

Література

1. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности / Сидельникова В.М. – М.: Триада, 2002. – 304с.
2. Макацария А.Д. Профилактика повторных осложнений беременности в условиях тромбофилии/ А.Д. Макацария, В.О. Бицадзе.: Руководство для врачей. М.: Триада, 2008. – 152 с.
3. Макацария А.Д. Антифосфолипидный синдром и генетические тромбофилии: роль в патогенезе основных акушерских осложнений //А.Д. Макацария Российские медицинские вести. – 2004. – №2. – С. 63-67.
4. Мондоева С.С. Тромбофилия и потеря беременности / С.С. Мондоева, Г.А. Суханова, Н.М. Подзолкова и др. // Тромбоз, гемостаз и реология. – 2009. – № 3. – С. 21-28
5. Наказ МОЗ України №624 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».

УДК 616-071 + 616-092 + 618.29 + 616.12-008.331.1

І.І. Гудивок, Л.В. Михайлик-Пішак

ДИНАМІКА ЗМІН ПОКАЗНИКІВ ОРГАННОГО ТА ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКУ У ВАГІТНИХ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НА ФОНІ ДОПОВНЕНОГО ЛІКУВАННЯ

Івано-Франківський національний медичний університет

ДИНАМІКА ЗМІН ПОКАЗНИКІВ ОРГАННОГО ТА ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКУ У ВАГІТНИХ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НА ФОНІ ДОПОВНЕНОГО ЛІКУВАННЯ. Метою роботи було дослідити зміни показників органного та плацентарного кровотоку у вагітних з гіпертонічною хворобою (ГХ) на фоні основних гіпотензивних середників та при додаванні препарату "Глутаргін". В обстеження входило вимірювання показників ритмограм, показників центральної та периферійної гемодинаміки, плацентарного кровотоку. Отримані показники ритмограм в обох групах після лікування достовірно відрізнялися від таких до лікування, але їх вірогідність після доповненої диференційованої терапії значно більша, порівняно з контрольною групою після загальноприйнятої терапії. Відмічено позитивну динаміку «нічних» рівнів як САТ, так і ДАТ. Зниження «нічних» значень АТ свідчить про нормалізацію гемодинаміки із збільшенням тривалості антигіпертензивної дії застосованих середників протягом активного і пасивного періоду доби, за рахунок регуляції тону парасимпатичної нервової системи з застосуванням доповненої диференційованої терапії. Результати досліджень вказують, що доповнена диференційована терапія глутаргіном суттєво покращує плацентарний кровоток у вагітних з ГХ, а також кровоток у внутрішній сонній артерії плода. Прийом гіпотензивних препаратів у вагітних з ГХ I –II ст. слід поєднувати з глутаргіном, який дає ефект покращення основних показників органного та плацентарного кровотоку.

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОРГАННОГО И ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НА ФОНЕ ДОПОЛНЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ. Целью работы было исследовать изменения показателей органного и плацентарного кровообращения у беременных с гипертонической болезнью (ГБ) на фоне основных гипотензивных препаратов и при добавлении препарата "Глутаргин". В обследовании включались измерение показателей ритмограм, показатели центральной и периферической гемодинамики, плацентарного кровообращения. Полученные результаты ритмограм в обеих группах после лечения достоверно отличаются от таких до лечения, но их вероятность после дополненной дифференцированной терапии значительно больше, чем по сравнению с контрольной группой после общепринятой терапии. Отмечено положительную динамику «ночных» уровней как САД, так и ДАД. Снижение «ночных» показателей АД свидетельствует о нормализации гемодинамики и увеличении продолжительности антигипертензивного действия применяемых препаратов на протяжении активного и пассивного периода суток, за счет регуляции тонуса парасимпатической нервной системы с использованием дополненной дифференцированной терапии. Результаты исследований показывают, что дополненная дифференцированная терапия глутаргином значительно улучшает плацентарный кровоток у беременных с ГБ, а так же кровоток во внутренней сонной артерии плода. Назначение гипотензивных препаратов беременным с ГБ I –II ст. следует совмещать с глутаргином, который дает эффект улучшения основных показателей органного и плацентарного кровообращения.

DYNAMICS OF INDICES CHANGES OF THE ORGAN AND PLACENTA BLOOD SUPPLY IN PREGNANT WOMEN WITH HYPERTENSIVE DISEASE ASSOCIATED WITH THE COMPLEMENTED TREATMENT. The aim of the work was to investigate the indices changes of the organ and placenta blood supply in pregnant women with hypertensive disease (HD) associated with basic hypotension substances and using the drug glutargin. The examination included measuring of the rhythmograms, indices of the central and peripheral geodynamics, and the placenta blood supply. The obtained results of rhythmograms in both groups after the treatment were quite different from those before treatment, but their chances after the complemented differentiated therapy were considerably higher in comparison with the control group after the general therapy. The positive dynamics of the «night» levels both of the systolic arterial pressure

and diastolic arterial pressure was noticed. The decrease of the «night» arterial pressure testifies the normalization of geodynamics with the increase of the duration of antihypertensive action of the medicines during the active and passive periods of the day due to the regulation of the parasympathetic nervous system tonus with the applying of the complemented differentiated therapy. The results of the investigation show that the complemented differentiated therapy with the glutargin usage improves the placenta blood supply in pregnant women suffering from HD, and it also improves the blood supply in the internal carotid artery of the fetus. Patients with HD of the 1-st and 2-nd levels should take hypotensive drugs in combination with glutargin as it improves the indices of the organ and placenta blood supply.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, кровотік, вагітність.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, кровообращение, беременность.

Key words: hypertensive disease, blood supply, pregnancy.

ВСТУП. Проблема корекції показників органного та плацентарного кровотоку у вагітних з гіпертонічною хворобою (ГХ) пов'язана з нестійкістю та швидкою зміною регуляторних систем підтримки стійких параметрів судинного тонусу, що, в свою чергу, змінює показники плацентарного кровотоку. Зі збільшенням ступеня тяжкості ГХ відмічається прогресивне порушення геодинаміки в системі мати-плацента -плід [1]. На сьогодні основними гіпотензивними середниками є застосування як препарату вибору метилдопу, залежно від тяжкості перебігу можливе застосування вазодилататорів міотропної дії, β -адреноблокаторів та антагоністів кальцію дигідропіридинового ряду [2,3]. Найбільш вивченими і добре зарекомендованими є антигіпертензивні препарати у вагітних з ГХ «Ніфедипін» і кардіоселективні β -адреноблокатори, ефективність і безпечність яких доведена багатьма дослідженнями [4-5]. Поряд з цими препаратами нами в доповнену терапію було включено препарат «Глутаргін».

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ. Нами обстежено 90 вагітних з ГХ I-II ступеня тяжкості, розділених на 2 групи. Вагітним другої (основної) групи поряд із застосуванням основних гіпотензивних середників, призначали препарат «Глутаргін». У вагітних вимірювали показники ритмограм, показники центральної та периферійної гемодинаміки, плацентарний кровотік.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Як показав аналіз спектральних показників ритмограм, у всіх обстежених нами вагітних з ГХ після проведеного лікування реєстрували вірогідне збільшення потужності хвиль порівняно з такими до лікування. Середня частота повільних хвиль першого порядку (LF) у вагітних з групи порівняння після приймання традиційної терапії при ГХ I ст. збільшилась в 1,02 раза, при ГХ II – 1,08 раза, ($p < 0,05$). Після отриманого доповненого диференційованого лікування (LF) при ГХ I ст. збільшилась в 1,2 при ГХ II ст. – в 1,23 раза. Середнє значення частоти хвиль другого порядку (VLF) у вагітних з групи порівняння при ГХ I ст. збільшилась в 1,01 раза, при ГХ II ст. – в 1,02 рази ($p < 0,01$). Після отриманого доповненого диференційованого лікування (VLF) при ГХ I ст. збільшилось в 1,08 ($p < 0,01$), при ГХ II ст. збільшилось в 1,1 раза ($p < 0,001$).

Оцінюючи потужність високочастотної складової спектра серцевого ритму (дихальні хвилі, HF) після проведеної традиційної терапії, ми констатували у вагітних з ГХ I ст. їх збільшення на 1,5%, при ГХ II ст. на 7,1% ($p < 0,05$). Після проведення доповненої диференційованої терапії HF у вагітних з ГХ I ст. збільшилась на 19,3%, при ГХ II ст. – на 22,2 % ($p < 0,01$).

Характеризуючи величину індексу напруги регуляторних систем (ІБ) ми відмітили, що його величина після лікування у вагітних з ГХ групи порівняння базовими препаратами достовірно відрізнялась від такого до лікування при ГХ I ст. становила $132,1 \pm 11,32$ проти $134,1 \pm 13,16$; при ГХ II ст. $135,6 \pm 10,63$ проти $137,2 \pm 11,54$ ($p < 0,05$), що вірогідно відрізнялось від значення ІБ, реєстрованого у ФВ ($p < 0,01$). Після проведеної доповненої диференційованої терапії ІБ у вагітних основної групи зменшувався і достовірно відрізнявся від такого до лікування (при ГХ I ст. дорівнювало $124,7 \pm 11,25$ проти $133,9 \pm 13,14$, при ГХ II ст. – $124,4 \pm 10,74$ проти $136,9 \pm 11,53$ ($p < 0,01$)).

Отже, на основі аналізу спектральних і часових показників ритмограм вагітних з ГХ можна констатувати, що після застосування традиційної терапії у всіх обстежених нами вагітних з ГХ перебіг захворювання супроводжується вираженим дисбалансом вегетативної регуляції і після закінчення курсу лікування. У вагітних з ГХ після застосування доповненої диференційованої терапії на фоні незначного зростання активності симпатичного відділу ВНС нами реєструвалося суттєве посилення тонусу парасимпатичного відділу ВНС, що підтверджувалось збільшенням амплітуди дихальних хвиль (HF).

Застосування традиційної терапії у лікуванні вагітних з ГХ не забезпечує нормалізації зміненого тонусу відділів ВНС, показники напруги якого після закінчення лікування суттєво не відрізняються від таких у вагітних з ГХ до лікування. Разом з тим застосування доповненої диференційованої терапії у лікуванні вагітних з ГХ основної групи забезпечує нормалізацію зміненого тонусу відділів ВНС, показники напруги якого після закінчення лікування суттєво відрізняються від таких у вагітних з ГХ до лікування.

Як показав аналіз основних показників центральної та периферійної гемодинаміки, у всіх

обстежених нами вагітних з ГХ після проведення лікування реєстрували вірогідне їх зменшення порівняно з такими до лікування: середня ЧСС за 1 хв у вагітних з ГХ I ст. після проведеної загальноприйнятої терапії становила $(81,9 \pm 2,62)$ проти $(83,5 \pm 2,43)$ пш/хв; при ГХ II ст. – $(86,1 \pm 3,86)$ проти $(88,6 \pm 2,14)$ пш/хв ($p < 0,05$). Після проведеної доповненої диференційованої терапії у вагітних з ГХ I ст. ЧСС знизилась до $(78,4 \pm 2,32)$ проти $(83,8 \pm 2,45)$ пш/хв, при ГХ II ст. – $80,1 \pm 2,42$ проти $88,9 \pm 2,16$ ($p < 0,01$). Таким чином, отримані показники ЧСС в обох групах після лікування, достовірно відрізнялися від такого до лікування але їх вірогідність після доповненої диференційованої терапії значно більша, порівняно з контрольною групою після загальноприйнятої терапії.

СерАТ (мм рт. ст.) у вагітних з ГХ I ст. після проведеної загальноприйнятої терапії становив $(98,7 \pm 2,43)$ проти $(102,3 \pm 2,34)$ мм рт.ст.; при ГХ II ст. – $(110,1 \pm 2,42)$ проти $(114,9 \pm 2,51)$ мм рт.ст. ($p < 0,05$). Після проведеної доповненої диференційованої терапії у вагітних з ГХ I ст. САТ знизився до $(95,1 \pm 2,43)$ проти $(103,9 \pm 2,32)$ мм рт.ст.; при ГХ II ст. – до $(99,3 \pm 2,42)$ проти $(115,9 \pm 2,57)$ мм рт.ст. ($p < 0,01$). Таким чином, отримані показники САТ в обох групах після лікування достовірно відрізнялись від таких до лікування, але статистична вірогідність після доповненої диференційованої терапії значно вища порівняно з контрольною групою загальноприйнятої терапії.

Серцевий індекс (СІ) у вагітних з ГХ I ст. після проведеної загальноприйнятої терапії становив $(3,59 \pm 0,14)$ проти $(3,61 \pm 0,13)$ л/хв-м²; при ГХ II ст. – $(3,86 \pm 0,15)$ проти $(3,91 \pm 0,15)$ л/хв-м² ($p < 0,05$). Після проведеної доповненої диференційованої терапії у вагітних з ГХ I ст. СІ знизився до $(3,48 \pm 0,13)$ проти $(3,63 \pm 0,13)$ л/хв-м²; при ГХ II ст. – $(3,54 \pm 0,13)$ проти $(3,93 \pm 0,15)$ л/хв-м² ($p < 0,01$).

Загальний периферійний опір судин (ЗПОС) у вагітних з ГХ I ст. після проведеної загальноприйнятої терапії становив $(2041,4 \pm 21,24)$ проти $(2075,2 \pm 23,13)$ дин с см³; при ГХ II ст. – $(2095,8 \pm 22,15)$ проти $(2113,5 \pm 24,23)$ дин с см³ ($p < 0,05$). Після проведеної доповненої диференційованої терапії у вагітних з ГХ I ст. ЗПОС знизився до $(1745,5 \pm 38,34)$ проти $(2079,3 \pm 53,43)$ дин с см³, при ГХ II ст. – до $(1986,3 \pm 31,24)$ проти $2118,2 \pm 24,31$ дин с см³ ($p < 0,01$).

Таким чином, нами встановлено, що значення СІ і ЗПОС достовірно покращується, а тип гемодинаміки змінюється шляхом зниження ЗПОС без зниження СІ під впливом запропонованого диференційованого доповнення до традиційного лікування.

Встановлено, що на тлі застосування традиційної терапії і доповненої диференційованої терапії відмічалась позитивна динаміка до змен-

шення рівнів АТ в обох дослідних групах. Середньодобові значення САТ мали однаковий зміни в обох групах, хоча різної інтенсивності; статистична достовірність після доповненої диференційованої терапії значно вища порівняно з контрольною групою. Останнє можливо пов'язано з тим, що при зниженні частоти мінімальних значень АТ в обох групах, в групі порівняння відмічалась тенденція до незначного зниження його максимальних значень у нічний час ($p < 0,01$).

Середньодобові значення ДАТ знизились в обох групах, наближаючись до бажаного рівня. Статистична достовірність після доповненої диференційованої терапії вища ($p < 0,001$) порівняно з контрольною групою загальноприйнятої терапії ($p < 0,01$) за рахунок зниження мінімальних значень ДАТ в обох групах.

При аналізі показників САТ_{дн} та ДАТ_{дн} виявлено тенденцію до зниження під впливом традиційної терапії ($p < 0,01$) та доповненої диференційованої терапії ($p < 0,001$) в обох групах. Відмічено позитивну динаміку «нічних» рівнів як САТ, так і ДАТ. Зниження «нічних» значень АТ свідчить про нормалізацію гемодинаміки із збільшення тривалості антигіпертензивної дії застосованих середників протягом активного і пасивного періоду доби за рахунок регуляції тону парасимпатичної нервової системи з застосуванням доповненої диференційованої терапії ($p < 0,001$).

Результати досліджень вказують, що доповнена диференційована терапія глутаргіном суттєво покращує плацентарний кровотік у вагітних з ГХ. Так, у вагітних з ГХ I ст. II групи відмічається зменшення СДС в МА на 7,5% ($p < 0,05$) порівняно з I гр. 1,5%, з ГХ II ст. – на 5,2% ($p < 0,05$) порівняно з I гр. 1,4%. Значення ІР в МА змінювалося таким чином: у вагітних з ГХ I ст. II гр. зменшувалося на 20% ($p < 0,01$) проти 3,1% в I гр., з ГХ II ст. – на 16,9% ($p < 0,01$) проти 4,3% в I гр. Величина ПІ в МА також знижувалась: при ГХ I ст. II гр. – на 9,7% ($p < 0,05$), тоді як в I гр. лише на 3,7%, при ГХ II ст. – на 8,8% ($p < 0,05$), тоді як в I гр. лише на 2,9%.

При проведенні аналізу дослідження кровотоку в пуповинній артерії виявлено достовірне зменшення СДС, ІР та ПІ у вагітних з ГХ, котрі отримували доповнену диференційовану терапію глутаргіном. У вагітних з ГХ I ст., що отримували традиційну терапію, доповнену глутаргіном, відмічається зменшення СДС в ПА на 3,7% ($p < 0,05$) проти 1,3% у вагітних з традиційною терапією, з ГХ II ст. – на 3,1% ($p < 0,05$) проти 1,2% відповідно ($p < 0,05$) порівняно проти 1,1% у вагітних з традиційною терапією. Показники ІР в ПА знижувались так: у вагітних з ГХ I ст. II гр. – на 12,3% ($p < 0,01$) проти 4,2% I гр., при ГХ II ст. – на 14,5% ($p < 0,01$) проти 5,0% I гр. Значення ПІ в ПА

змінювалися таким чином: при ГХ I ст. II гр. зменшився на 9,7% ($p < 0,05$) проти 3,0% I гр., при ГХ II ст. – на 7,4% ($p < 0,05$) проти 2,8% I гр.

Кровотік у внутрішній сонній артерії плода при ГХ у вагітних достовірно покращувався при отриманні доповненої диференційованої терапії глутаргіном. Так, СДС: при ГХ I ст. зростає на 4,1% ($p < 0,05$) у вагітних II гр. порівняно з вагітними I гр., де спостерігалось зростання на 0,6%; при ГХ II ст. – на 6,6% ($p < 0,05$) проти 1,1%. Величина ІР також зростала: при ГХ I ст. – на 7,9% ($p < 0,05$) проти 1,3%; при ГХ II ст. – на 10,9% ($p < 0,05$) проти 2,7%. Значення ПІ знижувалося при ГХ I ст. у вагітних II гр. – на 6,2% ($p < 0,05$) проти 1,8%; при ГХ II ст. – на 7,8% ($p < 0,05$) проти 1,7%.

ВИСНОВКИ. 1. Результати проведених досліджень свідчать про достовірну ефективність

застосованої диференційованої комплексної терапії при індивідуальному підході до вибору середників залежно від типу гемодинаміки у вагітних з ГХ.

2. Застосування глутаргіну в комплексній терапії вагітних з ГХ I –II ст. помітно покращує показники гемодинаміки та плацентарного кровотоку, що сприятливо впливає на перебіг гестації та внутрішньоутробний розвиток плода.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО ДОСЛІДЖЕННЯ. Раціональним є продовження дослідження з виявленням показників утробного стану плода та новонародженого у вагітних з гіпертонічною хворобою. Впровадження застосування препарату з ранніх термінів вагітності з метою попередження ранніх гестаційних ускладнень.

Література

1. Кулаков В.И. Репродуктивное здоровье населения России / В.И. Кулаков // Акушерство и гинекология. – 1998. – №5. – С. 3 – 6.

2. Guidelines Committee. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertension. – 2003. – №21. (6) – С. 1011 – 1153.

3. Профилактика, диагностика и лечение первичной артериальной гипертензии. Российские рекомендации (второй пересмотр) – 2004. – 20с.

4. The safety of calcium channel blockers in human

pregnancy: a prospective, multicenter cohort study / Magee L.A., Schick B., Donnemfeld A.E. [et al.] // Am J Obstet Gynecol. – 1996. – №174. – С. 823 – 828.

5. Bortolus R. Nifedipini administered in pregnancy: effect on the development of children at 18 months / Bortolus R., Ricci E., Chatenoud L., Parazzini F // BJOG. – 2000. – № 107(6) – С. 792 – 794.

6. Wichman K. Placebo-controlled trial of metoprolol in the treatment of hypertension in pregnancy / Wichman K., Ryulden G., Karberg B.E. // Scand J Clin Lab Invest. – 1984 – № 169. – С. 90 – 94.

УДК 618.33-007.213-085.316.612

К.З. Шарашидзе, Л.В. Потапова, Е.В. Горбатовська, А.О. Щедров

КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ ТА БІОХІМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ СИНДРОМІ ЗАТРИМКИ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ ПЛОДА

Харківський національний медичний університет

КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ ТА БІОХІМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ СИНДРОМІ ЗАТРИМКИ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ ПЛОДА. Проведено аналіз 68 спостережень вагітних з синдромом затримки внутрішньоутробного розвитку плода, що показав його патологічний вплив на перебіг вагітності, на формування перинатальної патології плода, патологічні зміни ЦНС новонароджених. Вивчали клінічний акушерсько-гінекологічний статус, імунологічний статус, обмін ліпідів. Встановлено, що основним патологічним чинниками формування перинатальної патології плода при синдромі затримки внутрішньоутробного розвитку плода є імунопатологічні зміни, а також метаболічні порушення. Показано, що включення препарату "Гемокорд" до комплексу лікувально-профілактичних заходів при синдромі затримки внутрішньоутробного розвитку плода дозволяє нормалізувати імунореактивність вагітної і запобігти розвитку неврологічних порушень у новонароджених.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЕРЕНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ. Проведен анализ 68 наблюдений беременных