

При дослідженні показників системи гемостазу виявлено, що при ожирінні I ступеня відзначаються порушення тільки на рівні судинно-тромбоцитарної ланки (гіперагрегація тромбоцитів з колагеном), було відзначено зростання показника з 100,2+4,3 % до 120,6+4,7 %, $p < 0,05$). По мірі наростання ступеня ожиріння виникали порушення коагуляційного гемостазу та антикоагулянтної системи. У вагітних з АКО II ступеня відбувалося скорочення часу згортання, часу рекальцифікації, відзначалася тенденція до зростання протромбінового індексу та рівня фібриногену. Це свідчить про наявність гіперкоагуляційних зрушень по зовнішньому та внутрішньому шляхах згортання, що при підвищеному тромбіновому часі указує на розвиток хронічного синдрому ДВЗ і призводить до порушення мікроциркуляції, змін гемореології. Спостерігається декомпенсація антикоагулянтної системи, активність антитромбіну III достовірно знижується (з $107,5 \pm 2,3$ % до $94,1 \pm 1,1$ %, $p < 0,01$).

Антитромбін III, що є основним інгібітором тромбіну і кофактором гепарину, бере участь в підтримці оптимального агрегантного стану крові, нейтралізує коагулянти, запобігає процесам внутрішньосудинного згортання крові. Значне зниження активності антитромбіну III передують тромбоутворенню і може розглядатися як доклінічна ознака тромбофілії. При АКО III ступеня порушення в системі гемостазу прогресують. Розвивається тромбоцитопенія споживання, наростає гіперкоагуляція. Подальше зростання тромбінового часу указує на прогресування процесів внутрішньосудинного згортання. Зниження активності антикоагулянтної системи (антитромбіну III) свідчить про виснаження адаптаційних можливостей гемостазу. Порушення первинного і вторинного гемостазу при недостатній активності антикоагулянтної системи призводять до поліорганных уражень гемодинаміки і мікроциркуляції, де можуть розвиватися як тромбози, так і геморагії. Такі зміни в системі гемостазу при ожирінні пояснюють той факт, що прееклампис є найбільш частим ускладненням у даного контингенту вагітних (за даними літератури, від 12 до 82,5 %) [2,8,9].

В процесі проведення курсу лікування ацетилсаліциловою кислотою (1 група) відзначені зміни в стані тромбоцитарної ланки гемостазу: нормалізувалася агрегація тромбоцитів, знизився гематокрит, збільшився час згортання і рекальцифікації. Такі зміни, що мають позитивне значення для подальшого перебігу гестації, розвинулися, переважно, через 14 днів терапії, тобто при пролонгованому застосовуванні препарату. Достовірних змін показників плазмово-коагуляційного гемостазу не виявлено.

Застосування комбінованої терапії у вагітних 2-ї групи сприяло тенденції до підвищення протизгортального потенціалу, який оцінювався за активністю антитромбіну III, зниженням активності судинно-тромбоцитарної ланки гемостазу, зниженням агрегації тромбоцитів. При дослідженні коагуляційного гемостазу виявлена тенденція до подовження часу рекальцифікації, зниження протромбінового індексу. Проте дія лікування настає не раніше 14-го дня, в той час

як на 7-у добу лікування показники гемостазу достовірно не змінювалися.

Дослідження показників системи гемостазу у вагітних 3-ї групи вказувало на сприятливий вплив застосованої схеми терапії на усі ланки системи гемостазу. На тлі невеликого зниження гематокриту спостерігалися нормалізація часу згортання, подовження часу рекальцифікації, збільшення числа тромбоцитів, зниження протромбінового індексу. На тенденцію до нормалізації системи гемостазу вказувало скорочення тромбінового часу, виражене підвищення активності антитромбіну III. Найбільш значним є факт, що тенденція до поліпшення параметрів відзначалася при дослідженні на 7-й день лікування, що може мати значення в клініці при розвитку преекламписії у вагітних з АКО для оцінки ефективності терапії і вибору оптимальних термінів розродження.

ВИСНОВКИ 1. У вагітних з АКО відбуваються зміни в системі гемостазу, їх тяжкість зростає із збільшенням ступеня ожиріння. Прогресування хронічного синдрому ДВЗ крові у вагітних з вираженим ступенем надлишкової маси тіла до вагітності виявляється глибокими порушеннями не тільки в судинно-тромбоцитарній, але і в плазмово-коагуляційній ланці гемостазу.

2. Призначення вагітним з АКО комбінованої терапії з використанням інфузій актовегіну та інстенону знижує ризик коагулопатичної крововтрати при пологах за рахунок нормалізації чинників плазмового і тромбоцитарного гемостазу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абдурахманов Ф.М. Циркуляторная адаптация системы гемостаза к гестационному процессу // Акушерство и гинекология. – 1989. – №11. – С. 6-10.
2. Грищенко В.И., Щербина Н.А., Липко О.П. Этиопатогенез позднего гестоза // Международный медицинский журнал. – 2000. – Т.6, №4. – С. 59-62.
3. Громько Г.Л. Актовегин. Опыт применения в акушерской практике. – С.-Пб. – 2000. – 70 с.
4. Дуда И.В., Дуда В.И. Эндокринная патология и беременность. – Клиническое акушерство. – Мн.: Выш.шк., 1997. – С.330-356.
5. Ефимов В.С. Механизмы воздействия на тромбоциты основных индукторов агрегации, применяемых в диагностике различных осложнений беременности. – М.: Теория и практика, 1996. – №1. – 76 с.
6. Иванов Е.П. Руководство по гемостазиологии. – Мн.: Беларусь, 1991. – 302 с.
7. Луценко Н.С. Акушерские аспекты ожирения. – Запорожье: Просвита, 2000. – 160 с.
8. Парашук Ю.С., Грищенко О.В., Лахно И.В., Шевченко О.И. Фетоплацентарная недостаточность. – Харьков: ХДМУ, 1999. – 44 с.
9. Скоромец А.А. Инстенон. Опыт клинического применения // С.-Петербург. – 1999. – 188 с.
10. Bray G.A. Etiology and pathogenesis of obesity // Clin. Cornerstone. – 2000. – №2. – P. 1-15.
11. Cocheri S. // Haemostasis. – 1984. – Vol. 37. – P. 14.
12. Haemostasis and Thrombosis / Eds. E.J.W. Bowie, A.A. Sharp. – London, 1985. – 936 p.
13. Kobayashi T., Kaneko Y., Kaibara M., Marumoto Y. A study on hemorheology of pregnant women with obesity. // NSFJZ. – 1993. – Vol. 45, N 6. – P. 571-576.
14. McKay D.G. // Disseminated Intravascular Coagulation // Ed. T. Abe. Y.Yamasaka. – Basel, 1983. – P. 64.

УДК 618.1–085.838

Мошков Н.П., Находова Л.А.

ОРГАНІЗАЦІЯ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НА КУОРТІ ЄВПАТОРІЯ

ДП санаторій “Перемога” Представництва ЗАТ “Укрпрофздравниця”, Курортний центр реабілітації безплідного шлюбу

ОРГАНІЗАЦІЯ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НА КУОРТІ ЄВПАТОРІЯ – Більше століття Євпаторія розвивається як грязевий курорт, і вже з перших днів його існування були визначені три основні групи захворювань, лікування яких найбільш ефективно – це: захворювання органів

руку і жіночої статевій сфері; кістковий і залозистий туберкульоз у дорослих і дітей; неускладнені випадки функціональних нервових захворювань.

ОРГАНІЗАЦІЯ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НА КУОРТІ ЄВПАТОРІЯ – Більше століття Євпаторія розвивається як грязевої курорт, и

уже с первых дней его существования были определены три основные группы заболеваний, лечение которых наиболее эффективно – это: заболевания органов движения и женской половой сферы; костный и железистый туберкулёз; неосложнённые случаи функциональных нервных заболеваний.

ORGANIZATION OF GYNAECOLOGICAL HELP AT THE EVAPATORY RESORT – For more than century Eupatoria is developed as balneologic health resort and there were determined three basic groups of diseases with effective treatment. These are diseases of vertebral body and women sexual organs, bone's and gland tuberculosis, noncomplicated forms of the functional neurological diseases.

Ключові слова: грязевий курорт, безплідність, запальні захворювання.

Ключевые слова: грязевой курорт, бесплодие, воспалительные заболевания.

Key words: balneologic health resort, infertility, inflammatory diseases.

У структурі гінекологічних захворювань запалення жіночих статевих органів займають перше місце. Захворювання, як правило, виникає в жінок дітородного віку, складаючи, за даними різних авторів, від 40 до 71,9 % [1,2], з них 20-30 % хворих мають потребу в проведенні стаціонарного лікування [1,3], а практично всі в санаторно-курортному лікуванні.

Попередження і лікування запальних захворювань жіночих статевих органів є важливою частиною проблеми охорони здоров'я жінок. Успішна терапія запальних захворювань жіночих статевих органів має значення не тільки у відновленні функцій статевої системи, але й в усуненні супровідних порушень ендокринної, нервової й інших систем організму.

За даними гінекологічного прийому на Євпаторійському курорті, хронічні запальні захворювання геніталій складають 48-59-61 % [3,4].

Значення проблеми запальних захворювань жіночих статевих органів визначається не тільки високою частотою цієї патології, але і порівняно частим виникненням на тлі запального процесу різних форм порушень менструальної і генеративної функцій, у тому числі безплідності, що виникає в 25-40 % випадків.

За останні роки показники здоров'я населення значно погіршилися як у цілому по Україні, так і в Криму. Демографічна ситуація характеризується зниженням народжуваності, що є критерієм соціально-економічного розвитку суспільства.

Слід зазначити, що в останні роки збільшилося число хворих, що страждають як первинною, так і вторинною безплідністю, тільки на Україні зареєстровано близько 2,5 млн. людей, а у Криму 20 % подружніх пар страждає від безпліддя, що прямо пов'язано з проблемами репродуктивного здоров'я. Наприклад, вторинна безплідність (частіше безплідність після абортів) зустрічається в 60-80 % випадків.

Інша проблема, це – здоров'я дівчаток-підлітків – майже кожна 10-а з них у віці 15-17 років має хронічні захворювання статевої системи, порушення менструального циклу чи залізодефіцитну анемію, що в майбутньому позначиться на репродуктивній функції [3].

Незважаючи на досягнуті успіхи в лікуванні запальних захворювань жіночих статевих органів в умовах стаціонару і поліклініки, є необхідність розробок нових, більш ефективних методів консервативної терапії на реабілітаційному етапі санаторно-курортного лікування, з урахуванням особливостей імунного статусу організму і місцевого імунітету геніталій. Тим більше, що з огляду на алергізацію населення медикаментозною терапією, на сьогодні перевагу надають фізичним методам лікування.

При хронічних запальних захворюваннях жіночої статевої системи фізичні фактори є, як правило, провідним компонентом у комплексі патогенетично обґрунтованих терапевтичних заходів, тобто послаблюють чи ліквідують патологічний процес чи його наслідки, справляючи профілактичний, лікувальний і реабілітаційний ефект [1].

Ефективність курортної терапії хронічних запальних захворювань жіночих статевих органів залежить від тривалості патологічного процесу. Це лікування найбільш доцільне при невеликій (до 3-х років) тривалості хронічного процесу і найменш результативне при багаторічному перебізі захворювання.

Відомо, що найбільш повна терапевтична дія природних фізичних факторів виявляється при їхньому комплексному застосуванні. Оптимальні умови для цього створює лікування на курорті, особливо спеціалізованому для гінекологічних хворих, яким і є Євпаторія.

У ряді лікувальних грязей, що відрізняються унікальними лікувальними властивостями, помітне місце займають пелоїди Євпаторійського курорту, що здавна славився не тільки сприятливими кліматичними умовами, але і цілющими властивостями мулової грязі і ропи Великого Отар-Мойнакського і Сакського озер.

У сучасній курортології грязелікуванню належить одне з провідних місць, як унікальному лікувальному фактору природи.

До початку 90-х років минулого століття у здравницях курорту щорічно лікувалося більш 8000 санаторних і 9000 амбулаторних (ЦКП) гінекологічних хворих, що складало 25 % від всіх пролікованих. Тільки по платній поліклініці гінекологічних хворих, тобто неорганізованих відпочиваючих за даними 1990 року проходило за рік 12 тис. людей.

Курорт завжди знаходився під пильною увагою і контролем провідних діячів науки. Багаторічні науково-творчі зв'язки з Кримським медичним інститутом, Інститутом ревматології АМН СРСР, ЦНДІ курортології і фізіотерапії і іншими, дозволили постійно розвивати й удосконалювати наукові дослідження, проведені в здравницях.

Наукову допомогу лікарям-гінекологам курорту надавали такі маститі вчені як професор А.Е. Мандельштам, професор Б.С. Тарло, професор К.Н. Сизганова, професор В.А. Голубев, професор К.И. Вякін, професор А.Н. Риболовля, доцент І.А. Брусилівський, доцент Ю.П. Пасічників і ін.

Професор К.С. Керопіан, проводячи аналіз роботи лікарів курортів Євпаторія і Саки, вважав можливим розділити її на 4 періоди: перший з 1921 по 1931 р., другий – з 1936 по 1941 р., третій – з 1941 по 1947 р., і четвертий період з 1948 по 1958 р. включно. Виходячи із сьогоденної ситуації, можна додати ще два етапи в розвитку практичної і науково-дослідної роботи лікарів-гінекологів на курорті. Це період з 1959 по 1991 рік, як найбільш активний і продуктивний, і період з 1992 по 2002 рік, як період спроби відновлення втрачених позицій лікувального курорту, чому і присвячена монографія "Досвід лікування гінекологічних захворювань у санаторно-курортних умовах", Євпаторія, 2003 рік.

В останні роки залучені до співробітництва в галузі курортної гінекології такі інститути, як Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського АМН України, керівник – доктор медичних наук, професор Ю.П. Караченцев (м. Харків), ХМАПО, кафедра акушерства і гінекології № 1, завідувачка кафедри заслужений діяч науки України, академік УАНП, доктор медичних наук, професор В.В. Щербаківа.

При ДП санаторії "Перемога" Представництва ЗАТ "Укр-профздравниця" у Євпаторії з 1998 року організований Курортний центр реабілітації безплідного шлюбу.

Пріоритетними напрямками діяльності центру є наступні:

1. Комплексне бальнеогрязелікування з використанням нетрадиційних і традиційних методів при лікуванні хронічних запальних захворювань жіночих статевих органів.
2. Розвиток дитячої гінекології й ендокринології (діагностика, консультації, санаторно-курортне лікування, профілактика репродуктивної функції).
3. Безплідність у шлюбі (діагностика, консультації, санаторно-курортне лікування).

Постійний зв'язок з центрами ЕКО України, СНД і закордонними центрами.

4. Санаторно-курортне лікування інших захворювань сечостатевої сфери чоловіків, жінок і дітей відповідно до показань і протипоказань для грязевих курортів.

5. Діагностика генетичних, токсичних, радіонуклідних та інших уражень репродуктивних органів і їх лікування на курорті.

6. Регульована контрацепція.

7. Сексуальні порушення (функціональні, гормональні, вікові), індивідуальний підбір гормональних засобів, психотерапія, гіпнотерапія, бальнеогрязелікування й ін.

Діагностичні дослідження проводяться за показниками на найвищому рівні і включають:

- | | |
|---|--|
| 1. УЗД | 10. Шкірно-алергійний тест |
| 2. ГСГ | 11. Посткоїтальний тест |
| 3. Теплобачення | 12. Проба Курцрока-Міллера |
| 4. Комп'ютерна діагностика | 13. Визначення овуляції |
| 5. Іридодіагностика | 14. Сперматограма |
| 6. Кольпоскопія | 15. Гормональні діагностичні проби |
| 7. Біохімічне обстеження | 16. Електропунктурна діагностика за Фоллем |
| 8. Імунологічне обстеження | |
| 9. Діагностика недостатності жовтого тіла | |

Санаторно-курортне лікування включає загальноприйнятні на курорті й авторські методи лікування, відповідно до рекомендацій НДІ Фтих МЗ України:

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1. Бальнеогрязелікування | 10. Гіпнотерапія |
| 2. Фізיותרпія | 11. Гірудотерапія |
| 3. Ручний гінекологічний масаж | 12. Голкорексфлексотерапія |
| 4. Вакуумний масаж | 13. Електроакупунктура |
| 5. Урологічний масаж | 14. ЛФК гінекологічна |
| 6. Гінекологічний вібромасаж | 15. Піхвовий і ректальний електрофорез |
| 7. Гінекологічний пневмовібромасаж | 16. ПСМ |
| 8. Психотерапія | 17. Масаж (сегментарний, точковий, вібраційний і ін.) |
| 9. Гінекологічна аерозольотерапія | 18. Пневмофалостимуляція й ін. [5, 6]. |

Науковий супровід даної програми дасть можливість:

– оцінити ефективність санаторно-курортного лікування при реабілітації безплідного шлюбу;

– більш заглиблено підійти до причин виникнення безплідності;

– запобігти порушенню репродуктивної функції, проводячи профілактику з пубертатного віку в санаторно-курортних умовах;

– поглиблено вивчити вплив радіонуклідного ураження імунно-ендокринного статусу дітей, підлітків і жінок;

– встановити частоту і терміни перебування хворих у санаторіях;

– на підставі отриманих даних розробити методичні документи.

Таким чином, санаторно-курортне лікування поряд із сучасними методами діагностики, організованими в центрі, значно підвищують відсоток ймовірної вагітності, будучи проміжною ланкою при етапному лікуванні безплідного шлюбу й інших хронічних запальних захворювань геніталій. При використанні комплексного методу – пелюїдотерапії в поєднанні з гінекологічним ендовагінальним вібромасажем, який раніше на курорті не застосовувався ні самостійною процедурою, ні в комплексі з грязелікуванням – вагітність настигла в 37,3 % [7].

У порівнянні тільки на Україні плідно працюють більш 10 клінік, спеціалізованих на ЕКО. Ефективність ЕКО за 1 цикл виросла до 28 %, за 3 – 52 % за 4 – 78 %, за 6 –

87 %, це рівень кращих світових центрів. Але при цьому ми не публікуємо таких даних, як відсоток викиднів, що за даними ВООЗ складає більш 50 %. Зате, після етапу курортного лікування, цей відсоток скорочується майже вдвічі. Це при тому, що у всій Україні проводиться більше 1000 циклів штучного запліднення в рік, тоді, як у Франції – 25000 циклів. Однак усе лихо в тім, що навіть при найбільшій безкорисливості наших лікарів дуже важко скористатися таким шансом через надмірно високу вартість технологічного забезпечення цієї операції (у середньому 1500 у.о. за одну спробу). Тоді, як курортне лікування залишається доступним для жителів України та колишніх республік Союзу, виправдало себе протягом багатьох десятиліть. От чому лікувальний курорт був, є, і повинен залишатися одним з етапів у реабілітації безплідного шлюбу, а профілактика цих порушень повинна починатися ще з дитинства.

Дитяча гінекологія, розвивається на базі санаторію "Здравниця" з 1997 року. Санаторій успішно співробітничав, у рамках національних програм України – "Планування родини" і "Діти України", з Українським центром дитячої і підліткової гінекології НДІ ПАГ АМН України і Харківським НДІ охорони здоров'я дітей і підлітків МОЗ України, а також з Донецькою організацією "Здоров'я молоді".

За період з 1997 по 2002 рік проліковано 978 дівчаток, профоглядом охоплено – 6000 дівчаток, виявлено з гінекологічною патологією – 900 випадків, 15 % з них також проліковані на базі санаторію "Здравниця" [5,6].

Питання дитячої гінекології, у зв'язку з Чорнобильською трагедією, сьогодні ще більш актуальні. Якщо раніше первинну безплідність зв'язували з перенесеними в дитинстві захворюваннями, то виходячи зі спостережень на базі "ДСЛК Крим", "Таврида", "Здравниця" і інших установ курорту, доводиться відзначити, що в дівчаток, які потрапили під вплив іонізуючого випромінювання, значно частіше виникають порушення процесу статевого дозрівання, менструальної функції. Гінекологічна патологія в групі обстежених дівчаток виявлена в 40,8 %, що вдвічі перевищує захворюваність дітей, що прибули з інших регіонів країни 21,4 % [4].

Тому, кому як не Євпаторійському курорту з його величезним потенціалом не взяти на себе цю стратегічну державну задачу по вирівнюванню демографічної ситуації, а також емоційного благополуччя і гармонії в родині.

Сьогодні гінекологи використовують весь величезний досвід багатьох поколінь лікарів, накопичений за час розвитку курорту. Широко застосовуються реформовані фізичні фактори в поєднанні з бальнеогрязелікуванням, використанням електрофорезу грязі, ропи, СМТ, мікрохвильової терапії, ультразвуку, магнітотерапії. В останні роки широке визнання одержала лазеротерапія. Психотерапія, рефлексотерапія широко застосовуються в комплексі лікування запальних захворювань з ендокринними розладами. Вперше в курортній практиці лікування гінекологічних хворих розроблена і впроваджена комплексна методика ендовагінального вібромасажу в поєднанні з пелюїдотерапією, що майже в два рази збільшує ефективність курортного лікування жінок, що страждають хронічними запальними захворюваннями геніталій, ускладнених безплідністю. За останні роки впроваджені й успішно застосовуються такі методи лікування, як термопелюїдоаплікація, термопелюїдотерапія з апаратом ПЕН, комбінована магнітотерапія, ендовагінальний пневмовібромасаж, вакууммасаж з використанням апарата ЛОКАД, методика аерозольотерапії в гінекології, гірудотерапія й ін.

Таким чином, комплексний підхід, профілактика, впровадження нових методів курортної терапії в лікуванні гінекологічних захворювань, ускладнених безплідністю, відкриває перспективи в спеціалізованому лікуванні жінок на сучасному етапі, що значно підніме престиж Євпаторійського курорту.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бодяжина В.И., Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативна гінекологія. – М., 1990.
 2. Занько С.Н., Косинец А.Н., Супрун Л.Я. Хронічні запальні захворювання придатків матки. – Вітебськ, 1998.
 3. В.М.Лехан і ін. Стратегічний напрямок розвитку охорони здоров'я на Україні. – Київ, 2001.
 4. Шкурко В.Ф., Дягілева В.А., Демчук Т.Г., Токарева Л.И. Проблеми санаторно-курортного лікування жінок і дівчаток, що прибули з зони

радіонуклідного забруднення з гінекологічною патологією. // Міжнародна науково-практична конференція "Медична реабілітація, курортологія і фізіотерапія". – Ялта, Крим (Україна), 1999.
 5. Тихончук Т.Н. Звіт по гінекологічному відділенню санаторію "Здоров'я", 2002.
 6. Находова Л.А. Зведений звіт гінекологічної служби Представництва ЗАТ "Укрпрофздравниці" на курорті Євпаторія, 2002.
 7. Мошков Н.П. Матеріали кандидатської дисертації. Харків, 1995.

УДК 618.2:612.839:612.13

Жабченко І.А., Бондаренко О.М., Яремко Г.Є., Ткаченко В.Б., Рахубінська В.В.

СТАН ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ТА ЦЕНТРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИХ ВАГІТНИХ

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, м. Київ

СТАН ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ТА ЦЕНТРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ПРАКТИЧНО ЗДОРОВИХ ВАГІТНИХ – У статті наведено сучасні погляди на взаємовідносини вегетативної регуляції та центральної гемодинаміки під час фізіологічної вагітності та представлено результати обстеження сучасних практично здорових вагітних. Визначено певні відмінності у стані вегетативної регуляції та системі кровообігу у здорових жінок в умовах сьогодення. Підтверджено наявність щільного взаємозв'язку між типом кровообігу та типом вегетативної регуляції.

СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ БЕРЕМЕННЫХ – В статье приведены современные взгляды на взаимоотношения вегетативной регуляции и центральной гемодинамики во время физиологической беременности и представлены результаты обследования современных практически здоровых беременных. Выявлены определенные отличия в системе вегетативной регуляции и системе кровообращения у здоровых женщин в условиях сегодняшнего дня. Подтверждено наличие тесной взаимосвязи между типом кровообращения и типом вегетативной регуляции.

STATE OF A VEGETATIVE REGULATION AND CENTRAL HAEMODYNAMICS FOR THE PRACTICALLY HEALTHY PREGNANT WOMEN – In the article the modern views on relationships of vegetative regulation and central hemodynamics are reduced during physiological pregnancy and the outcomes of inspection of modern practically healthy pregnant women are presented. The definite differences in the system of vegetative regulation and system of circulation for the healthy pregnant women in nowadays conditions are detected. The availability of tight correlation between the type of circulation and type of vegetative regulation is confirmed.

Ключові слова: практично здорова вагітна, вегетативна регуляція, тип кровообігу.

Ключевые слова: практически здоровая беременная, вегетативная регуляция, тип кровообращения.

Key words: practically healthy pregnant women, vegetative regulation, type of circulation.

ВСТУП Найважливіші механізми встановлення оптимального рівня гомеостатичної регуляції в антенатальному онтогенезі пов'язані з розвитком нових нейрогуморальних взаємовідносин в організмі матері. Вагітність є прикладом запрограмованого порушення гомеостазу в його звичайному розумінні підтримки стабільності біологічної системи, коли зміни в одній з її ланок призводять до змін в інших, результатом чого є нове врівноваження [10, 11]. Довготривалій гомеостатичний зсув є обов'язковою умовою розвитку системи мати-плід. Він торкається практично всіх видів обміну в організмі матері: вуглеводного, нуклеотидного, мінерального, водного, жирового, білкового тощо. У той же час регуляторні системи стабілізуються на незвичайному, з точки зору "норми", рівні. У даному випадку спостерігається явище, прямо протилежне процесу гомеостазу в статичному розумінні прагнення біологічної системи до висхідного стану після деякого збурювання. Вегетативна нервова система (ВНС) відіграє важливу роль у створенні оптимальних умов для розвитку вагітності та нормального перебігу пологів за рахунок збалансованої взаємодії двох ланок ВНС – симпатичної (СНС) та парасимпатичної (ПСНС) систем, які

контролюють анаболічну, екскреторну, репродуктивну функції, здатність зберігати енергію, а також підвищують утилізацію енергії і стимулюють процеси катаболізму. Дія СНС та ПСНС описана як антагоністична і взаємопов'язана [1, 11, 16].

В останні роки особлива увага приділяється вивченню особливостей ВНС під час вагітності, оскільки саме від її функціонального стану залежить розвиток таких ускладнень, як гестози, порушення скоротливої функції матки, перебіг вагітності у жінок з екстрагенітальною патологією (ожирінням, нейроциркуляторною астенією тощо), а також ступінь протистояння організму вагітних сучасним шкідливим чинникам довкілля та виробництва [2, 9, 12, 13, 14]. Доступним методом дослідження ВНС впродовж вагітності є визначення варіабельності серцевого ритму (кардіоінтервалографія – КІГ), оскільки він є найбільш інформативним неінвазивним методом кількісної оцінки вегетативного тону [1, 8, 14, 16]. Ритмограму серця у вагітних як показник напруження ВНС можна об'єктивно оцінити лише з урахуванням сукупності змін загального стану організму та системи кровообігу в цілому під час вагітності [15].

Системна гемодинаміка вагітної визначається, з одного боку, продуктивністю серця, а з іншого – тонусом судинного русла. У зв'язку з цим тип кровообігу відображає водночас функціональний стан і серця, і судин. Судинорухальні нерви належать переважно до симпатичного відділу ВНС. Медіатором судинорухальних нервів є норадреналін, який завжди викликає скорочення судинної мускулатури. Реалізація гіпердинамічного типу кровообігу можлива при вираженій активації симпатичних впливів на серце та їх слабкій вазоконстрикторній активності відносно периферичних судин. Еудинамічний тип кровообігу реалізується при збалансованих симпатичних вегетативних впливах на серце та судини.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ Оцінку вегетативного гомеостазу та типу кровообігу було проведено у 50 практично здорових вагітних, що мешкають в Києві (основна група), шляхом математичного аналізу серцевого ритму у поєднанні з кліноортостатичною пробою в період максимального гемодинамічного навантаження (24-36 тижні) [5] та методом центральної реографії [3]; отримані результати порівняно з результатами КІГ та центральної реографії у здорових вагітних з фізіологічним перебігом вагітності (контрольна група) за даними акушерських клінік ІПАГ АМН України.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Результати дослідження представлено в таблиці 1. Як виявилось, немає достовірної різниці між більшістю показників вегетативної реактивності практично здорових вагітних з фізіологічним та ускладненим перебігом вагітності. Достовірні відмінності знайдено лише за рівнем показника варіаційного розмаху (ΔX), який був меншим у дослідній групі ($p < 0,05$) і свідчить про зменшення парасимпатичних впливів