

Оцінка ефективності корекції вегетативних розладів та психоемоційного стану вагітних

В.В. Камінський, Р.Р. Ткачук

Національна медична академія післядипломної освіти Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини

Мета дослідження: вивчення клінічної ефективності запропонованого комплексу лікування, що містить унікальну комбінацію трьох активних речовин (гінкго білоба, омела біла, глід) у корекції вегетативних та психоемоційних розладів у вагітних з вегетативною дисфункцією.

Матеріали та методи. Для проведення та оцінювання лікування вагітні з встановленою вегетативною дисфункцією були розподілені на дві клінічні групи: основну (І група) та групу порівняння (ІІ група). Пацієнткам основної групи (n=30) призначали запропонований лікувальний комплекс. До групи порівняння увійшли 30 вагітних із вегетативними розладами, які були зіставними за віком, статтю, індексом маси тіла і отримували тільки стандартну медикаментозну терапію. Препарат вагітні вживали у дозі 20 крапель 3 рази на день. Курс комплексної терапії становив один місяць і повторювався 2 рази у першій та другій половині вагітності з інтервалом 4–6 тиж. Для оцінювання динаміки вираженості клінічних проявів вегетативного дисбалансу до та після проведеного лікування використовували опитувальник О.М. Вейна та показники кардіоінтервалографії. Рівень психоемоційного стану та психосоматичних розладів визначали за шкалою Спілберґера–Ханіна. **Результати.** За результатами запропонованої терапії особливо слід відзначити зменшення таких проявів вегетативної дисфункції, як головний біль, приливи, пітливість, втомованість, серцебиття, емоційна лабільність і безсоння. В основній групі відзначено підвищення розумової та фізичної активності і фонового настрою та зменшення загальної асенізації. Під впливом проведеної терапії суттєво зменшилась тяжкість проявів вегетативних розладів, покращився загальний стан вагітних, що підтверджується достовірним зменшенням кількості жінок основної групи з критичною сумою балів >25 за даними опитувальника О.М. Вейна – з 71,7% до 23,3%. Після проведеного курсу лікування у більшості вагітних основної групи за даними кардіоінтервалографії реєстрували нормотонічний стан вегетативного забезпечення, знизилася частота симпатикотонії і парасимпатикотонії. Після проведеного лікування у вагітних основної групи відзначено достовірне зростання відсотка вагітних з нормаадаптивним станом регуляторних систем з 48,3% до 86,6%, виражене зниження рівня тривожності та відновлення нормального психоемоційного фону. Застосування запропонованого комплексу сприяло покращанню перебігу вагітності та пологів у пацієнток основної групи порівняно з жінками ІІ групи.

Заключення. Лікування за запропонованою схемою дозволило знизити вираженість вегетативних розладів у вагітних, сприяло зниженню часток перинатальних ускладнень та покращанню перебігу пологів у пацієнток основної групи. Застосування призначеного лікувального комплексу у вагітних із синдромом вегетативної дисфункції справляє вегостабілізуювальний ефект разом із відсутністю побічних негативних ефектів, що суттєво розширює межі застосування запропонованої терапії у вагітних на різних термінах гестації.

Ключові слова: вегетативна дисфункція, психоемоційний статус, адаптація, вагітність, пологова діяльність, кардіоінтервалографія, гінкго білоба, омела біла, глід.

Вегетативна нервова система (ВНС) бере активну участь у процесах адаптації організму (в тому числі у період вагітності) та у патогенезі більшості соматичних захворювань [1, 2, 3]. Дисбаланс ланок ВНС з підвищенням активності симпатичної і пригніченням парасимпатичної її частин є закономірною реакцією симпатоадреналової системи (САС) на стрес та одним з патогенетичних механізмів виникнення серцево-судинних захворювань, у тому числі і у виникненні ускладнень під час вагітності, пологів і у постнатальний період [4].

Вегетативні розлади – термін, що об'єднує різноманітні за походженням і проявами порушення вегетативних функцій організму, які зумовлені розладом їхньої нейрогуморальної регуляції [5]. Активація САС приводить до змін у системі нейрогуморальної регуляції, що відіграє одну з ключових ролей у системі контролю артеріального тиску (АТ) і підтриманні гомеостазу кровообігу [6].

Незважаючи на те що вегетативна дисфункція (ВД) не є небезпечним захворюванням, проте вона значно знижує якість життя [7].

Вегетативні симптоми є функціональними розладами, які свідчать про проблеми особистості із середовищем, що у кожному окремому випадку є специфічними і різними за проявами. Вони можуть формувати соматичні захворювання, такі, як гіпертонічна хвороба, мозковий інсульт, інфаркт міокарда, цукровий діабет, бронхіальна астма, виразка шлунку та онкологія [8].

На сьогодні доведено, що виникла в дитячому або підлітковому віці ВД є несприятливим фоном і провісником багатьох захворювань. У дорослих наявність симптомів вегетосудинної дистонії вимагає, перш за все, виключення різних захворювань, перебіг яких супроводжується порушеннями функцій ВНС. Серед них різні хвороби ендокринних залоз (щитоподібної залози, надниркових залоз, порушення статевих сфер), психічні розлади (починаючи з неврозу, неврастенії і закінчуючи хворобами, що зумовлені значними змінами структур головного мозку) [19, 20]. Крім того, майже всі хронічні захворювання супроводжуються симптомами ВД [21]. Ось чому так необхідно своєчасне звернення до фахівця. У разі своєчасної корекції вегетативних розладів у 80–90% жінок нормалізуються сон і апетит, зникають або значно зменшуються кількість скарг, відновлюються адаптаційні можливості організму [22].

З проявами вегетативних розладів часто стикаються лікарі всіх спеціальностей. Це відбувається у міру того, що симптоми вегетативних пароксизмів можуть імітувати клініку багатьох соматичних, неврологічних і психічних захворювань. Однак і соматичні захворювання можуть супроводжуватись вегетативними пароксизмами. Незважаючи на те що вегетативні реакції є безпечними для життя і здоров'я пацієнта, подальше повторення нападів призводить до наростання рівня тривожності, погіршуючи якість життя хворих, зменшуючи їхню здатність до соціальної адаптації. Стан підвищеної тривожності та неспокою спричинює напруження, фіксацію на стресах, небажані стрес-реакції, закріплюється як «невротична» тривожність і сприяє розвитку інтрапси-

хічних конфліктів. «Хронічне» переживання тривоги фіксується у структурі особистості і негативно впливає на її життєдіяльність [5, 10, 11].

Оскільки синдром ВД (СВД) знаходиться на перетині неврології, кардіології та психіатрії, то часто постає питання про те, у якого фахівця і як лікувати ВД. На думку багатьох практичних лікарів, лише комплексний підхід до терапії може нормалізувати роботу ВНС і полегшити стан пацієнта [2, 12, 13].

Під час лікування ВД важливу роль відіграє фізична активність, яка чинить зміцнювальну дію на нервову систему, серце і судини. При цьому підвищується стійкість до стресів і працездатність, настрій і врівноваженість [9].

За даними аналізу літературних джерел, при легкому й середньому ступенях захворювання перевагу надають немедикаментозним методам, що включають:

- дотримання режиму дня з достатнім за тривалістю нічним сном і денним відпочинком,
- проведення ранкової гігієнічної гімнастики,
- заняття фізичною культурою або різними видами спорту,
- раціональне харчування (залежно від вихідного вегетативного тону характер харчування має свої особливості),
- психотерапію (індивідуальну, групову, сімейну) для корекції взаємозв'язку хворого з навколишнім середовищем,
- гідро- й бальнеотерапію (використання прісної води для обливань, обтирань, душів і ванн із додаванням різних ароматичних сполук, рослинних засобів, а також мінеральних вод, різних за складом),
- фізіотерапевтичні процедури,
- масаж,
- рефлексотерапію,
- фітотерапію [9, 14, 15, 16].

За твердженням відомих клініцистів, лікування ВД повинно ґрунтуватися на трьох основних принципах – етіологічному, патогенетичному та симптоматичному і проводиться на тлі базової терапії. Базова терапія при СВД серцево-судинної системи у вагітних жінок включає фармпрепарати для ліквідації неврологічних симптомів та з боку серцево-судинної системи [14, 17, 18].

У план медикаментозної корекції у першу чергу включають препарати етіологічної спрямованості. Патогенетичне лікування призначають з урахуванням функціонального стану ВНС. Так звані вегетотропні і судинно-метаболичні препарати, які раніше широко використовували для корекції вегетативних розладів, сьогодні практично не застосовують через їхню низьку ефективність. Згідно з протоколом надання медичної допомоги пацієнтам з НЦД, лікувальна програма включає призначення β -блокаторів та антиаритмічних препаратів [23, 24].

Розуміючи, що дисфункція ВНС є поняттям широкого змісту і проявляється різноманітністю клінічних проявів та представлена різними за етіопатогенезом патологічними станами, незаперечним є усвідомлення необхідності різних підходів до вибору лікувальних заходів, які були б патогенетично обґрунтованими. Зважаючи на знання того, що ВД є захворюванням, у походженні і в перебігу якого беруть участь психогенні компоненти з наявністю функціональних розладів будь-якої системи організму, переважно серця і судин, вибір лікувальної тактики повинен визначати лікар-інтерніст разом із психіатром. На сьогодні лікування соматоформних розладів включає широке коло лікувальних і профілактичних заходів, проте базисним напрямком є поєднання психотерапії та фармакотерапії [23].

Величезне практичне значення має той факт, що відповідні психічні розлади можуть не усвідомлюватися самим хворим або дисимулюватися. Хворі зазвичай опираються спробам обговорення можливості психологічної зумовленості

симптомів, навіть за наявності виражених депресивних чи тривожних проявів. Унаслідок цього базисним напрямком у лікуванні хворих із соматоформними розладами на сьогодні є психотерапія. Використовується практично увесь спектр сучасних форм і методів психотерапії. Однак, незважаючи на пріоритетність психотерапевтичної корекції, превалювання у клінічній картині соматовегетативних компонентів не дає можливості обійтися без медикаментозної терапії, оскільки в ініціальний період навіть жорсткі директивні методики не дозволяють одержати швидкого бажаного результату [25, 23].

Фармакотерапія соматоформних розладів припускає використання широкого спектра психотропних засобів – у першу чергу анксиолітиків, а також антидепресантів, ноотропних і нейролептичних препаратів. Однак застосування психотропних засобів у клініці соматоформних розладів має свої особливості. У разі призначення психотропних препаратів вагітним доцільно обмежуватися мототерапією з використанням зручних у застосуванні лікарських засобів. З огляду на можливість підвищеної чутливості, а також розвиток побічних ефектів, психотропні препарати слід призначати у низьких (порівняно з використовуваними у «великій» психіатрії) дозах. До вимог належать також мінімальний вплив на соматичні функції, масу тіла, поведінкову токсичність і урахування тератогенного ефекту препаратів, а також можливість застосування у період годування груддю.

Отже, розроблення і впровадження у медичну практику системних заходів з діагностики і лікування соматовегетативних розладів дасть змогу відмовитися від безпідставної курації, заощадити великі матеріальні ресурси у медичній галузі і суттєво вплинути на стан здоров'я населення.

Мета дослідження: вивчення клінічної ефективності запропонованого комплексу лікування, що містить унікальну комбінацію трьох активних речовин (гінґко білоба, омела біла, глід) у корекції вегетативних та психоемоційних розладів у вагітних з ВД.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

За результатами попередніх досліджень ознаки ВД виявлені у 60 (54,6%) обстежених жінок.

З метою медичної корекції психоемоційної дезадаптації вагітних призначена терапія, спрямована на нормалізацію вегетативного гомеостазу та психоемоційного стану вагітних і усунення несприятливих перинатальних наслідків. Початку терапії передувала скринінг із консультацією суміжних спеціалістів (терапевта), ретельний збір скарг та даних анамнезу, отримання інформованої згоди вагітної на участь у дослідженні.

Далі від вибору лікувальної тактики і медикаментозної терапії вагітні з ВД були рандомізовані на дві групи дослідження (основну і порівняння). Вагітним основної (I) групи (n=30) призначали запропонований лікувально-профілактичний комплекс. До групи (II) порівняння увійшли 30 вагітних із вегетативними розладами, які були зіставними за віком, статтю, індексом маси тіла і отримували симптоматичну медикаментозну терапію. Ведення вагітності та розродження жінок груп дослідження виконано згідно з чинними наказами МОЗ України.

Запропонований лікувально-профілактичний комплекс включав комбінований гомеопатичний фармацевтичний препарат, який містить унікальну комбінацію трьох активних речовин: гінґко білоба + омела біла + глід. Ретельно підібране поєднання активних речовин, що доповнюють одна одну, сприяє поліпшенню діяльності центральної та периферійної нервової, серцево-судинної та ендокринної систем, комплексно покращує мозкову, серцеву та периферійну мікроциркуляцію.

Розподіл вагітних із ВД залежно від індексу маси тіла (ІМТ), абс. число (%)

Контингент обстежуваних	ІМТ<25	25≤ІМТ<30	ІМТ>30
Основна група	24 (80,0)	4 (13,3)	2 (6,7)
Група порівняння	17 (56,7)	11 (36,7)	2 (6,7)

Симптоми вегетативних змін у обстежених вагітних за даними анкети О.М. Вейна, абс. число (%)

Ознаки вегетативних змін	До лікування	Після лікування	
		I група	II група
Схильність до зміни кольору шкіри обличчя (блідість або почервоніння) під час хвилювання	28 (46,7)	6 (20,0)	16 (53,3)
Оніміння або похолодання пальців рук, стоп, ніг	15 (25,0)	3 (10,0)	8 (26,7)
Блідість, почервоніння, синюшність пальців рук, ніг	13 (21,7)	2 (6,7)	7 (23,3)
Гіпергідроз (локальний або дифузний)	15 (25,0)	2 (6,7)	6 (20,0)
Серцебиття, «завмирання», відчуття зупинки серця	27 (45,0)	5 (16,7)	13 (43,3)
Відчуття утруднення під час дихання, браку повітря, прискорене дихання	47 (78,3)	3 (10,0)	23 (76,7)
Порушення функції травного тракту (схильність до закрепів, проносів, здуття, болю)	26 (43,3)	8 (26,7)	22 (73,3)
Переднепритомний стан	8 (13,3)	1 (3,3)	5 (16,7)
Головний біль	53 (88,3)	5 (16,7)	26 (86,7)
Зниження працездатності, швидка втомлюваність	56 (93,3)	10 (33,3)	29 (96,7)
Порушення сну (важкість засипання, поверхневий, неглибокий сон з частими пробудженнями)	41 (68,3)	7 (23,3)	24 (80,0)

Кількість балів в обстежених вагітних за даними анкети О.М. Вейна до та після лікування, абс. число (%)

Бали за анкету Вейна	До лікування	Після лікування	
		Основна група	Група порівняння
До 15	3 (5,0)	10 (33,3)	-
15–25	14 (23,3)	13 (43,3)	8 (26,7)
Більше 25	43 (71,7)	7 (23,3)	22 (73,3)

Запропонований комплекс знижує агрегацію еритроцитів, тромбоцитів і в'язкість крові, що приводить до поліпшення реологічних характеристик крові та швидкості кровотоку у капілярах. Під дією трьох активних речовин поступово стабілізується проникність клітинних мембран, нейтралізується дія вільних радикалів, поліпшується утилізація кисню і глюкози, нормалізується серцевий, мозковий і периферійний кровообіг, поліпшується метаболізм у тканинах усіх органів і систем [26].

Препарат вагітні вживали у дозі 20 крапель 3 рази на день. Курс комплексної терапії становив один місяць і повторювався двічі протягом вагітності з інтервалом 4–6 тиж. Жінки групи порівняння отримували стандартну вітамінотерапію, рекомендовану чинними нормативними документами у сфері акушерства та гінекології, або лікування, призначене суміжними спеціалістами.

Для оцінювання динаміки вираженості клінічних проявів вегетативного дисбалансу до та після проведеного лікування використовували опитувальник О.М. Вейна та показники кардіоінтервалографії. Рівень психоемоційного стану та психосоматичних розладів визначали за шкалою Спілбергера–Ханіна.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік обстежених вагітних I групи становив 31,2±3,6 року, II групи –32,4±4,8 року. Розподіл жінок за масою тіла також суттєво не відрізнявся (табл. 1).

У I групі ІМТ <25 кг/м², що відповідає нормальній масі тіла, встановлений у 24 (80%) вагітних, у II групі ІМТ <25 кг/м² відзначено тільки у 17 (56,7%) вагітних. Водночас ІМТ 25,0–29,9 кг/м² встановлений у 11 (36,7%) вагітних II групи, що значно більше, ніж в обстежуваних I групи. В обох групах ожиріння діагностоване у 2 (6,7%) жінок.

За даними співбесіди та об'єктивного огляду в обстежених вагітних виявлені скарги, які характеризують прояви ВД (табл. 2).

Під час детального аналізу скарг пацієнток встановлено, що основними ознаками ВД, виявленими в обстежених вагітних обох груп, були головний біль, зниження працездатності, порушення сну, відчуття браку повітря під час дихання. Так, *цефалгії* виявлені у 88,3% вагітних, зниження працездатності, швидка втомлюваність, розбитість спостерігалися у 93,3% вагітних, порушення сну – у 68,3% жінок, відчуття браку повітря під час дихання – у 78,3% опитуваних.

Динаміка показників ВСР у жінок групи дослідження до і після лікування

Показник	Норма	До лікування	Після лікування	
			Основна група	Група порівняння
SDNN, мс	55–65	28,6±1,03	55,4±1,96*	36,2±5,4
SI	30–120	299,0±22,7	102,9±4,9*	328,7±33,4
АМо, %		64,9±1,3	39,2±0,9*	67,3±1,9
LF, мс ²	300–700	773,3±81,6	212,6±14,3*	1124,2±134,8*
LF/HF	1,5–2,0	4,96±0,36	1,49±0,08*	5,42±0,61
RMSSD, мс	36,3–48,5	14,2±0,7	38,2±1,4*	16,5±1,1
pNN50, %	16–26	15,2±1,0	19,5±0,33*	10,4±2,3
HF, мс ²	300–700	114,8±12,5	250,7±20,1*	105,9±18,4
TP, мс ²	1500–3000	4133,6±79,4	3334,8±253,0*	1343,4±212,2
VLF, мс ²	700–1300	1822,3±278,2	680,4±35,9*	1467,4±198,4

Таблиця 5

Оцінка активності регуляторних систем в обстежених вагітних, абс. число (%)

Показник	До лікування	Після лікування	
		Основна група	Група порівняння
ПАРС 1-3	8 (13,3)	19 (63,3)	3 (10,0)
ПАРС 4-5	21 (35,0)	7 (23,3)	9 (30,0)
ПАРС 6-7	17 (28,3)	4 (13,3)	10 (33,3)
ПАРС 8-10	14 (23,3)	-	8 (26,7)

Установлені достовірні відмінності в обстежуваних жінок обох груп після призначеного курсу лікування. Під впливом запропонованої терапії особливо слід відзначити зменшення таких проявів ВД, як головний біль, приливи, пітливість, втомлюваність, серцебиття, емоційна лабільність і безсоння. В основній групі відзначено підвищення розумової та фізичної активності і фонового настрою та зменшення загальної астенизації (див. табл. 2). Відсутність суттєвої динаміки у лікуванні шлунково-кишкових розладів у пацієнок обох груп можна пояснити характерним для вагітності станом гіпотонії м'язів кишечника внаслідок ендокринних впливів та стиснення вагітної матки. У пацієнок групи порівняння клінічні ознаки вегетативних розладів супроводжували весь процес гестації, погіршуючи психологічний настрій та емоційний стан вагітних, створюючи фізичний дискомфорт та підвищуючи тривожність за стан свого здоров'я та здоров'я плода.

Порушення вегетативного статусу, за даними опитувальника Вейна, виявлено у 29 (96,7%) вагітних основної та у всіх жінок II групи.

Дані табл. 3 свідчать, що під впливом проведеної терапії суттєво зменшилась тяжкість проявів вегетативних розладів, відбулось покращання загального стану вагітних, що підтверджується достовірним зменшенням кількості жінок основної групи з критичною сумою балів >25 за даними опитувальника О.М. Вейна – з 71,7% до 23,3%. Водночас збільшилась кількість пацієнок з проміжною сумою балів 15–25 у I групі з 23,3% до 43,3%. Спостерігалася поява в основній групі 10 вагітних (33,3%) без проявів ВД після проведеного лікування. У групі порівняння, навпаки, протягом гестації відзначали поступове зменшення кількості пацієнок з кількістю балів від 15 до 25 та зростання кількості вагітних з патологічними показниками анкетування з 71,7% до 73,3%.

Аналіз ВСР у переважної більшості вагітних підтверджує наявність вегетативних розладів у всіх обстежуваних вагітних.

Так, показник SDNN, який характеризує сумарний ефект вегетативної регуляції кровообігу у вагітних до лікування, був нижчий від норми практично вдвічі (28,6 ± 1,03). Це свід-

чить про підвищену активність механізмів вегетативної регуляції для забезпечення гомеостазу та відновлення функціональних резервів організму.

Індекс напруження (SI) відображає ступінь централізації управління серцевим ритмом, є мірою психоемоційного напруження, свідчить про ступінь залучення організму у стрес. В обстежених жінок SI також значно перевищував допустиму норму і становив 299,0±22,7. Це свідчить, що вагітні з ВД знаходяться у стані стресу, який може призвести до різних функціональних розладів. У таких пацієнок можна очікувати шкідливої дії стрес-реалізуючих систем на органи, насамперед на циркуляторну систему.

До лікування у 80% вагітних відзначали різке посилення активності симпатичної нервової системи. Показники А Мо, LF та LF/HF значно перевищували нормативні значення, що свідчить про зміщення балансу вегетативної регуляції у бік гіперсимпатотонії у більшості пацієнок (табл. 4).

Показники RMSSD, pNN50% та HF, які характеризують активність парасимпатичної ланки вегетативної регуляції, до лікування були суттєво нижче нормативних значень (див. табл. 4), що свідчить про зниження мобілізуючого впливу парасимпатичного відділу ВНС на тлі переважання симпатичної регуляції.

Показник залучення всіх функціональних резервів організму під впливом центральної гіпоталамо-гіпофізарної регуляції (TP) свідчить про стан гіперергії, активації нижче розташованих рівнів управління та значний дисбаланс витрати життєвих сил у більшості обстежених жінок до лікування.

Рівень VLF, який характеризує активність нейрогуморальної регуляції, до лікування знаходився у межах 1822,3±278,2 мс².

Наведені показники свідчать про високий рівень гормональної модуляції регуляторних механізмів на тлі ВД в обстежуваних вагітних.

Динаміка показників ВСР до та після лікування виявилася статистично достовірною в основній групі (див. табл. 4).

Після призначеного лікування в основній групі відзнача-

Дослідження емоційно-вольової складової за опитувальником Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна, бали

Показник	До лікування	Після лікування	
		Основна група	Група порівняння
Ситуативна тривожність	45,2±4,6	36,4±6,3	51,7±8,7
Особистісна тривожність	62,3±5,1	42,8±2,5	69,6±3,2

ли зростання рівня SDNN до 55,4±1,96, що свідчить про відновлення функціональних резервів організму та вегетативної регуляції кровообігу на тлі терапії. У групі порівняння достовірного зростання даного показника не відзначено.

Як видно із даних табл. 4, показник індексу напруження після лікування в основній групі зменшився до норми (102,9±4,9), що свідчить про компенсацію стресових механізмів та відновлення функціонування регуляторних систем ВНС на тлі призначення запропонованої схеми. У II групі фіксували незначне зростання даного індексу протягом гестації, що може свідчити про декомпенсацію стресових впливів з можливим формуванням перинатальних ускладнень.

На тлі призначеної фармако-терапевтичної корекції в основній групі спостерігалось достовірне зниження показників Амо, LF та LF/HF та зростання RMSSD, рNN50% та HF, що свідчить про відновлення балансу симпатичних і парасимпатичних впливів та нормалізацію відновного потенціалу обох відділів ВНС. У групі порівняння зазначені показники під час контрольного обстеження свідчили про посилення напруження у функціонуванні ВНС та поглиблення ВД у процесі гестації.

Рівень загальної потужності спектра нейрогуморальної регуляції (TP) в основній групі знизився до 3334,8±253,0 мс², що свідчить про оптимальний режим функціонування регуляторних механізмів на тлі терапії. У II групі фіксували зниження даного показника до 1343,4±212,2 мс² протягом вагітності, що свідчить про тенденцію до гіпоергії, виснаження ресурсів управління та формування астеноневротичного стану.

Зменшення показника VLF у процесі лікування до 680,4±35,9 мс² свідчить про нормалізацію регуляторних механізмів з низьким рівнем гормональної модуляції в основній групі на тлі призначеного лікування. У групі порівняння показник VLF не мав достовірної динаміки, що свідчить про залучення незамінних ресурсів організму для регуляції гестаційного гомеостазу наприкінці вагітності.

Як видно із табл. 5, структура регуляторних характеристик в обстежуваних жінок під час первинного обстеження була представлена наступним чином: нормаадаптивний стан (ПАРС 1–5) – у 48,3% вагітних, гіперадаптивний (ПАРС 6–7) – у 28,3% жінок, гіпоадаптивний (ПАРС 8–10) – у 23,3% пацієнток.

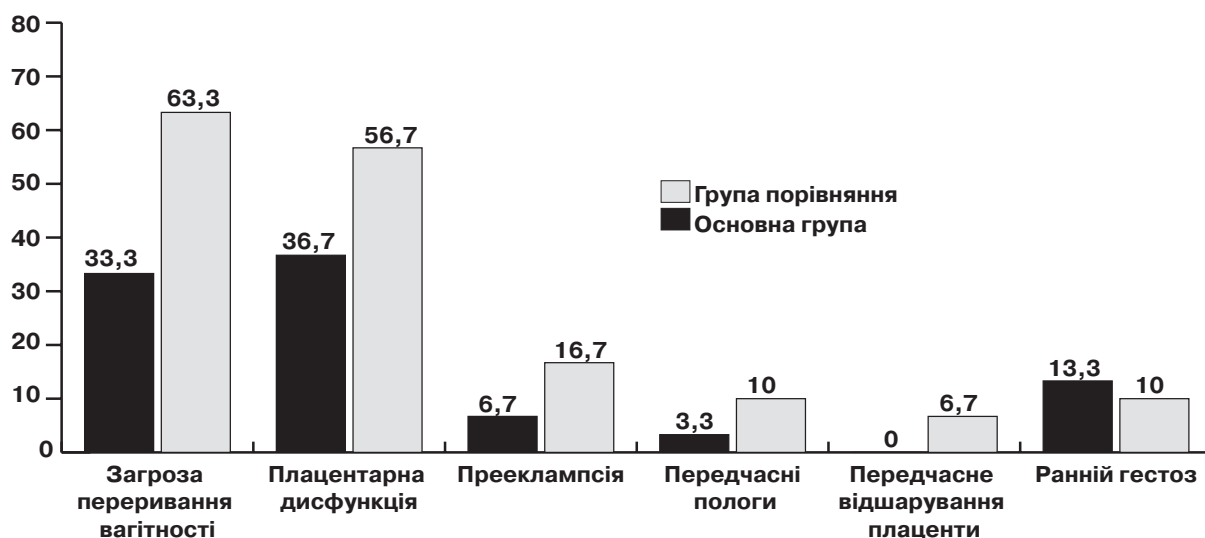
Після проведеного лікування у вагітних основної групи відзначене достовірне зростання відсотка вагітних з нормаадаптивним станом регуляторних систем з 48,3% до 86,6%. При цьому вагітних зі зривом адаптаційних механізмів в основній групі після лікування не виявлено, а кількість пацієнток з напруженням регуляторних систем зменшилась з 28,3% до 13,3%.

У групі порівняння після повторного дослідження стану регуляторних систем протягом вагітності відзначали збільшення кількості жінок з напруженням та зривом адаптаційних механізмів ВНС – з 51,6% до 60,0% та зменшення кількості вагітних з нормаадаптивним станом регуляції – з 48,3% до 40,0%.

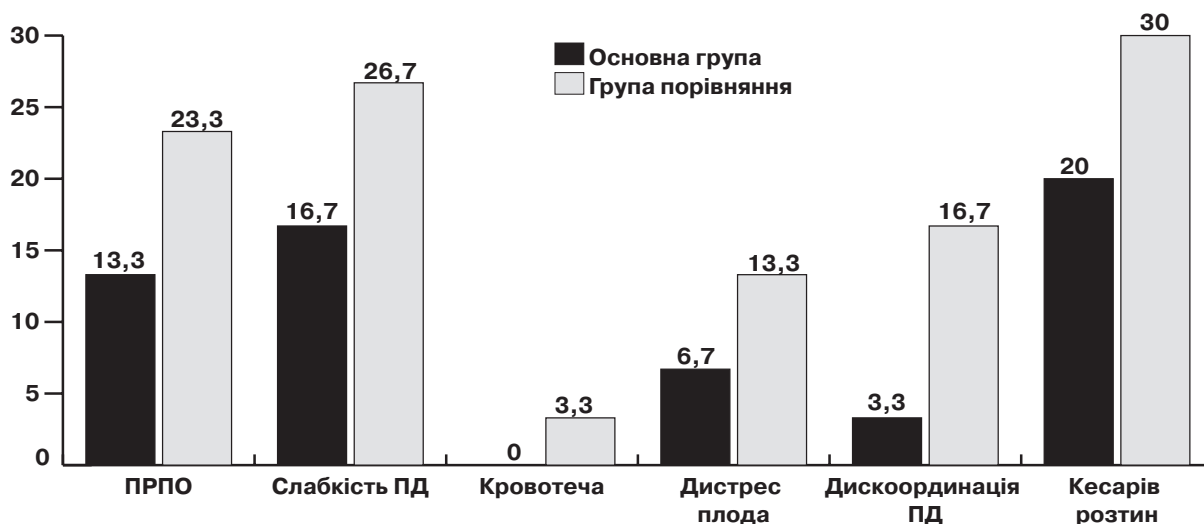
Отже, показники ВСП можна вважати маркерами ефективності терапії у вагітних з ВД.

Виявлено, що більшості вагітних з ВД притаманний високий рівень особистісної та ситуативної тривожності. Рівень ситуативної тривожності під час первинного обстеження становив 45,2±4,6 бала, особистісна тривожність при цьому становила 62,3±5,1 бала.

Як видно з табл. 6, відзначається виражене зниження рівня тривожності та відновлення нормального психоемоційного фону у вагітних основної групи після проведеного курсу терапії. Середній показник особистісної та ситуативної тривожності у жінок основної групи після проведеного лікування за даними опитувальника Спілбергера–Ханіна знизився до помірного рівня. У вагітних групи порівняння протягом періоду спостереження відзначені виражені зсуви в емоційній сфері з погіршенням показників, отриманих на початку дослідження. Рівень тривожності в обстежених жінок досяг високих показників протягом гестації.



Мал. 1. Перинатальні наслідки в обстежуваних групах вагітних, %



Мал. 2. Перебіг пологів в обстежених вагітних, %

Застосування запропонованого комплексу сприяло покращанню перебігу вагітності та пологів у пацієнток основної групи порівняно з жінками II групи.

Як видно із даних мал. 1, частота загрози переривання вагітності, плацентарної дисфункції, відшарування плаценти та гіпертензивних розладів у вагітних на тлі призначеного лікування практично вдвічі нижча від аналогічного показника у групі контролю. Ознаки плацентарної дисфункції виявлені в 11 (36,7%) вагітних основної групи та у 17 (56,7%) жінок II групи ($p < 0,05$). Передчасні пологи відбулись в 1 (3,3%) вагітної з основної групи проти 3 (10,0%) жінок з групи порівняння ($p < 0,05$). Передчасне відшарування плаценти не виявлене у вагітних основної групи, тоді як у II групі цей показник становив 6,7% ($p < 0,05$).

Розлади регуляторно-адаптаційних механізмів негативно позначились і на перебігу пологів у вагітних II групи. В обстежених жінок, які отримували призначену терапію, відзначена нижча частота ускладнень пологів (мал. 2).

Так, передчасний розрив плодових оболонок виявлений у 4 (13,3%) вагітних основної групи та у 7 жінок (23,3%) II групи ($p < 0,05$). На тлі призначеного лікування частота аномалій пологової діяльності істотно відрізнялась у пацієнток обох груп: дискоординовану пологову діяльність відзначали у 6,7% жінок основної групи проти 13,3% роділь групи порівняння ($p < 0,05$), слабкість пологової діяльності діагностована у 16,7% та 26,7% пацієнток відповідно ($p < 0,05$). Післяпологова кровотеча розвинулась в 1 (3,3%) жінки II групи. Ознаки дистресу плода виявлені у 2 (6,7%) вагітних основної групи проти 4 (13,3%) жінок групи порівняння ($p < 0,05$). Пологи закінчились кесаревим розтином у 6 (20%) вагітних I групи проти 9 (30%) роділь II групи ($p < 0,05$).

Наведені дані засвідчили нижчу частоту перинатальних ускладнень та дострокового розродження у зв'язку з їхнім прогресуванням, менший відсоток оперативного розродження, аномалій пологової діяльності, ранніх та пізніх післяпологових кровотеч у вагітних на тлі призначеного лікування.

ВИСНОВКИ

1. Отже, лікування за допомогою запропонованого лікувального комплексу сприяло зниженню вираженості вегетативних розладів у вагітних.

2. На тлі лікування відзначали зменшення симпатичної спрямованості вегетативних функцій, про що свідчать регрес клінічних проявів, нормалізація показників варіабельності

серцевого ритму та збільшення кількості жінок із нормотонією.

3. Під впливом проведеної терапії суттєво зменшилась тяжкість проявів вегетативних розладів, відбулось покращання загального стану вагітних за даними опитувальника О.М. Вейна. Спостерігалась поява в основній групі вагітних без проявів вегетативної дисфункції (ВД) після проведеного лікування. У контрольній групі, навпаки, протягом гестації відзначали поступове зростання відсотка вагітних з патологічними показниками анкетування.

4. Після застосування призначеного комплексу фіксували позитивну динаміку показників кардіоінтервалографії в обстежених вагітних, зокрема, відновлення функціональних резервів організму та вегетативної регуляції кровообігу, компенсацію стресових механізмів та відновлення функціонування регуляторних систем ВНС, відновлення балансу симпатичних і парасимпатичних впливів та нормалізацію відновного потенціалу обох відділів ВНС. У контрольній групі зазначені показники під час контрольного обстеження свідчили про посилення напруження у функціонуванні ВНС та поглиблення ВД у процесі гестації.

5. Після проведеного лікування у вагітних основної групи констатовано достовірне збільшення кількості вагітних з нормаадаптивним станом регуляторних систем. У контрольній групі після повторного дослідження стану регуляторних систем протягом вагітності відзначено збільшення кількості жінок з напруженням та зривом адаптаційних механізмів ВНС.

6. На тлі призначеної фармако-терапевтичної корекції у вагітних відзначене виражене зниження рівня тривожності та відновлення нормального психоемоційного фону.

7. Застосування запропонованого лікувального комплексу сприяло зменшенню перинатальних ускладнень та покращанню перебігу пологів у пацієнток основної групи.

8. Ураховуючи викладене вище, можна зробити висновок, що використання запропонованого комплексу у вагітних із синдромом ВД має вегетостабілізуювальний ефект разом із відсутністю побічних негативних ефектів, що суттєво розширює межі застосування запропонованої терапії у вагітних на різних термінах гестації.

9. Проведені дослідження свідчать про поліпшення функціонального стану хворих і їхніх адаптаційно-компенсаторних можливостей, що дозволяє вважати цей комплекс ефективним.

Оценка эффективности коррекции вегетативных расстройств и психоэмоционального состояния беременных

В.В. Каминский, Р.Р. Ткачук

The autonomic disorders and psychoemotional state correction during pregnancy

V.V. Kaminsky, R.R. Tkachuk

Цель исследования: изучение клинической эффективности предложенного комплекса лечения, который содержит уникальную комбинацию трех активных веществ (гинкго билоба, омела белая, боярышник) в коррекции вегетативных и психоэмоциональных расстройств у беременных с вегетативной дисфункцией.

Материалы и методы. Для проведения и оценки лечения беременные с установленной вегетативной дисфункцией были разделены на две клинические группы: основную (I группа) и группу сравнения (II группа). Пациенткам основной группы (n=30) назначали предложенный лечебный комплекс. В группу сравнения вошли 30 беременных с вегетативными расстройствами, которые не отличались по возрасту, полу, индексу массы тела и получали только стандартную медикаментозную терапию. Препаратам беременные принимали в дозе 20 капель 3 раза в день. Курс комплексной терапии составлял один месяц и повторялся 2 раза в первой и второй половинах беременности с интервалом 4–6 нед. Для оценки динамики выраженности клинических проявлений вегетативного дисбаланса до и после проведенного лечения использовали опросник А.М.Вейна и показатели кардиоинтервалографии. Уровень психоэмоционального состояния и психосоматических расстройств определяли по шкале Spielbergera–Ханина.

Результаты. По результатам предложенной терапии особенно следует отметить уменьшение таких проявлений вегетативной дисфункции, как головная боль, приливы, потливость, утомляемость, сердцебиение, эмоциональная лабильность и бессонница. В основной группе отмечено повышение умственной и физической активности и фонового настроения и уменьшение общей ассенизации. Под влиянием проводимой терапии существенно уменьшилась тяжесть проявлений вегетативных расстройств, улучшилось общее состояние беременных, что подтверждается достоверным уменьшением количества женщин основной группы с критической суммой баллов >25 по данным опросника А.М. Вейна – с 71,7% до 23,3%. После курса лечения у большей части беременных основной группы по данным кардиоинтервалографии регистрировали нормотоническое состояние вегетативного обеспечения, снизилась частота симпатикотонии и парасимпатикотонии. После проведенного лечения у беременных основной группы отмечено достоверное увеличение процента беременных с нормоадаптивным состоянием регуляторных систем с 48,3% до 86,6%, выраженное снижение уровня тревожности и восстановление нормального психоэмоционального фона. Применение предложенного комплекса способствовало улучшению течения беременности и родов у пациенток основной группы по сравнению с женщинами II группы.

Заключение. Лечение по предложенной схеме позволило снизить выраженность вегетативных расстройств у беременных, способствовало снижению частоты перинатальных осложнений и улучшению течения родов у пациенток основной группы. Применение предложенного лечебного комплекса у беременных с синдромом вегетативной дисфункции производит вегетостабилизирующий эффект наряду с отсутствием побочных негативных эффектов, существенно расширяет границы применения предложенной терапии у беременных на разных сроках гестации.

Ключевые слова: вегетативная дисфункция, психоэмоциональный статус, адаптация, беременность, родовая деятельность, кардиоинтервалография, гинкго билоба, омела белая, боярышник.

The objective: is to investigate the clinical efficacy of the proposed treatment complex, which contains a unique combination of 3 active substances (Ginkgo biloba, Omele white, Hedi) in correction of autonomic and psychoemotional disorders in pregnant women with autonomic dysfunction.

Materials and methods. Pregnant women with established autonomic dysfunction were divided into 2 clinical groups: the main (group I) and the comparison group (group II). Patients in the main group (n=30) were assigned the proposed treatment complex. The comparison group consisted of 30 pregnant women with autonomic disorders that did not differ by age, sex, body mass index, and received only standard drug therapy. The drug was given to pregnant women in a dose of 20 drops 3 times a day. The course of therapy was one month and repeated 2 times in the first and second half of the pregnancy at intervals of 4–6 weeks. To assess the autonomic state the Wein questionnaire and cardiointervalography indicators were used before and after the treatment. The psychoemotional state was determined by the Spielberger-Khanin scale.

Results. Under the influence of the proposed therapy, particular attention should be paid to the reduction of such manifestations of autonomic dysfunction as headache, tides, sweating, fatigue, palpitations, emotional lability and insomnia. The main group noted improvement in mental and physical activity, mood changes and a decrease in overall asthenia. The severity of autonomic disorders significantly decreased, an improvement in the general condition of pregnant women was observed after receiving the prescribed medication. A significant decrease in number of women of I group with a Wein score >25 was established – from 71.7% to 23.3%. After the course of treatment, according to cardiointervalography, in pregnant women of the main group the normotonic autonomic state was registered, the frequency of sympathotonia and parasympathotonia decreased. A significant increase from 48.3% to 86.6% of pregnant women with norm-adaptive regulatory state, marked reduction of anxiety and restoration of normal psycho-emotional state was noted in the I group after the treatment. The application of the proposed complex improved the course of pregnancy and childbirth in patients of the main group compared to women of the II group.

Conclusions. Treatment according to the proposed scheme reduced the severity of autonomic disorders, perinatal complications and improved the course of labor in patients of I group. Application of the offered medical complex in pregnant women with autonomic dysfunction has a stabilizing effect along with the absence of side effects, which significantly extends the scope of the proposed therapy in pregnant women at different gestational periods.

Key words: autonomic dysfunction, psychoemotional state, adaptation, pregnancy, labor, cardiointervalography, Ginkgo biloba, Omele white, Hedi.

Сведения об авторах

Каминский Вячеслав Владимирович – Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, Киевский городской центр репродуктивной и перинатальной медицины, 04210, г. Киев, проспект Героев Сталинграда, 16; тел.: (044) 411-92-33. E-mail: kagir@ukr.net

Ткачук Рома Романовна – Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, Киевский городской центр репродуктивной и перинатальной медицины, 04210, г. Киев, проспект Героев Сталинграда, 16; тел.: (044) 411-92-33. E-mail: rfrellyk@gmail.com

СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ

1. Аверко Н.Н. Функциональная сердечно-сосудистая патология / Н.Н. Аверко // Патология кровообращения и кардиохирургия. – 2010. – № 2. – С. 62–67.
2. Гоженко Е.А. Соматоформная вегетативная дисфункция у лиц молодого возраста в свете современных представлений об этиопатогенезе, диагностике и методах восстановительного лечения / Е.А. Гоженко // Медична гіроролія та реабілітація. – 2008. – Т. 6, № 2. – С. 12–33.
3. Хомутов А.Е. Анатомия нервной системы: учебное пособие / А.Е. Хо-
4. мутов, С.Н. Кульба. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2010. – 315 с.
4. Чаплінський Р.Б. Психосоціальні стресові чинники як фактор виникнення хвороб системи кровообігу /

- Р.Б. Чаплинский // Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. – 2012. – С. 298–306.
5. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / Под ред. В.Л. Голубева. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010. – 640 с.
6. Ахунова С. Практические аспекты метода суточного мониторирования артериального давления / С. Ахунова, И. Кирилук // Практическая медицина. – 2011. – № 3. – С. 104–112.
7. Брябрина Т.В. Невротические расстройства у лиц с соматоформной вегетативной дисфункцией // Вестник ЮУрГУ. – 2010. – № 17. – С. 18–22.
8. Боднар О.В. Літературний огляд досліджень психологічного статусу жінок при нормальному і патологічному перебігу вагітності. Частина перша // Вісник ОНУ ім. І.І. Мечникова. Психологія. – 2015. – Т. 20. – Вип. 4 (38). – С. 18–28.
9. Цюпак Т. Використання засобів реабілітації у відновлюючому лікуванні хворих на нейроциркуляторну дистонію / Тетяна Цюпак, Оксана Дрозд // Молодіжний міжнародний науковий вісник. – 2013. – С. 73–79.
10. Веньовцева Н.Ю. Адаптаційний ресурс як провідний показник вибору стратегій та оцінки ефективності медико-психологічного супроводу підлітків із соматоформною вегетативною дисфункцією серцево-судинної системи на етапі стаціонарного лікування / Н.Ю. Веньовцева // Укр. вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22. – Вип. 4 (81). – С. 63–66.
11. Гиршеева Е.М. Циркадные особенности симпатико-парасимпатического взаимодействия по данным спектральных составляющих ритма сердца у беременных и родильниц в перинатальном периоде / Е.М. Гиршеева, А.Н. Ерохина // Вестник новых медицинских технологий. – 2014. – Т. 21, № 1. – С. 21–25.
12. Дубинина Е.А. Психическая адаптация при сердечно-сосудистых заболеваниях: феноменология, динамика, прогноз: учеб. пособие / Е.А. Дубинина; научная редакция А.Н. Алехин; РГПУ им. А.И. Герцена. – СПб.: ООО «Копи-РГрупп», 2013. – 88 с.
13. Животовська Л.В. Психотерапевтична тактика при соматоформних розладах в системі гештальт-моделі / Л.В. Животовська // Таврический журнал психиатрии. – 2013. – Т. 16, № 3 (64). – С. 127–131.
14. Завальная Е.П. Монотерапия препаратами Гинкго Билобы в лечении вегетативно-сосудистых расстройств у женщин в период пре- и менопаузы / Е.П. Завальная, О.Л. Тондй // Украинский вестник психоневрологии. – 2012. – Т. 20. – Вип. 3 (72). – С. 96.
15. Золотарева Т.А. Использование вегетативных показателей в алгоритме оценки переносимости бальнеотерапии на этапе санаторно-курортного лечения / Т.А. Золотарева, В.С. Бусова, А.А. Крокос // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2007. – № 2. – С. 11–13.
16. Потапов В.А. Нормоменс – оптимальная натуропатическая рецептура лечения предменструального синдрома / В.А. Потапов // Здоровье женщины. – 2014. – № 6 (92). – С. 137–142.
17. Літовченко Т.А. Лікування неврологічних розладів у жінок в період прета менопаузи з використанням комплексних гомеопатичних препаратів / Т.А. Літовченко, О.Л. Тондй, О.П. Завальна // Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини. – 2014. – № 1. – С. 22–29.
18. Медведев В.Э. Нейроциркуляторная дистония (кардионевроз): междисциплинарный подход к диагностике и терапии / В.Э. Медведев // Атмосфера. Нервные болезни. – 2010. – № 3. – С. 2–6.
19. Подзолков В. И. Состояние вегетативного статуса и его взаимосвязь с гуморальными факторами у женщин в менопаузе / В.И. Подзолков, А.Е. Брагина, Е.К. Панферова // Системные гипертензии. – 2010. – № 4. – С. 62–66.
20. Сюсюка В.Г. Стан процесів пероксидації у вагітних із соматоформною дисфункцією вегетативної нервової системи // Патологія. – 2013. – № 3 (29). – С. 16–18.
21. Филинов А.Г. Функциональное состояние вегетативной нервной системы при нормально протекающем гестационном процессе / А.Г. Филинов, Л.Б. Брагина // Медицинский альманах. – 2012. – № 5 (24). – С. 55–58.
22. Психологическая адаптация женщин во время беременности и после родов / А.Н. Рыбалка, И.С. Глазков, И.Б. Глазкова [и др.] // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2011. – № 33 (42). – С. 45–49.
23. Соколов С.А. Алгоритм объективной оценки результатов лечения больных с нейроциркуляторной дистонией: обоснование и опыт применения / С.А. Соколов // Рос. медико-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. – 2010. – № 4. – С. 104–109.
24. Соматоформные расстройства в практике семейного врача / В.Ю. Приходько, И.Р. Микропуло, М.В. Олейник [и ін.] // Медичні перспективи. – 2013. – № 3. – С. 5–7.
25. Несукай Е.Г. Диагностика и лечение дисфункции вегетативной нервной системы у женщин с климактерическим синдромом / Е.Г. Несукай // Укр. кард. журнал. – 2012. – № 1. – С. 52–57.
26. «For the support of blood flow – Cefavora». Results of a multicentre drug monitoring». Jurgen Hartmann Verlag GmbH, D-91093 Heldorf-Klebheim. Fditorial staff: A. Bauer, B. Blunck. Enclosure to DBI – Der Bayerische Internist 4/08, August/September/ – 2008.

Статья поступила в редакцию 01.11.2018