность организма, то малые, наоборот, оказывают мощное стимулирующее воздействие на органы и системы живого организма (закон Арндта–Шульца) [13]. В нашем случае положительные результаты комбинированного лечения ФПН, ХВГ и ЗРП получили объективное подтверждение в виде улучшения показателей ППК.

Известно, что сосудистые нарушения являются одним из важнейших звеньев патогенеза ФПН [15–17]. Наиболее доступной для исследования является сосудистая система сетчатки глаза. При многих видах соматической и акушерской патологии имеют место патогномичные для конкретных заболеваний изменения на глазном дне. Для получения дополнительной информации о состоянии сосудистой системы мы включили в комп-

Таблица 4

Состояние сосудов глазного дна у беременных с ФПН, ХВГ И ЗРП в зависимости от вида лечения

Заключение офтальмолога	Вид лечения							
	классическая терапия (n=42)				базовая терапия + комплексные гомеопатические препараты (n=46)			
	до (n=22)		после (n=20)		до (n=24)		после (n=22)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ангиопатия сетчатки по артериальному типу	5	22,7	3	15	6	24	1	4,5
Ангиопатия сетчатки по венозному типу	8	36,4	6	30	8	33,3	2	9
Нормальный кровоток	9	40,9	11	55	10	41,6	19	86,4

лекс обследования беременных осмотр офтальмолога. Критериями оценки состояния сосудов глазного дна были заключения офтальмолога в следующих вариантах: «нормальный кровоток», «ангиопатия сетчатки по артериальному типу», «ангиопатия сетчатки по венозному типу». Осмотр глазного дна проводили в 2 этапа: до начала лечения и по его окончании (табл. 4).

Оказалось, что при ФПН, ХВГ и ЗРП превалирует ангиопатия сетчатки по венозному типу, т.е. венозный стаз. Таковой регистрировался у 36,4% обследованных нами беременных, а у 22,7% определялась ангиопатия сетчатки по артериальному типу, у остальных отмечался нормальный кровоток. При венозном стазе дополнительно к классической схеме назначали Эскулюс, при ангиопатии по артериальному типу – Кралонин. При дополнении классической схемы указанными препаратами нормализация состояния сосудов сетчатки происходила в 3 раза чаще, чем только при классической терапии.

На заключительной стадии нами проведена клиническая оценка течения родов у обследованных и пролеченных нами беременных с ФПН, ХВГ и ЗРП (табл. 5).

Данные табл. 5 убедительно показывают значительно меньшее количество осложнений в родах у рожениц, получавших по поводу ФПН, ХВГ и ЗРП комбинированное лечение, по сравнению с женщинами, лечившимися по классическим схемам. Особенно важно, что кровотечения в родах встречались в 8 раз реже, слабость родовой деятельности – в 2 раза реже и вдвое реже пришлось прибегнуть к оперативному родоразрешению (15,2 % против 28,5%).

Особый интерес представляло состояние новорожденных при рождении и течение у них периода ранней адаптации при различных видах коррекции ХВГ до рождения (табл. 6).

При получении матерями комбинированного лечения практически отсутствовало такое грозное осложнение ранней адаптации, как респираторные расстройства. Более благоприятное течение

Таблица 5

### Характеристика родового акта в зависимости от вида коррекции ФПН

Характеристика родов	1-я группа (n=42)	2-я группа (n=46)
Роды:		
срочные	36 (85,7%)	43 (93,4%)
преждевременные	3 (7,1%)	1 (2,17%)
запоздалые	3 (7,1%)	2 (4,34%)
стремительные	6 (14,2%)	3 (6,52%)
быстрые	8 (19%)	4 (8,69%)
физиологические	20 (47,6%)	36 (78,26%)
Безводный период более 6 ч	17 (40,4%)	12 (26,8%)
Кровотечения в родах	7 (16,6%)	1 (2,17%)
Слабость родовой деятельности	19 (45,2%)	10 (23,2%)
Акушерские пособия (щипцы)	2 (4,76%)	–
Кесарево сечение	12 (28,5%)	7 (15,2%)

родов позволило осуществить раннее прикладывание к груди и совместное пребывание матери и ребенка, что, по-видимому, объясняет более редкую встречаемость патологической первоначальной убыли массы тела (36,9% против 54,7%). Нормальное течение родов и отсутствие необходимости их медикаментозной коррекции значительно ослабили фармакологическую нагрузку на мать и плод и привели к значительно более редкой пролонгированной желтухе в группе новорожденных от матерей, получивших комбинированное лечение до родов. В обеих группах новорожденных встречалось перинатальное гипоксически-ишемическое поражение ЦНС. В качестве критерия тяжести неврологических поражений у новорожденных мы использовали их нейросонографическую (НСГ) характеристику – церебральную ишемию I степени и церебральную ишемию II–III степени. Анализ показал качественное отличие церебраль-

Таблица 6

### Характеристика состояния при рождении и течения раннего неонатального периода новорожденных от матерей с ФПН, ХВГ и ЗРП при различных видах коррекции

Патологические состояния	Методы коррекции ФПН, ХВГ и ЗРП			
	классическая терапия		комбинированная терапия	
	абс.	%	абс.	%
Асфиксия при рождении	2	4,76	–	–
Транзиторное тахипноэ	3	7,14	1	2,17
ЗВУР	27	64,2	18	39,4
Патологическая первоначальная убыль массы тела	23	54,7	17	36,9
Пролонгированная желтуха	25	59,5	4	8,6
Церебральная ишемия I степени	3	7,1	12	26
Церебральная ишемия II–III степени	18	42,8	5	10
Реализация внутриутробной инфекции	9	21,4	3	6,52
Анемический синдром	12	28,5	8	17,3

ных нарушений при различных видах антенатальной коррекции ФПН, ХВГ и ЗРП. При комбинированном лечении матерей с применением препаратов природного происхождения у их новорожденных значительно реже выявлялись тяжелые ишемические изменения НСГ. Кроме этого, в этой группе детей также значительно реже отмечались реализация внутриутробной инфекции и анемический синдром. А самый главный аргумент в пользу применения препаратов природного происхождения в комплексной терапии ФПН, ХВГ и ЗРП – это уменьшение удельного веса детей с ЗВУР в этой группе (39,4% против 64,2%). Очевидно, что течение раннего неонатального периода протекало более гладко в группе новорожденных от матерей с ФПН, ХВГ и ЗРП, получавших в дополнение к классической терапии средства природного происхождения, и, что особенно важно, снижалась тяжесть неврологических последствий нарушений внутриутробного развития.

Таким образом, применение препаратов природного происхождения в качестве дополнения к классическим схемам лечения ФПН, ХВГ и ЗРП существенно улучшает результаты лечения, что отражается в оптимизации иммунохимических тестов на ТВГ, СБАГ, IgE, ФП и ФМ, свидетельствующих об активизации внутриутробного метаболизма, а также в улучшении показателей ППК. Есть основания полагать, что включение средств природного происхождения в программу лечения ФПН, ХВГ и ЗРП у беременных женщин позволяет значительно улучшить качество их жизни и показатели здоровья, а также течение и исход родов, не оказывая токсического воздействия на плод. Дети, рожденные от этих матерей, имеют более высокие индексы физического развития и зрелости. Ранний период адаптации у детей от матерей, получавших средства природного происхождения, характеризуется более гладким течением пограничных состояний и снижением тяжести неврологических осложнений.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьева Н.В., Стрижаков А.Н. Исход беременности и родов при фетоплацентарной недостаточности различной степени тяжести. *Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2004; 3: 7–13.
2. Радзинский В.Е. Фармакотерапия плацентарной недостаточности. *Клин. фармакология и терапия*. 1998; 3: 91–96.
3. Савельева Г.М., Федорова М.В., Клименко П.А., Сичинава Л.Г. Плацентарная недостаточность. М.: Медицина, 1991: 14–19.
4. Серов В.Н. Синдром задержки развития плода. *Рус. мед. журнал*. 2005; 13 (1): 31–33.
5. Серов В.Н. Диагностика и терапия плацентарной недостаточности. *Рос. мед. журнал*. 2002; 10 (7): 7–10.
6. Малевич Ю.К., Шостак В.А. Фетоплацентарная недостаточность. Минск: Беларусь, 2007: 109–124.
7. Кирющенко А.П. Влияние вредных факторов на плод. М.: Медицина, 1978.
8. Грищенко О.В., Лахно И.В., Зеленин Ю.В. Проблема современной фармакотерапии фетоплацентарной недостаточности. *Провизор*. 2001; 2: 34.
9. Макаров О.В., Козлов П.В., Насырова Д.В. Синдром задержки развития плода: современные подходы к фармакотерапии. *Рос. вест. акушера-гинеколога*. 2003; 3 (6): 18–22.
10. Ильенко Л.И., Марьяновский А.А., Гаращенко Т.И. и др. Комплексный биологический препарат «ТраумельС» и его использование в педиатрии. Информационное письмо. М.: РГМУ, 2004.
11. Ильенко Л.И., Холодова И.Н., Макарова А.В. Возможности гомеопатического метода лечения в реабилитации детей, перенесших внутриутробную гипоксию. *Биол. мед.* 2006; 2: 34–39.
12. Хайне Х. Значение антигемотоксической терапии в регуляторной медицине. *Биол. мед.* 2004; 10 (2): 4–9.
13. Общая терапия 2006–2007. Справочник по препаратам фирмы «Биологише Хайльмиттель Хеель». М.: Изд-во ЗАО «Арнебия», 2006: 214–284.
14. Ахмина Н.И. Антенатальное формирование здоровья ребенка. М.: «Медпресс-информ», 2005: 45–49.
15. Горячев В.В. Хроническая плацентарная недостаточность и гипотрофия плода. Саратов: изд-во Саратовского университета, 1990.
16. Никулина Д.М. Постгеномный этап изучения диагностически значимых белков. В кн.: Материалы научно-практической конференции с международным участием «Достижения фундаментальных наук в решении актуальных проблем медицины». Астрахань-Волгоград-М.: Изд-во Астраханской государственной медицинской академии, 2006: 17–18.
17. Петрова О.В., Анохина И.Ю., Матвеева Н.Ф. и др. Ферритин в тканях организма человека в разные сроки онтогенеза. Там же: 75–77.
18. Сидорова И.С., Макаров И.О. Методы исследования при беременности и в родах. М.: «Медпресс-информ», 2005: 69–76.