

УДК 618.3-071.1-06:618.33-071-08

DOI: [https://doi.org/10.35278/2664-0767.1\(45\).2020.212155](https://doi.org/10.35278/2664-0767.1(45).2020.212155)

ВОРОБЕЙ Л.І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, м.Київ

МОЖЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ПСИХОВЕГЕТАТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПРОФІЛАКТИЦІ ДИСТРЕСУ ПЛОДА ПРИ ОБТЯЖЕНИМУ АКУШЕРСЬКОМУ АНАМНЕЗІ

Мета дослідження – перевірити ефективність корекції психовегетативних розладів у профілактиці дистресу плода у вагітних з обтяженим акушерським анамнезом (перинатальними втратами). **Матеріали та методи дослідження.** Вагітні з обтяженим акушерським анамнезом були поділені на 2 клінічні групи: основна (I група) та група порівняння (II група). Пацієнткам основної групи (n=60) призначали запропонований лікувальний комплекс, що включає комбінацію психотерапії та вегетостабілізуючих засобів. Групу порівняння склали 60 вагітних із перинатальними втратами в анамнезі, що не відрізнялися за віком, статтю, індексом маси тіла і отримували тільки стандартну медикаментозну терапію. Для оцінювання динаміки виразності клінічних проявів вегетативного дисбалансу до та після проведеного лікування використовували показники кардіоінтервалографії. Рівень психоемоційного стану та психосоматичних розладів визначали за шкалою Спілберга-Ханіна. **Результати.** Під впливом проведеної терапії суттєво зменшилась вираженість клінічних проявів вегетативних розладів, достовірно знизилась частота симпатикотонії за даними кардіоінтервалографії. Після проведеного лікування у вагітних основної групи відмічене достовірне зростання відсотка вагітних з нормоадаптивним станом регуляторних систем з 48,3% до 86,7%, виражене зниження рівня тривожності та відновлення нормального психо-емоційного фону. Застосування запропонованого лікувального комплексу сприяло покращенню перебігу вагітності у пацієнток з перинатальними втратами в анамнезі, зокрема, зменшилась частота гемодинамічних розладів з 34,1% до 10% та дистресу плода - з 10,8% до 3,3%. **Висновки.** Зростання частоти акушерських ускладнень, зокрема, дистресу плода, у вагітних з перинатальними втратами в анамнезі пов'язане з розвитком нейровегетативних порушень, що підтверджено даними кардіоінтервалографії. Аналіз варіабельності серцевого ритму може застосовуватись для ранньої діагностики нейровегетативних розладів і вчасної профілактики гестаційних ускладнень. Застосування профілактичного комплексу, що спрямований на нормалізацію механізмів психоемоційної регуляції і симптоматичну терапію вегетативної дисфункції, знижує частоту гемодинамічних розладів та дистресу плода.

Ключові слова: перинатальні втрати в анамнезі, дистрес плода, нейровегетативна регуляція, діагностика, профілактика.

Стан підвищеної тривоги та неспокою у жінок після втрати вагітності призводить до напруження, фіксації на проблемі, викликає негативні руйнуючі стрес-реакції і сприяє розвитку інтрапсихічних конфліктів. Хронічне переживання тривоги фіксується в структурі особистості і негативно впливає на її життєдіяльність [1,2,4]. Вегетативна нервова система (ВНС) бере активну участь у процесах адаптації організму (в тому числі, в період вагітності), дисбаланс її ланок може бути результатом надмірної реакції симпат-адреналової системи (САС) на стрес у вагітних з перинатальними втратами (ПВ) в анамнезі [7].

Активізація САС приводить до змін в системі нейрогуморальної регуляції, що відіграє одну з ключових ролей в системі контролю артеріального тиску і підтримці гомеостазу кровообігу [6]. Таким чином, вегетативна дисфункція (ВД) може бути одним з патогенетичних механізмів виникнення ускладнень вагітності, пологів та перинатальних

порушень. Зокрема, встановлено, що ПВ зумовлюють виражені вегетативні розлади з виснаженням компенсаторних резервів організму, зрив регуляторних механізмів, розвиток гемодинамічних, дисциркуляторних, трофічних порушень, ускладнень вагітності із затримкою росту та розвитком дистресу плода. Отже, своєчасна діагностика вегетативних розладів, активності та збалансованості регуляторних вегетативних систем, психо-емоційного стану вагітних може стати передумовою ефектної антенатальної охорони плода шляхом своєчасної корекції виявлених порушень [3].

Розуміючи, що дисфункція ВНС є поняттям широкого змісту, проявляється різноманітністю клінічних проявів та представлена різними за етіопатогенезом патологічними станами, незаперечним є усвідомлення необхідності різних підходів до вибору патогенетично обґрунтованих лікувальних заходів. ВД є захворюванням, у походженні і в перебігу якого беруть участь психогенні компо-

ненти, що можуть приводити до функціональних розладів будь-якої системи організму, переважно серця і судин, вибір лікувальної тактики повинен визначатися акушером і психіотерапевтом. На сьогодні лікування соматоформних розладів включає в себе широке коло лікувальних і профілактичних заходів, проте базовим напрямком є поєднання психотерапії та фармакотерапії [6].

Фармакотерапія соматоформних вегетативних розладів припускає широке використання психотропних засобів — у першу чергу, анксиолітиків, антидепресантів, ноотропних і нейролептичних препаратів. Призначення психотропних препаратів у вагітних обмежене можливим тератогенним впливом і відсутністю доказової бази [5], тому застосовується лише у найбільш складних випадках.

Отже, розробка і впровадження в медичну практику системних заходів з діагностики і лікування сомато-вегетативних розладів у вагітних з обтяженим акушерським анамнезом дасть змогу знизити частоту акушерських і перинатальних ускладнень, заощадити матеріальні ресурси у медичній галузі і позитивно вплинути на стан здоров'я населення. [5].

Мета дослідження – оцінити ефективність корекції психовегетативних розладів у профілактиці дистресу плода у вагітних з обтяженим акушерським анамнезом (перинатальними втратами).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

За час дослідження обстежені 120 вагітних з обтяженим акушерським анамнезом (перинатальними втратами в анамнезі), які знаходились на лікуванні в акушерському відділенні Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини, який є клінічною базою кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Українського державного інституту репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика.

Залежно від вибору лікувальної тактики і медикаментозної терапії вагітні були рандомізовані на 2 групи дослідження (основну і порівняння). Вагітним основної групи (n=60) призначали запропонований лікувальний комплекс. Групу порівняння склали 60 вагітних, отримували симптоматичну медикаментозну терапію. Групи пацієнок не відрізнялися за віком, статтю, індексом маси тіла.

В попередніх дослідженнях встановлено, що у вагітних з перинатальними втратами в анамнезі

відмічається підвищена частота розвитку соматоформних вегетативних розладів, які є фактором ризику гестаційних ускладнень, зокрема плацентарної дисфункції, плацентарної недостатності та дистресу плода. З метою медичної корекції вегетативних розладів вагітним I групи призначена терапія, спрямована на нормалізацію вегетативного гомеостазу та психоемоційного стану вагітних і усунення несприятливих перинатальних наслідків. Початку терапії передувало скринінг із консультацією суміжних спеціалістів (терапевта, психолога, психіатра), ретельний збір скарг та даних анамнезу, отримання інформованої згоди вагітної на участь у дослідженні.

Основна роль в лікуванні приділялась психотерапії із застосуванням короткотривалих моделей. Зменшення тривалості психотерапії за умови збереження/збільшення її ефективності досягалось за рахунок структурування психотерапевтичного процесу; диференціації мішеней і методів психотерапії; врахування клініко-психопатологічних характеристик обстежуваних вагітних і кожної пацієнтки окремо, особливо, налаштованість на психотерапію і конкретний психотерапевтичний запит. Психотерапевтична корекція полягала, насамперед, у визначенні структури внутрішньої картини та її подальшої корекції з метою переконання вагітних щодо відсутності у них небезпечних соматичних захворювань. Провідним методом психотерапії була когнітивно-біхевіоральна терапія, спрямована на розуміння вагітною механізмів виникнення симптомів вегетативної дисфункції і вибудовування сумісно з пацієнтками тактики їх опанування та редукції. Також були застосовані раціональна психотерапія; короткострокова динамічна терапія; релаксаційні методи; біологічний зворотний зв'язок; виявлення можливих психологічних причин і джерел симптомів, дезактуалізація психотравмуючої ситуації; сімейна терапія; аутотренінг; методи особистісного зростання; тренінг соціальних і комунікаційних навичок; виявлення і розширення значущих для пацієнок міжособистісних зв'язків; терапія зайнятістю тощо.

Фармакотерапія мала на меті створити можливості для проведення ефективної психотерапії та проводити корекцію супутніх симптомів. Ретельно підібране поєднання фармакологічних речовин було спрямоване на поліпшення діяльності центральної та периферичної нервової, серцево-судинної та ендокринної систем, покращення утилізації

кисню і глюкози, нормалізації серцевої, мозкової і периферичної гемодинаміки, метаболізму в тканинах всіх органів і систем.

Жінки групи порівняння отримували стандартну вітамінотерапію, рекомендовану чинними нормативними документами в сфері акушерства та гінекології, або лікування, призначене суміжними спеціалістами.

Оцінка ефекту психотерапевтичних та корегувальних заходів здійснювалась на основі встановлення психо-емоційних особливостей обстежуваних вагітних до і після призначеної терапії. Рівень психоемоційного стану та психосоматичних розладів, кількісне вираження впливу стресогенних факторів і особистісного сприйняття їх вагітними жінками визначали за шкалою Ч.Д. Спілберґера – Ю.Л.Ханіна (2010), за якою оцінювали рівень особистісної або ситуативної (реактивної) тривожності.

Реактивна тривожність характеризується напруженням, неспокоєм, нервозністю. Дуже висока реактивна тривожність викликає розлади уваги, іноді-тонкої координації. Особистісна тривожність, на відміну від ситуативної, прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, емоційними, невротичними зривами і психосоматичними захворюваннями. Сума балів за шкалою Спілберґера - Ханіна менше 30 вказує на низький рівень тривожності, 31-45-середній, більше 46 – високий рівень тривожності.

Для простеження особливостей вегетативного статусу до і після лікування здійснювали реєстрацію часових та спектральних параметрів варіабельності серцевого ритму (ВСР) на підставі проведення комп'ютерної кардіоінтервалографії (КІГ).

Одним з методів оцінки адаптаційних реакцій до і після терапії було обчислення показника активності регуляторних систем (ПАРС). Обчислення ПАРС здійснювалось за алгоритмом, що враховував наступні критерії:

Сумарний ефект регуляції за показниками частоти пульсу.

Сумарну активність регуляторних механізмів за середнім квадратичним відхиленням - SD (або за сумарною потужністю спектру TP).

Вегетативний баланс за комплексом показників: ІН, RMSSD, HF, IC.

Активність вазомоторного центру, що регулює судинний тонус, по потужності спектру LF.

Активність серцево-судинного підкіркового

нервового центру або надсегментарних рівнів регуляції по потужності спектру VLF.

Для аналізу стану системи мати-плацента-плід проводили УЗД з доплерометрією на апараті «Philips HD11XE» (Австрія) в II-III триместрі. Ступінь тяжкості порушень кровотоку в маткових, плацентарних і плодових артеріях оцінювалась за використанням критеріїв М.В. Медведєва (1999).

У всіх обстежених жінок проводилось загальноклінічне та спеціальне акушерське обстеження згідно з протоколами діагностики та лікування, затвердженими Міністерством охорони здоров'я України. Всі дослідження здійснювались після отримання інформованої згоди пацієнтки на проведення додаткових методів дослідження. Ведення вагітності та розродження жінок груп дослідження виконано згідно з чинними наказами МОЗ України.

Із дослідження виключені вагітні з внутрішньоутробним інфікуванням, тромбозом судин пуповини, патологією прикріплення пуповини та плаценти, вадами розвитку плода, з багатоплідною вагітністю, ендокринною патологією, важкою екстрагенітальною патологією, аномаліями розвитку внутрішніх статевих органів, доброякісними пухлинами жіночої репродуктивної системи, тощо. З аналізу виключали осіб з вираженими порушеннями серцевого ритму (миготлива аритмія, часта екстрасистоля) та осіб, які приймали препарати групи β -блокаторів.

Достовірність відмінностей обчислювали за критерієм Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТИ

Аналіз ВСР підтвердив наявність вегетативних розладів у всіх досліджуваних вагітних з перинатальними втратами в анамнезі. Так, показник SDNN, який характеризує сумарний ефект вегетативної регуляції кровообігу у вагітних з обтяженим акушерським анамнезом до лікування був нижчим від норми практично вдвічі. Це свідчить про підвищену активність механізмів вегетативної регуляції для забезпечення гомеостазу та відновлення функціональних резервів організму після перенесеного стресу (табл. 1).

Індекс напруги (SI) відображає ступінь централізації управління серцевим ритмом, є мірою психоемоційного напруження, вказує на ступінь залучення організму у стрес. В обстежених жінок SI також значно переважав допустиму норму (див. табл.1). Це свідчить, що вагітні з ПВ знаходяться в

стані стресу, який може привести до різних функціональних розладів. У таких пацієнток можна очікувати проявів шкідливої дії стрес-реалізуючих

систем на органи, насамперед, на циркуляторну систему.

Таблиця 1.

Динаміка показників ВСР у жінок до і після лікування

Показник	Норма	Основна група (n=60)		Група порівняння (n=60)	
		До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
		28,6 ± 1,03	55,4 ± 1,96*^	28,9 ± 2,23	36,2 ± 5,4
SI	30-120	299 ± 22	102 ± 14*^	284,0 ± 27	328 ± 33
АМо, %		64,9 ± 1,3	39,2 ± 0,9*^	62,1 ± 1,4	67,3 ± 1,9
LF, мс ²	300-700	773 ± 81	212 ± 14*^	755 ± 72	1124 ± 134*
LF/HF	1,5-2,0	4,96 ± 0,36	1,49 ± 0,08*^	5,11 ± 0,31	5,42 ± 0,61
RMSSD, мс	36,3-48,5	14,2 ± 0,7	38,2 ± 1,4*^	13,2 ± 0,5	16,5 ± 1,1
pNN50, %	16-26	15,2 ± 1,0	19,5 ± 0,33*^	16,2 ± 1,3	10,4 ± 2,3
HF, мс ²	300-700	114 ± 12	250 ± 20*^	121 ± 15	105 ± 18
TP, мс ²	1500-3000	4133 ± 79	3334 ± 253*^	4133 ± 79	1343 ± 212
VLF, мс ²	700-1300	1822 ± 278	680 ± 35*^	1822 ± 278	1467 ± 198

Примітки: * - різниця достовірна відносно показника до лікування (p<0,05);

^ - різниця достовірна відносно показника групи порівняння (p<0,05)

До лікування у 80% вагітних з ОАА відмічалось різке посилення активності симпатичної нервової системи. Показники АМо, LF та LF/HF (табл.1) значно перевищували нормативні значення, що вказує на зміщення балансу вегетативної регуляції в сторону гіперсимпатотонії у більшості досліджуваних пацієнток з ПВ.

Показники RMSSD, pNN50% та HF, які характеризують активність парасимпатичної ланки вегетативної регуляції до лікування були значно нижчими від нормативних значень у вагітних з ОАА (див. табл.1), що свідчить про зниження мобілізуючого впливу парасимпатичного відділу ВНС на фоні переважання симпатичної регуляції.

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

Рівень VLF, який характеризує активність нейрогуморальної регуляції, у вагітних з ОАА до лікування був вищий за норму. Наведені показники свідчать про високий рівень гормональної модуляції регуляторних механізмів на фоні ПВ у обстежуваних вагітних.

Динаміка показників ВСР після лікування свідчить про статистично достовірні зміни в основній групі (табл. 1).

Після призначеного лікування в основній групі відмічається зростання рівня SDNN до 55,4 ± 1,96, що вказує на відновлення функціональних резервів організму та вегетативної регуляції кровообігу на фоні терапії. В групі порівняння достовірного зростання даного показника не відмічено.

Як видно із даних таблиці 1, показник індексу напруги (SI) 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 фоні запропонованої терапії. В II групі відмічене незначне зростання даного індексу протягом гестації, що може вказувати на декомпенсацію стресових впливів з можливим формуванням перинатальних ускладнень.

На тлі призначеної психокорекції в основній групі спостерігалось достовірне зниження показників АМо, LF та LF/HF та зростання RMSSD, pNN50% та HF, що вказує на відновлення балансу симпатичних і парасимпатичних впливів та нормалізацію відновного потенціалу обох відділів ВНС. В групі порівняння згадані показники при контрольному обстеженні вказували на посилення напруги у функціонуванні ВНС та поглиблення ВД в процесі гестації.

Рівень загальної потужності спектру нейрогуморальної регуляції (TP) в основній групі знизився до 3334,8 ± 253,0 мс², що свідчить про оптимальний

режим функціонування регуляторних механізмів у вагітних з ОАА на фоні терапії. В II групі відмічене зниження даного показника до $1343,4 \pm 212,2$ мс² протягом вагітності, що вказує на тенденцію до гіпоергії, виснаження ресурсів управління та формування астено-невротичного стану.

Зменшення показника VLF в процесі лікування до $680,4 \pm 35,9$ мс² свідчить про нормалізацію регуляторних механізмів з низьким рівнем гормональної модуляції в основній групі на фоні терапії. В групі порівняння показник VLF не мав достовірної

динаміки, що вказує на залучення незамінних ресурсів організму для регуляції гестаційного гомеостазу наприкінці вагітності.

Як видно із таблиці 2, структура регуляторних характеристик у досліджуваних жінок з ПВ при первинному обстеженні була представлена наступним чином: нормоадаптивний стан (ПАРС 1-5) – у 48,3% вагітних, гіперадаптивний (ПАРС 6-7) – у 28,3% жінок, гіпоадаптивний (ПАРС 8-10) – у 23,3% пацієнток.

Таблиця 2.

Розподіл досліджуваних вагітних за оцінкою активності регуляторних систем згідно показника ПАРС залежно від тактики ведення

ПАРС, бали	Основна група (n=60)				Група порівняння (n=60)			
	До лікування		Після лікування		До лікування		Після лікування	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
1-5	29	48,3	52	86,7* [^]	27	45,0	22	36,7
6-7	17	28,3	8	13,3* [^]	20	33,3	20	33,3
8-10	14	23,3	-	-	13	21,7	18	30,0

Примітки: * - різниця достовірна відносно показника до лікування ($p < 0,05$);

[^] - різниця достовірна відносно показника групи порівняння ($p < 0,05$)

Після проведеного лікування у вагітних основної групи відмічене достовірне зростання відсотка вагітних з нормоадаптивним станом регуляторних систем з 48,3% до 86,7%. 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%.

В групі порівняння після повторного дослідження стану регуляторних систем протягом вагітності відмічається зростання кількості жінок з

напруженням та зривом адаптаційних механізмів ВНС (ПАРС 6-10) – з 55,0% до 63,3% та зменшення числа вагітних з нормоадаптивним станом регуляції – з 45,0% до 36,7%.

Отже, показники ВСР можна вважати маркерами ефективності терапії у вагітних з обтяженим акушерським анамнезом.

Виявлено, що більшості вагітних з перинатальними втратами в анамнезі притаманний високий рівень особистісної та ситуативної тривожності (табл.3).

Таблиця 3.

Дослідження рівня тривожності за опитувальником Ч.Д.Спілбергера – Ю.Л.Ханіна в динаміці вагітності залежно від тактики її ведення, бали

Тривожність	Основна група (n=60)		Група порівняння (n=60)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Ситуативна	46,3 \pm 3,6	38,3 \pm 4,1* [^]	47,5 \pm 4,2	52,5 \pm 6,7
Особистісна	52,8 \pm 4,7	31,6 \pm 3,2* [^]	50,6 \pm 5,7	66,9 \pm 5,9

Примітки: * - різниця достовірна відносно показника до лікування ($p < 0,05$);

[^] - різниця достовірна відносно показника групи порівняння ($p < 0,05$)

Як видно з таблиці 3, відмічається виражене зниження рівня тривожності та відновлення нормального психо-емоційного 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 відмічені виражені зсуви в емоційній

сфері з погіршенням показників, отриманих на початку дослідження, рівень тривожності досяг високих показників.

Застосування запропонованого терапевтично-

го комплексу сприяло покращенню перебігу вагітності та пологів у пацієток основної групи у порівнянні з жінками групи порівняння (табл. 4).

Таблиця 4.

Гестаційні наслідки у обстежених вагітних залежно від тактики ведення вагітності, %

Ускладнення гестаційного процесу	Основна група, n= 60	Група порівняння, n= 60
Загроза переривання вагітності	33,3*	61,7
Структурні зміни плаценти	36,7*	63,3
Маловоддя	8,3	16,7
Багатоводдя	6,7	6,7
Гіперплазія плаценти	1,7	3,3
Затримка росту плода	3,3	10,0
Порушення плодово-плацентарного кровотоку	10,0*	36,5
Прееклампсія	6,7*	33,3
Передчасне відшарування плаценти	-	3,3

Примітка. * - різниця достовірна різниця достовірна відносно показника групи порівняння ($p < 0,05$).

Як видно із даних таблиці 4, на фоні призначеного лікування частота загрози переривання вагітності, плацентарної дисфункції, гіпертензивних та гемодинамічних розладів у вагітних з ОАА достовірно нижча від аналогічних показників групи порівняння. Так, за даними УЗД, структурні зміни плаценти після лікування діагностовані у 36,7% пацієток, маловоддя – у 8,3% жінок, порушення плодово-плацентарного кровотоку різного ступеню - у 10%, затримка росту плода - у 3,3%. Частота розвитку гіпертензивних ускладнень також достовірно зменшилась і складала після лікування 6,7%. Загроза передчасних пологів діагностувалась достовірно рідше, ніж у групі порівняння у 33,3% вагітних.

У II групі ознаки плацентарної дисфункції в процесі гестації спостерігались значно частіше. Зокрема, структурні зміни плаценти відмічені у 63,3% пацієток, гіперплазія плаценти - у 3,3% випадків, маловоддя – у 16,7% жінок, порушення плодово-плацентарного кровотоку – у 36,5%, затримка росту плода – у 10% вагітних. Частота розвитку гіпертензивних ускладнень та загрози передчасних пологів у жінок з ОАА без специфічної терапії дещо зросла і склала 33,3% та 61,7% відповідно.

Аналіз гемоциркуляторних показників свідчить, що у жінок з ПВ в анамнезі без специфічної терапії (табл. 5) частіше спостерігається спазм периферичних судин плода і, відповідно, підвищення опору в судинах пуповини.

Таблиця 5.

Структура гемодинамічних порушень плодово-плацентарного кровотоку у обстежених вагітних залежно від тактики ведення вагітності, %

Ступінь порушення гемодинаміки	Основна група, n= 60	Група порівняння, n= 60
IA ст	1,7*	8,3
IB ст	3,3	8,3
II ст	1,7*	8,3
Дистрес плода	3,3*	11,6

Примітка. * - різниця достовірна різниця достовірна відносно показника групи порівняння ($p < 0,05$).

На фоні призначеного терапевтичного комплексу в основній групі, за даними доплерометрії, відхилення гемодинамічних показників матково-плацентарного кровотоку і плодово-плацентарного кровотоку зустрічались достовірно рідше. Пору-

шення плодово-плацентарного кровотоку IA ст виявлене у 1,7% вагітних, IB ступеню - у 3,3%, II ст - у 1,7%, дистрес плода - у 3,3% досліджуваних. В групі порівняння підвищення індексів резистентності підтверджувало наявність гемодинамічних порушень.

Виявлене достовірне зменшення частоти розвитку поєднаних порушень плацентарного та материнсько-плацентарного кровотоку і дистресу плода на фоні призначеної комплексної терапії. Так, УЗ-ознаки дистресу плода виявлені у 2 (3,3%) вагітних основної групи та у 7 (11,6%) жінок групи порівняння. В основній групі 2 вагітних розроджені з приводу дистресу плода, при цьому у 1 вагітної критичні порушення плацентарного кровотоку діагностовані в 35-36 тижнів, у 1 – дистрес плода встановлений за даними кардіокографії в пологах. В II групі у 5 з 7 жінок дистрес плода стався при недоношеній вагітності, що підтверджує гіпотезу про виснаження адаптаційно-компенсаторних механізмів у вагітних з ОАА та вегетативними розладами.

Наведені дані засвідчили меншу частоту перинатальних ускладнень та дострокового розродження, менший відсоток оперативного розродження з приводу дистресу плода у вагітних на фоні призначеного лікування.

ВИСНОВКИ

Вагітні з обтяженим акушерським анамнезом (перинатальними втратами в анамнезі) є групою підвищеного ризику розвитку соматоформних вегетативних розладів, які, в свою чергу, сприяють більшій частоті гестаційних гемодинамічних ускладнень, зокрема плацентарної дисфункції, плацентарної недостатності та дистресу плода.

Визначення стану вегетативного забезпечення діяльності серцево-судинної системи із застосуванням кардіоінтервалографії, дослідження психоемоційного стану вагітних із використанням спеціальних опитувальників та шкал, може застосовуватись в якості ранньої доклінічної діагностики особливостей гестаційного гомеостазу та своєчасних заходів перинатальної охорони плода.

Корекція психовегетативних розладів дозволяє збільшити відсоток вагітних з нормоадаптивним станом регуляторних систем, тоді як при її відсутності відмічається зростання кількості жінок з напруженням та зривом адаптаційних механізмів.

На тлі фармако-терапевтичної корекції у вагітних спостерігається виражене зниження рівня тривожності та відновлення нормального психо-емоційного фону.

Під впливом призначеного лікувального комплексу відмічається позитивна динаміка показників кардіоінтервалографії вагітних, зокрема, відновлення функціональних резервів організму та

збалансування вегетативної регуляції кровообігу, компенсація стресових механізмів. У вагітних без специфічної корекції відмічається посилення напруги у функціонуванні ВНС та поглиблення психоемоційних розладів в процесі гестації, що призводять до порушення стану плода та зростання частоти ургентного оперативного розродження.

Застосування запропонованого лікувального комплексу (фармакотерапія та психосоціальна терапія) та спільне спостереження (лікар загальної практики/лікар акушер-гінеколог та психіатр/психотерапевт) сприяють зменшенню перинатальних ускладнень та частоти розвитку дистресу плода у вагітних з обтяженим акушерським анамнезом (перинатальними втратами в анамнезі).

ЛІТЕРАТУРА

1. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / Под ред. В.Л. Голубева. М.: ООО «Медицинское информационное агенство». – 2010. – 640 с.
2. 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.
3. Воробей Л. І. Особливості діагностики дистресу плода у вагітних з порушенням нейровегетативної регуляції / Л. І. Воробей, // Семейная медицина. – 2018. - № 4. – С.105-109.
4. Гиршева Е.М. Циркадные особенности симпатико-парасимпатического взаимодействия по данным спектральных составляющих ритма сердца у беременных и родильниц в перинатальном периоде / Е.М. Гиршева, А.Н. Ерохина // Вестник новых медицинских технологий. – 2014. - №1, Т.21. – С.21-25.
5. Підлубний В. Л. Медико-психосоціальна допомога при психічних розладах : навчальний посібник / В. Л. Підлубний. -Запоріжжя, 2017. – 80 с.
6. 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.
7. Чаплінський Р. Б. Детермінанти психологічної реабілітації хворих гострим інфарктом міокарда / Р. Б. Чаплінський // Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини. - 2017. - Вип. 10. - С. 565-574.

REFERENCES

1. Autonomic disorders: clinical picture, treatment, diagnosis Moscow: Mediczinskoe informacziionnoe agenstvo; 2010. 640 p. (In Russian).
2. Venovtseva N. Yu. Adaptation resource as a leading indicator of the choice of strategies and evaluation of the effectiveness of medical and psychological support of adolescents with somatoform autonomic dysfunction of the cardiovascular system at the stage of inpatient treatment. *Ukrains'kyj visnyk psyxonevrolohiji*. 2014; 4(81): 63-66. (In Ukrainian).
3. Vorobey L.I. Features of diagnosis of fetal distress in pregnant women with impaired neurovegetative regulation. *Semejnaya medicina*. 2018; 4: 105-109. (In Ukrainian).
4. Girsheeva E.M., Erohina A.N. Circadian features of

sympathetic-parasympathetic interaction according to the spectral components of the heart rate in pregnant women and mothers in the perinatal period. *Vestnik novyh medicinskih tehnologij*. 2014; 21(1): 21-25. (In Russian).

5. Pidlubnyi V. L. Medico-psychosocial care for mental disorders: a textbook. Zaporizhzhia, 2017. 80 p. (In Ukrainian).
6. Sokolov S.A. Algorithm for an objective assessment of the results of treatment of patients with neurocirculatory dystonia: justification and experience of application. *Rossiiskij mediko-biologicheskij vestnik imeni akademika I.P. Pavlova*. 2010; 4: 104-109. (In Russian).
7. Chaplinskyi R. B. Determinants of psychological rehabilitation of patients with acute myocardial infarction. *Visnyk Kamjanec'-Podil's'koho nacional'noho universytetu imeni Ivana Ohijienka. Fizyčne vuxovannja, sport i zdorovja ljudyiny*. 2017; 10: 298-306. (In Ukrainian).

РЕЗЮМЕ

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ДИСТРЕССА ПЛОДА ПРИ ОТЯГОЩЕННОМ АКУШЕРСКОМ АНАМНЕЗЕ

ВОРОБЕЙ Л.И.

Цель исследования - оценить эффективность коррекции психовегетативных расстройств в профилактике дистресса плода у беременных с отягощенным акушерским анамнезом (перинатальными потерями). **Материалы и методы.** Беременные с отягощенным акушерским анамнезом были разделены на 2 клинические группы: основная (I группа) и группа сравнения (II группа). Пациенткам основной группы (n = 60) назначали предложенный лечебный комплекс, включающий комбинацию психотерапии и вегетостабилизирующие средства. Группу сравнения составили 60 беременных с перинатальными потерями в анамнезе, которые не отличались по возрасту, полу, индексу массы тела и получали только стандартную медикаментозную терапию. Для оценки динамики выраженности клинических проявлений вегетативного дисбаланса до и после проведенного лечения использовали показатели кардиоинтервалографии. Уровень психоэмоционального состояния и психосоматических расстройств определяли по шкале Спилберга-Ханина. **Результаты.** Под воздействием проводимой терапии существенно уменьшилась выраженность клинических проявлений вегетативных расстройств, достоверно снизилась частота симпатикотонии по данным кардиоинтервалографии. После проведенного лечения в основной группе отмечено достоверное увеличение процента беременных с нормоадаптивным состоянием регуляторных систем с 48,3% до 86,7%, выраженное снижение уровня тревожности и восстановление нормального психо-эмоционального фона. Применение предложенного лечебного комплекса способствовало улучшению течения беременности у пациенток с перинатальными потерями в анамнезе, в частности, уменьшилась частота гемодинамических расстройств с 34,1% до 10% и дистресса плода - с 10,8% до 3,3%. **Выводы.** Рост частоты акушерских осложнений, в частности, дистресса плода, у беременных с перинатальными потерями в анамнезе связан с развитием нейровегетативных нарушений, что подтверждено данными кардиоинтервалографии. Анализ вариабельности сердечного ритма может применяться для

ранней диагностики нейровегетативных расстройств и своевременной профилактики гестационных осложнений. Предложенный лечебный комплекс, направленный на нормализацию механизмов психоэмоциональной регуляции и симптоматическую терапию вегетативной дисфункции, снижает частоту гемодинамических расстройств и дистресса плода.

Ключевые слова: перинатальные потери в анамнезе, дистресс плода, нейровегетативная регуляция, диагностика, лечение.

SUMMARY

POSSIBILITIES OF CORRECTION OF PSYCHOVEGETATIVE DISORDERS IN PREVENTION OF FETAL DISTRESS WITH WEIGHTENED OBSTETRIC ANAMNESIS

VOROBAY L.I.

The purpose – to evaluate the effectiveness of the correction of psychovegetative disorders in the prevention of fetal distress in pregnant women with complicated obstetric history (perinatal losses). **Materials and methods.** Pregnant women with complicated obstetric history were divided into 2 clinical groups: the main (group I) and the comparison group (group II). Patients of the main group (n = 60) were prescribed the proposed treatment complex, which includes a combination of psychotherapy and autonomic stabilizing drugs. The comparison group consisted of 60 pregnant women with a history of perinatal losses that did not differ in age, sex, body mass index and received only standard drug therapy. Cardiointervalography indicators were used to assess the dynamics of autonomic imbalance before and after treatment. The level of psycho-emotional state and psychosomatic disorders was determined by the Spielberg-Khanin scale. **Results.** Under the influence of the therapy, the severity of clinical manifestations of autonomic disorders was significantly reduced, and the frequency of sympathotonia was significantly reduced according to cardiointervalography. After treatment in the main group there was a significant increase in the percentage of pregnant women with normoadaptive state of regulatory systems from 48.3% to 86.7%, a marked decrease in anxiety and restoration of normal psycho-emotional state. The use of the proposed treatment complex helped to improve the course of pregnancy in patients with a history of perinatal losses, in particular, reduced the incidence of hemodynamic disorders from 34.1% to 10% and fetal distress - from 10.8% to 3.3%. **Conclusions.** The increase in the incidence of obstetric complications, in particular, fetal distress, in pregnant women with a history of perinatal losses is associated with the development of autonomic disorders, as evidenced by cardiointervalography. Analysis of heart rate variability can be used for early diagnosis of autonomic disorders and prevention of gestational complications. The proposed treatment complex, which included psycho-emotional regulation and symptomatic therapy of autonomic dysfunction, helps to optimize the fetus perinatal protection, to prevent the hemodynamic disorders and fetal distress.

Key words: history of perinatal losses, fetal distress, autonomic regulation, diagnosis, treatment,