

**Міністерство охорони здоров'я України
Дніпропетровський державний медичний інститут**

На правах рукопису

ХАРХОТА ВІТАЛІЙ БОРИСОВИЧ

**ОСОБЛИВОСТІ ДИСПАНСЕРИЗАЦІЇ ВАГІТНИХ З НЕЙРО-
ЦИРКУЛЯТОРНОЮ ДИСТОНІЄЮ ПО ГІПЕРТЕНЗИВНОМУ ТИПУ**

14.01.11 - кардіологія

АВТОРЕФЕРАТ

**дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук**

Дніпропетровськ 1996

612.17

AB 36.144

Дисертація є рукописом

Роботу виконано в Дніпропетровському державному медичному

інституті

ЛННБ України ім.В.Стефаніка



00757079 (Z)

Наукові керівники:

член-кореспондент АМН України
заслужений діяч науки і техніки України
доктор медичних наук, професор
Г.В. Дзяк

доктор медичних наук, професор
К.В. Воронін

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук
Є.П. Свищенко

доктор медичних наук, професор
Л.А. Стаднюк

Провідна установа -

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Захист дисертації відбудеться "25" грудня 1996 року на засіданні Спеціалізованої вченої ради Д.01.22.01 зі спеціальності 14.01.11 "Кардіологія" при Українському науково-дослідному інституті кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска (252151, М.Київ, вул. Народного Ополчення, 5).

З дисертацією можна ознайомитися в бібліотеці Українського науково-дослідного інституту кардіології ім.акад. М.Д. Стражеска.

Автореферат розісланий "22" листопада 1996 р.

Вчений секретар Спеціалізованої вченої ради,
доктор медичних наук

І.Е.Малиновська

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСЕРТАЦІЇ

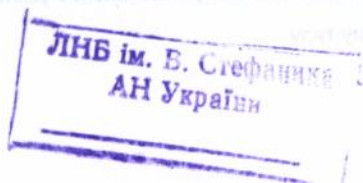
Актуальність проблеми

Однією з проблемних питань у кардіології та акушерстві залишилась екстрагенітальна патологія, зокрема серцево-судинні захворювання, які мають високий рівень материнської і перинатальної захворюваності і смертності (В.О.Бобров, В.К.Ташук, В.Я.Трутяк, 1994; М.М.Шехтман, Т.П.Бархотова, 1982; О.М. Елісеев, 1983; Ариас Ф., 1989; Мелліна І.М., 1992; Гутман Л.Б., 1992; Назаренко Л.Г., Бобріцина У.У., 1995; Подолський У.У., Моді-Салех Фархат, Журавель І.А., 1994; Saner P.M., 1993;).

Підвищений інтерес кардіологів і акушерів притягає артеріальна гіпертензія вагітних, маюче виражений негативний вплив на перебіг вагітності і виходи пологів . Актуальність проблеми "гіпертензивні порушення і вагітність" визначається високою частотою цієї патології, яка по даним різних авторів складає від 4,3% до 32,1% і володіє тенденцією по дальшому росту (Абрамченко У.У., Моїсеев У.Н., Саркісян Н.О., 1992; Ваніна Л.У., 1988; Віхляєва Е.М., 1988; Коломіїцева А.Г., Гутман Л.Б., Мел'ник Ю.У., 1988; Davies A.M., Dunlop W., 1983; Notake K., Ideura T., 1992; Zimlichman R., Waysbort J., Zakut H., 1993;).

До цього часу залишилися невирішеними численні питання названої патології (класифікація, патогенез, стан фето-плацентарного комплексу, сполучення з пізнім токсикозом, аспекти диспансерного спостереження і профілактики). Особливо це стосується функціональних захворювань серцево-судинної системи.

Важливим аспектом проблеми є необхідність комплексного вивчення центральної і регіонарної гемодинаміки у залежності від психологічного типу у вагітних з нейро-циркуляторною дистонією по гіпертензивному типу, дозволяючим виділити гемодинамічні критерії розвитку ускладнень вагітності.



Особливо цікавим є використання доплерометрії ниркових артерій для вивчення ниркового кровообігу (Л.С.Храмова, 1993), котра ще не набула широкого застосування у обстеженні вагітних з НЦД.

Таким чином вивчення окремих аспектів патогенезу та розроблення принципів профілактики та диспансеризації вагітних з НЦД є актуальним і потребує досліджень психологічних типів та гемодинаміки у вагітних.

Мета роботи

Розробка принципів диспансеризації вагітних з НЦД по гіпертензивному типу для зниження частоти розвитку гіпертензивних станів і акушерських ускладнень у вагітних.

Завдання дослідження

1. Вивчити характерні зміни гемодинаміки, її регуляторних механізмів і психологічні типи у жінок з неускладненим перебігом вагітності.

2. Вивчити характерні зміни гемодинаміки, її регуляторних механізмів і психологічні типи у жінок з НЦД по гіпертензивному типу під час вагітності.

3. Розробити принципи диспансеризації вагітних з НЦД по гіпертензивному типу для профілактики розвитку екстрагенітальних і акушерських ускладнень.

Наукова новизна та теоретичне значення роботи

У роботі вперше була досліджена залежність змін центральної і регіонарної (ниркової і церебральної) гемодинаміки від психологічного типу у вагітних з нейро-циркуляторною дистонією по гіпертензивному типу і у жінок з неускладненим перебігом вагітності. Установлені психологічні та гемодинамічні критерії прогнозу розвитку гіпертензивного синдрому і пізнього гестозу. Розроблені аспекти диспансеризації і поетапної профілактики акушерських і екстрагенітальних ускладнень у вагітних з НЦД по гіпертензивному типу.

Практичне значення роботи

Розроблені гемодинамічні критерії дозволяють об'єктивізувати диференціацію вагітних з НЦД на групи з різним ризиком розвитку ускладнень вагітності.. Обґрунтована доцільність диспансерного спостереження і проведення поетапних профілактичних заходів у вагітних з НЦД по гіпертензивному типу і у вагітних-інтравертів з неускладненим перебігом вагітності. Дослідження ниркової гемодинаміки засобом ультразвукової доплерометрії, дозволяє не тільки вивчати нирковий кровообіг, але й дає можливість проведення диференціальної діагностики і симптоматичних артеріальних гіпертензій у вагітних.

Положення, що виносяться на захист

1. У вагітних з НЦД по гіпертензивному типу зрушення найважливіших показників центральної і регіонарної гемодинаміки мають стадійність.

2. Особливості клінічного перебігу і функціонального стану серцево-судинної системи у вагітних залежать від психологічного типу.

3. Комплексне дослідження у динаміці гемодинамічних функцій і психологічного типу у вагітних дозволяє визначити критерії розвитку гіпертензивних станів і пізнього гестозу, як те: інтравертованість, гіпокінетичний тип гемодинаміки, спазм церебральних судин, утруднення венозного току, зниження об'ємного ниркового кровообігу.

4. Вагітних-інтравертів з неускладненим перебігом вагітності необхідно розглядати як групу ризику розвитку гіпертензивних станів і належному диспансерному догляду терапевтом.

5. Запропоновані принципи диспансеризації і профілактики у вагітних дозволять знизити частоту розвитку гіпертензивного синдрому і клінічних виявлень пізнього гестозу, що свідчить про їх вплив на основні ланки патогенезу гіпертензії при вагітності.

Конкретна особиста участь автора в отриманні наукових результатів, які викладені в дисертації

Особистий внесок автора в отримання наукових результатів є основним і полягає у виборі напрямку і методів дослідження, детермінації вагітних дослідної та контрольної груп, формулюванні мети та завдань дослідження, в проведенні суттєвого об'єму клінічних, інструментальних досліджень, в аналізі, узагальненні та статистичній обробці результатів дослідження, в підготовці наукових даних до публікації.

Апробація роботи

Основні результати дисертаційної роботи повідомлені та обговорені на засіданнях Дніпропетровського обласного суспільства кардіологів і акушерів-гінекологів (1994, 1995, 1996), на наукових конференціях Дніпропетровської державної академії (1994, 1995, 1996).

Впровадження результатів дослідження в практику

Принципи диспансеризації вагітних з НЦД по гіпертензивному типу і профілактики розвитку екстрагенітальних і акушерських ускладнень на її фоні впроваджені у жіночих консультаціях мм. Дніпропетровська, Кривого Рогу, Дніпродзержинська. Результати досліджень включені в програму навчання субординаторів і інтернів при вивченні поділу "Захворювання серцево-судинної системи і вагітність". За темою дисертації опубліковано 8 робіт. Одержано посвідчення на раціоналізаторську пропозицію.

Обсяг та структура дисертації

Дисертація складеться з введення, огляду літератури, чотирьох розділів власних доглядів, заключення, висновків, практичних рекомендацій, покажчика літератури. Основний текст викладений на 144

сторінках машинописі. ілюстрований 26 таблицями і 10 малюнками. Бібліографія включає 300 джерел вітчизняних і іноземних авторів.

ЗМІСТ ДОСЛІДЖЕННЯ МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Клінічна характеристика обстежених вагітних

Робота заснована на вивченні результатів обстеження 100 вагітних з нейро-циркуляторною дистонією по гіпертензивному типу (основна група) і у 60 вагітних з неускладненим перебігом вагітності (контрольна група).

Відбір вагітних у основну групу з нейро-циркуляторною дистонією по гіпертензивному типу (НЦД по гіпертензивному типу) проводився у жіночій консультації шляхом скринінга вагітних у термінах 7-8 тижнів на основі критерію, що розроблені у ІММІ ім. І.М. Сеченова В.І.Маколкіним та співавт. (1991). Для виключення симптоматичних гіпертензій застосовували допитник РКНЦ і комплекс клініко- функціональних досліджень (анамнез, вивчення спадковості, аналіз сечі по Нечипоренко і Зимницькому, аналіз крові на глюкозу, доплерометрія ниркових артерій, електрокардіографія).

У вагітних з НЦД по гіпертензивному типу найбільш (73%) склали жінки 20-29 років, те є зрілого репродуктивного віку. Віковий склад контрольної групи був аналогічний основної, 72% вагітних склали жінки 20-29 років.

Серед вагітних з НЦД по гіпертензивному типу першевагітних було 26%, повторновагітних - 74%, у контрольній групі відповідно 43% і 57%. Таким чином, НЦД по гіпертензивному типу зустрічалась частіше у повторновагітних, ніж у першевагітних.

У більшості жінок основної групи рід занять був пов'язаний з психічним навантаженням: Серед досліджених вагітних з НЦД по гіпертензивному типу переважали жінки розумової праці - службовці та учні 77 (59%), жителі великого міста, що побічно підтвержує значення психогенних факторів у

розвитку гіпертензивного синдрому (Астахов У.М., 1995; Зейгарнік Б.У., 1986; Донечний Р., Боухал М., 1992;).

У формуванні гемодинамічних реакцій організму важливу роль, як видно грають не тільки зовнішні впливи, але і психоособовий стан самих вагітних.

Результати психологічного тестування вагітних по допитнику Айзенка (шкала екстра-інтраверсії) свідчать про більш високі частоти інтравертірованності у вагітних з НЦД по гіпертензивному типу (інтраверти - 69%, екстраверти - 24%, алебоверти - 7%). Таким чином, інтравертованість викликає собою своєрідний вегетативний фон, на якому формувався гіпертензивний симптомокомплекс.

У 42 (42%) вагітних основної групи НЦД по гіпертензивному типу спостерігалася до вагітності. При цьому давність захворювання НЦД складала: до 3-х років у 7 (16,6%) вагітних, від 3 до 5 років у 27 (64,2%), від 5 років і більше у 8 (19,1%).

У 58 (58%) жінок НЦД по гіпертензивному типу виявлена при теперішній вагітності, переважно у першій її половині: 7-8 тижнів вагітності у 9 (9%) жінок, у 9-10 тиж. - у 21 (21%), у 11-12 тиж. - у 43 (43%) і у 13-14 тиж. - у 27 (27%).

Артеріальний тиск в діапазоні 135/90-150/100 мм.рт.ст. спостерігався у 72 (72%) з 100 вагітних з НЦД ГТ, у межах 150/105-175/110 мм.рт.ст. у - 20 (20%), 175/115 мм.рт.ст. і вище у - 8 (8%).

Аналіз перебігу вагітності і пологів у жінок з НЦД по гіпертензивному типу виявив, що ранковий гестоз був у 22 (22%) вагітних із 100 жінок основної групи, клінічні виявлення нефропатії виникли у 32 (32%) вагітної, у тому числі нефропатія I ступені - у 18 (18%), нефропатія II ступені - у 14 (14%) жінок.

У 89 (89%) вагітних з НЦД по гіпертензивному типу (основна група) пологи відбулися у терміні, передчасні пологи були у 11 (11%), несвоєчасне виливання навколоплідних вод - у 14 (14%), слабкість

пологової діяльності - у 12 (12%), гіпоксія плоду-у 18 (18%), асфіксія новонародженого - у 5 (5%), патологічна кровотеча відзначена у 21 (21%) вагітній.

Таким чином, проведені клінічні спостереження свідчать про більш часті ускладнення вагітності і пологів у жінок з НЦД по гіпертензивному типу у порівнянні з групою здорових вагітних.

Методи дослідження

Сформульовані в роботі завдання вирушувались за допомогою комплексу клініко-інструментальних методів обстежень.

Для оцінки показників центральної гемодинаміки та кровообігу в аорті застосовувалася методика ультразвукового дослідження, яка базується на загальноприйнятих особливостях використання ехокардіографії в кардіологічній практиці (H. Feigenbaum, 1994). Використовувався ультразвуковий сканер "Combison-320" (Австрія). Визначалися кінцево-діастолічний та кінцево-сistolічний розміри лівого шлуночка. За формулою L. Theicholz (1972) розраховувалися кінцево-діастолічний та кінцево-сistolічний об'єми (КДО та КСО) лівого шлуночка. Виходячи з одержаних показників визначали гемодинамічні параметри (F. Huweret. al., 1994): ударний об'єм крові (УОК), ударний індекс (УІ), хвилинний об'єм крові (ХОК), серцевий індекс (СІ), показник загального периферичного судинного опору (ЗПСО), удельного периферичного судинного опору (УПСО), максимальну швидкість кровообігу ($Ш/К_{\max}$) в систолу, пульсаційний індекс (ПІ), індекс резистентності (ІР), мінімальну швидкість кровообігу в діастолу ($Ш/К_{\min}$), систоло-діастолічне ставлення (С/Д).

Оцінка стану кровообігу головного мозку в різних ділянках проводилася за допомогою реоенцефалографії, с використанням набору - (РА-5) і розробленого комп'ютерного комплексу автоматичної обробки реограм. Аналіз реограм проводився по методикі (Л.Б.Гутман і співавт., 1983).

Визначалися: реографічний індекс (PI), період максимального кровенаповнення (A), відношення тривалості періоду максимального кровенаповнення до довготривалості усій хвилі (a/T), діастолічний індекс (DІ), тривалість катакротичної фази (B), дикротичний індекс (ДКІ).

Оцінка швидкості кровообігу у ниркових артеріях проводилася за допомогою ультразвуковою доплерометрією (УЗД). Визначали: максимальну швидкість кровообігу ($Ш/К_{\max}$) в систолу, пульсаційний індекс (PI), індекс резистентності (IP), мінімальну швидкість кровообігу в діастолу ($Ш/К_{\min}$), систоло-діастолічне ставлення (С/Д), об'ємну швидкість кровообігу ($Ш/К_{\text{об}}$).

Визначення психологічних типів вагітних-екстраверсія, інтраверсія проводився по методикі В.М.Блейхера, И.В.Крука (1986).

Диспансеризація і лікування вагітних основної групи з НЦД по гіпертензивному типу здійснювались спільно з лікарем акушером-гінекологом у відповідності з методичними рекомендаціями МЗ України (Л.Б.Гутман і співавтори., 1988). Досліди гемодинаміки у вагітних з НЦД по гіпертензивному типу і жінок з неускладненим перебігом вагітності запропоновано в динаміці по триместрам вагітності.

Математична обробка матеріалів дослідження проводилася за допомогою персонального комп'ютера IBM PC AT з подальшим розрахунком згідно методам варіаційної статистики (S.R.Mascioli et. al., 1990).

ВЛАСНІ РЕЗУЛЬТАТИ

Результати дослідження гемодинаміки у вагітних с НЦД по гіпертензивному типу

Нами встановлено, що у вагітних з НЦД по гіпертензивному типу починаючи з другого триместра вагітності становиться переважним гиперкінетичний стан кровообігу (зростання значень показників ХОК

(6,90±0,11 л/хв), СІ (3,86±0,07), УОК (72,76±1,31 мл), УІ (40,92±0,74)), Ш/К_{макс} (1.02±0,01 м/с) в наслідок гіпердинамії лівого шлунка серця. Це свідчить про схожість механізму виникнення гіпертензії пов'язаного з зростанням серцевого викиду, властивому початковій стадії гіпертонічної хвороби. У третьому триместрі у цих жінок виявлено вірогідне зростання системного периферичного опору (ЗПСО 1511,94±16,82; p<0,01), (УПСО-27,23±0,35; p<0,001), ПІ (153,3±14,8; p<0,05), С/Д (416,7±14,8; p<0,01) і переважаючим становиться гипокінетичний варіант кровообігу. Коли припустити, що во другому триместрі вагітності зростання серцевого викиду сприяє більше адекватному церебральному кровообігу, за рахунок зростання інтенсивності кровонаповнення (PI - 0,450±0,002) і поліпшення венозного току (ДКІ -0,633±0,003) у церебральних судинах, то знайдене у вагітних з НЦД по гіпертензивному типу у третьому триместрі зниження церебрального кровообігу (PI - 0,407±0,003; p<0,01) і зростання резистентності судин дрібного і середнього калібру (ДІ - 0,730±0,006; p<0,01) свідчить про неадекватні цього компенсаторного механізму і досить швидким его виснаженням.

Зниження ефективності гемодинаміки у периферичному руслі спостерігаються у більш ранніх термінах вагітності, ніж звичайно заведено вважати. Свідомством тому з'являються виявлені нами зміни ниркового кровообігу у вагітних з НЦД по гіпертензивному типу вже починаючи з другого триместру вагітності.

Ці зміни характеризувалися вірогідним зниженням інтенсивності кровонаповнення (Ш/К_{макс} - 0,83±0,03), об'ємного кровообігу (Ш/К_{об} - 476,57±16,11) і зростанням судинної периферичної резистентності (ПІ - 162,50±5,73; ІР 77,36±1,76; С/Д - 476,57±16,11) у басейні ниркових артерій.

Таким чином, недостатня ефективність регіонарного ниркового кровообігу з'явилась як видно одним з початкових патогенетичних ланок формування гіпертензивних і інших ускладнень у вагітних.

Особливості гемодинаміки у вагітних с НЦД по гіпертензивному типу з різними психологічними типами.

Дані психоособового тестування по шкалі екстра-інтравертірованості у вагітних з НЦД по гіпертензивному типу, виказали переважання серед них жінок з високим показником інтравертірованності (69%), що як видно з'явилось клінічним відбуванням загальної психовегетативної нест і йкості особистості (его конституціональної соматогенної чи ситуаційної обумовленної емоційної нестабільності). У порівнянні з цією групою, у вагітних з безускладеним перебігом вагітності відсоткове співвідношення алебовертів (40 %), екстравертів (30 %), інтравертів (30 %) було більш рівномірним.

Очевидно, індивідуально-особисті особливості жінок, їх внутришній світ беруть у формуванні особливостей хвороби, її перебіг у і ускладнень (А.У. Квасенко, Ю.Г. Зубарев, 1983; М.М.Кабанов і співавтори., 1985; Л.І.Завилянська, 1987;).

Детальний аналіз результатів дослідів про особисті спрямованості свідчить, що вагітні з нейро-циркуляторною дистонією по гіпертензивному типу характеризуються у головному, як інтравертіруючі особи. Установлювано, що саме у вагітних інтравертів, у відмінності від алебовертів, екстравертів відбувалося вірогідне зростання показників ЗПСО ($1511,61 \pm 26,97$; $p < 0,01$), УПСО ($29,06 \pm 0,34$; $p < 0,01$), ПІ ($180,9 \pm 8,6$; $p < 0,05$), ІР ($84,70 \pm 0,37$; $p < 0,01$), С/Д ($547,16 \pm 19,36$; $p < 0,001$) і зниження показників РІ ($0,40 \pm 0,01$; $p < 0,001$), Ш/К_{макс.н} ($0,79 \pm 0,02$; $p < 0,001$), Ш/К_{мін.н} ($0,14 \pm 0,01$; $p < 0,001$), Ш/К_{об.н} ($425,87 \pm 13,09$; $p < 0,001$).

Звертає на себе увагу, що у динаміці розвитку вагітності у групі вагітних інтравертів з НЦД по гіпертензивному типу були виявлені визначенні закономірності змін окремих гемодинамічних показників. Так у вагітних у другому триместрі в порівнянні з першим триместром відбувалося вірогідне зростання показників центральної (ЗПСО на 10,1%, УПСО на 9,6%), ниркової (ПІ на 31,2%, ІР на 17,1%, С/Д на 31,5%) гемодинаміки,

засвідчуючих про зниження інтенсивності церебрального і ниркового кровообігу (РІ на 9,5%, Ш/К_{мін} на 30%, Ш/К_{об} на 12,2%). У третьому триместрі у цих жінок не тільки збереглася, але і продовжувала наростати тенденція зниження показників центральної (ХОК на 11,1%, СІ на 9,2%, УО на 11,4%, УІ на 13,4%), церебральної і ниркової гемодинаміки (ІР на 15%, Ш/К_{мін} на 40,9%, Ш/К_{об} на 16,5%) і вірогідне зростання периферичної судинної резистентності (ЗПСО на 22,4%, УПСО на 19,5%, С/Д_а на 12,5%, ПІ_н на 30%, ІР_н на 9,8%, С/Д_н на 34,7%).

Таким чином, переважання найбільш несхвального гіпокінетичного типу гемодинаміки у вагітних інтравертів спостерігається вже у II триместрі вагітності. У третьому триместрі, на фоні вірогідного зниження показників ХОК, СІ, УО, УІ, РІ, Ш/К_{макс.н.}, Ш/К_{мін.н.}, Ш/К_{об.н.}, гіпокінетичний тип гемодинаміки стає визначальним.

Визначення функціонального стану гемодинаміки при допомозі ПФСГ також свідчить, що у вагітних-інтравертів гемодинамічні порушення частіше носили виражений характер (18%), тоді як у екстравертів (4,2%) і у алебовертів (1%) протікали легше.

Отримані нами дані про стан центральної і регіонарної гемодинаміки у вагітних з НЦД по гіпертензивному типу у різних психологічних типом, дозволять укласти, що у деяких вагітних в силу природжених і набутих особливостей їх фізіологічної і психологічної конституції має схильність до тих чи інших функціонально-динамічних змінювань, приводжучим до порушення гемодинамічних реакцій на системному та регіонарному рівнях. Особливо ці зміни виявленні у вагітних з високим рівнем інтравертірованності.

Таким чином, сполучення інтравертірованності, преморбідних індивідуально-особистих особливостей, які формують специфічність реагування і розвитку патологічного процесу для даної особистості і вагітності викликає розвиток чи прогресування гіпертензивного синдрому.

Результати дослідження гемодинаміки у жінок з неускладненим перебігом вагітності

Передумови для формування гіпертензії під час вагітності мали і у клінічно здорових жінок. Проведене нами комплексне вивчення показників центральної і регіонарної (церебральної і ниркової) гемодинаміки у жінок з неускладненим перебігом вагітності показало, що у III триместрі вагітності у них відбувається зростання судинного периферичного опору, зниження інтенсивності кровонаповнення головного мозку і погіршення регіонарної ниркової гемодинаміки (ЗПСО - $1338,7 \pm 14,38$; УПСО - $24,55 \pm 0,69$; РІ - $0,51 \pm 0,01$; Ш/К_{мін} - $0,27 \pm 0,01$; ПІ - $174,5 \pm 4,6$; ІР - $76,9 \pm 0,88$; С/Д - $453,0 \pm 22,26$; Ш/К_{ос} - $518,37 \pm 21,10$). Це підтверджує думку ряду авторів (Шехтман М.М.1991), що вагітність являється станом хронічного стресу, у процесі якого в організмі навіть при безускладненому перебігу вагітності, відбувається розбалансування процесів керівництва адаптаційними механізмами і формування преморбідного фону.

Психосоціальні тестування у групі здорових вагітних і вивчення гемодинаміки визначило, що зміни центральної гемодинаміки СІ ($3,09 \pm 0,09$; $p < 0,05$), УІ ($34,80 \pm 1,11$; $p < 0,05$), УПСО ($23,35 \pm 0,61$; $p < 0,01$), кровообігу у аорті ІР ($77,90 \pm 0,72$; $p < 0,05$) С/Д ($468,04 \pm 15,58$; $p < 0,05$), церебральної РІ ($0,45 \pm 0,01$; $p < 0,01$) і нирковою гемодинаміки ІР ($73,1 \pm 1,9$; $p < 0,05$), С/Д ($393,3 \pm 28,2$; $p < 0,01$), Ш/К_{ос} ($534,08 \pm 26,63$; $p < 0,01$)) у вагітних інтравертів з неускладненим перебігом вагітності вірогідне різни в порівнянні з вагітними алебовертами і екстравертами. По ряду показників, засвідчуючих про зниження ефективності церебрального, і особливо ниркового кровообігу (УПСО, РІ, ДКІ, ІР, С/Ш_{ос}) у здорових вагітних-інтравертів їх значення наближаються до середніх значень аналогічних показників у вагітних з НЦД по гіпертензивному типу. По всій видимості сполучення інтравертірованості і змін гемодинаміки можливо пояснити нами факт виникнення у здорових вагітних пізнього гестозу у 9,3% випадків, артеріальної гіпертензії 7,4%, передчасних пологів у 3,3% випадків і

гіпоксії плоду у 6,6% випадків. Це дало можливість нам прийти до заключення, що дуже вагітні -інтраверти, з'являються групою високого ризику виникнення НЦД по гіпертензивному типу і інших гіпертензивних порушень при вагітності.

Прогнозування, особливості диспансеризації і профілактики розвитку НЦД по гіпертензивному типу і її ускладнень у вагітних

Проведення рангового кореляційного аналізу дало можливість нам відібрати гемодинамічні показники з високим коефіцієнтом кореляції (СІ - 0,76; УПСО - 0,86; РІ - 0,81; ДКІ - 0,75; С/Д - 0,91; Ш/К_{об} - 0,92), значення яких з'являються критеріями порушення кровообігу. По ранкових признаках порушень гемодинаміки і перебігу гестаційного процесу у вагітних високого ризику розвитку гіпертензивного синдрому відносяться: зниження серцевого індексу менш 2,9л/мін/м²; зростання УПСО більш 26,4 вус.ед., зниження РІ менш 0,39 вус.ед., зростання ДКІ більш 0,668; зниження Ш/К_{об} менш 507,45 мл/мін.

Визначення показника стану гемодинаміки вагітної (ПФСГ) з допомогою формул, описуючих регресивну парну залежність між оцінкою стану кровообігу вагітної і найбільш інформаційними критеріями центральної і регіонарної гемодинаміки дало можливість визначити ступінь порушення функціонального стану кровообігу у вагітних. Це дало можливість у динаміці вагітності об'єктивно оцінити спрямованості патологічного процесу і ефективність зроблених профілактичних і лікувальних впливів. Вирахування показника функціонального стану гемодинаміки (ПФСГ) дозволили визначити ранні порушення у 68% вагітних-інтравертів з НЦД по гіпертензивному типу, у 42% вагітних-екстравертів з НЦД по гіпертензивному типу, у 46% вагітних-алебовертів з НЦД по гіпертензивному типу і у 12% вагітних інтравертів з неускладненим перебігом вагітності.

Отримувані відомості гемодинаміки у вагітних з різним психологічним типом показало, що виявлення інтравертірованості можливо з'явиться одним з критеріїв прогнозу і розвитку гіпертензивного синдрому у вагітних. Сполучення інтравертірованості показника функціонального стану гемодинаміки більше 1,5 з'явилося надто несприятливою прогностичною ознакою.

При формуванні груп ризику розвитку гіпертензивного синдрому у вагітних нами запропоновано використання діагностичного алгоритму, включаючого : обов'язкове психоособове тестування по допитнику Айзенка усіх вагітних у момент поставлення на облік у жіночій консультації, відбір здорових вагітних-інтравертів у спеціальну диспансерну групу. Проведення у них цілеспрямовано ехокардіографії, доплерометрії ниркових артерій, реоенцефалографії для означення показників (СІ, УПСО, РІ, ДКІ, Ш/К_{об.}, С/Д) і обчислення показника ПФСГ; відбір вагітних у групу з НЦД по гіпертензивному типу і проведення у них незалежно від стану психоособового статусу ехокардіографії, доплерометрії ниркових артерій, реоенцефалографії для означення показників (СІ, УПСО, РІ, ДКІ, Ш/К_{об.}, С/Д) і обчислення показника ПФСГ.

З обліком виявлених особливостей патогенезу гіпертензивних станів у вагітних з нейро-циркуляторною дистонією по гіпертензивному типу нами були розроблені принципи диспансерного спостереження вагітних з даною патологією.

1. Більш раннє активне виявлення жінок з НЦД по гіпертензивному типу і з високим ризиком гіпертензивних ускладнень у період вагітності з числа клінічно здорових жінок-інтравертів.

1.1. Забезпечення спадкоємності поміж терапевтом жіночої консультації і дільничної територіальної служби, з метою передачі жінок що є на диспансерному обліку з приводу НЦД по гіпертензивному типу у період вагітності, для дальшого спостереження жіночою консультацією.

1.2. Усім вагітним, втім числі з неускладненим перебігом вагітності, при ставленні на облік необхідно проводити психоособове тестування по допитнику Айзенка з метою означення рівня екстра-інтравертірованості.

2. Диференціація у формуванні диспансерних груп і у проведенні лікувально-діагностичних заходів.

2.1. Дослідження центральної і регіонарної гемодинаміки, враховуючи різний рівень і ступінь її порушення. Вивчення значень показників центрального і регіонарного (церебрального і ниркового) кровообігу у динаміці вагітних з НЦД по гіпертензивному типу є найважливішим методом для оцінки важкості стану вагітних, розуміння особливостей гіпертензивного синдрому, прогнозу перебігу вагітності, вибору диференційованої індивідуальної терапії, і контролю за її ефективністю.

2.2. Прогнозування перебігу і маніфестації захворювання; здійснення медикаментозного і немедикаментозного лікування з урахуванням даних доплерометрії і психологічного типу.

3. Комплексність, динамічність і періодичність обстеження і лікування.

3.1. Діагностику проводити з включенням ЕХОКГ, доплерометрії кровообігу, психоособового тестування.

3.2. Спільне спостереження терапевта, невропатолога, акушер-гінеколога, оскільки вагітні з НЦД по гіпертензивному типу вимагають висококваліфікованого лікарського контролю. Це викликано не тільки необхідністю рішення про можливість виношування вагітності, але і своєчасним проведенням адекватного профілактичного лікування і більш раннім виявленням порушень.

3.3. Виділення груп поглибленого обстеження (здорові інтраверти, вагітні з НЦД по гіпертензивному типу, вагітні зі стабільним гіпертензивним синдромом) з обліком прогнозу по показнику функціонального стану гемодинаміки.

3.4. Проведення доплерометричного моніторингу для контролю за ефективністю лікування.

3.5. Періодичність термінів обстеження і лікування викликана різним ступенем і характером порушень гемодинаміки. Вагітним з НЦД по гіпертензивному типу і здоровим інтравертам необхідно поглиблене обстеження один раз у триместр. Вагітним з НЦД по гіпертензивному типу-інтравертам у сполученні з нефропатією додатково у терміни 38-39 тиж, що викликано можливістю розвитку гіпертензивного кризу у період пологів. Лікувально-профілактичні заходи необхідно проводити по групах ризику: НЦД по гіпертензивному типу (8-10 тиж. і 28-32 тиж); здорові вагітні-інтраверти (8-10 тиж.).

4. Системність і приемственність у лікуванні і профілактики.

4.1. Вплив необхідно проводити одразу на декількох рівнях патогенезу, з обліком виявлених порушень (нейрогенний і гемодинамічний фактори)

4.2. Профілактичні заходи розпочаті з моменту взяття вагітної на облік повинні бути довготривалими під час вагітності у пологах, після пологів, що дозволить запобігти дальшому розвитку артеріальної гіпертензії.

5. Приоритет превентивної терапії.

5.1. Проведення превентивної терапії у здорових вагітних інтравертів у можливо ранні терміни вагітності (8-12 тиж.) з метою профілактики розвитку гіпертензивного синдрому викликано існуючими ускладненнями у даного контингенту вагітних.

6. Раціональне положорозрішення.

6.1. Програміровані пологи

6.2. Медикаметозне забезпечення пологів і післяпологового періоду.

Проведення профілактичних заходів, диспансерного спостереження по запропонованих принципах і диференційної превентивної апи- фітотерапії у вагітних високого ризику розвитку пізнього гестозу зробило благоприятний вплив на функціональний стан гемодинаміки, що виявило зниження показників УПСО до $19,12 \pm 0,31$; Ш/К_{чирк} до $288,18 \pm 29,11$, ДКІ до $0,518 \pm 0,003$ і зростанні показників СІ до $3,51 \pm 0,09$; Ш/К_{об} до $637,42 \pm 46,74$; РІ до $0,45 \pm 0,02$. Вирахування показника ПФСГ показало, що частота

виявлення порушень стану кровообігу у вагітних з НЦД по гіпертензивному типу одержаних лікування знизилася до 14% проти 36% у вагітних з НЦД по гіпертензивному типу не одержавших превентивне лікування. Профілактичні заходи розпочаті у здорових вагітних-інтравертів сприяли нормалізації гемодинамічних показників УПСО до $17,02 \pm 0,24$, Ш/К_{нир} до $256,13 \pm 22,16$, ДКІ до $0,506 \pm 0,003$; СІ до $3,64 \pm 0,06$; Ш/К_{об} до $698,54 \pm 34,58$; РІ до $0,48 \pm 0,01$. Вирахування показника ПФСГ показало, що частота виявлення порушень стану кровообігу у здорових вагітних інтравертів одержуючих лікування знизилася до 6%³ проти 18% у вагітних інтравертів, не одержуючих превентивне лікування.

Застосування лікувально-профілактичних мір впливає на вищі відділи центральної і вегетативної нервової системи, дозволяє знизити активність вегетативних впливів, гіперкінетичну реакцію кровообігу у екстравертів, алебовертів з НЦД по гіпертензивному типу і підвищений периферичний опір судин у інтравертів, зменшити реактивність серцево-судинної системи і таким шляхом досягнуть гіпотензивного ефекту в період розвитку і становлення гіпертензивного синдрому у вагітних.

Виходи вагітності і пологів у вагітних високого ризику розвитку пізнього токсикозу, одержуючих превентивну терапію, виказали ефективність розроблених принципів диспансеризації і профілактики. Так частота виникнення гіпертензії до кінця вагітності знизилася на 30%, у пологах на 22% і післяпологовому періоді на 12%. Вірогідним опинилось також зниження частоти виникнення клінічних форм пізнього токсикозу з 28% до 7%.

Таким чином, проведені дослідження свідчать про важливість активного виділення вагітних з нейро-циркуляторною дистонією по гіпертензивному типу і здорових вагітних інтравертів у групі високого ризику розвитку пізнього токсикозу і гіпертензивного синдрому і доцільності проведення у них диспансерного спостереження, з метою профілактики екстрагенітальної і перинатальної патології у даного контингенту жінок.

ВИСНОВКИ

1. Вагітність як стресовий чинник сприяє виникненню чи прогресуванню латентно протікаючої нейро-циркуляторної дистонії по гіпертензивному типу у вагітних.

2. Встановлена гемодинамічна стадійність перебігу НЦД по гіпертензивному типу у процесі вагітності з переважанням гіперкінетичного типу кровообігу у II триместрі і гіпокінетичного у III триместрі.

3. Установлена залежність клінічного перебігу НЦД по гіпертензивному типу від психологічного типу вагітної, переважання серед цих жінок інтравертів - 69% у порівнянні зі здоровими вагітними, де інтраверти складають 30%.

4. У вагітних-інтравертів з НЦД по гіпертензивному типу, переважання гіпокінетичного варіанту кровообігу - прогностично є найменш сприятливим, формується у більш ранні терміни вагітності, ніж у алебовертів і екстравертів.

5. Встановлено, що у вагітних-інтравертів з неускладненим перебігом вагітності зміни основних гемодинамічних показників відповідають аналогічним у вагітних з НЦД по гіпертензивному типу, що дозволяє розглядати здорових вагітних-інтравертів як групу ризику розвитку гіпертензивних станів, що підлягає диспансерному нагляду і поглибленому обстеженню терапевтом.

6. Комплексне вивчення показників центральної і регіонарної гемодинаміки з їх математичним аналізом за розробленими формулами підвищує діагностичну цінність оцінки функціонального стану вагітних, дозволяє у 90,8% вірно визначити ступінь його порушення і прогноз перебігу вагітності і пологів.

7. Розроблено нові принципи диспансеризації вагітних з метою більш раннього виявлення і профілактики НЦД, передбачають: виявлення типу особи і вивчення типу гемодинаміки. Їх впровадження у кліничну практику

дозволяє знизити частоту виникнення гіпертензії до кінця вагітності на 30%, у пологах на 22% і у післяпологовому періоді на 12%. Знизилась також частота виникнення клінічних форм пізнього токсикозу з 28% до 7%.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Зміни показників гемодинаміки: зниження серцевого індексу менш ніж $2,9 \text{ л/мін/м}^2$; зростання УПСО більш як до 26,4 вус.ед., зниження РІ менш ніж 0,39 вус.ед., зростання ДКІ більш як до 0,668; зниження $\text{Ш/К}_{\text{об.н}}$ менш ніж 507,45 мл/мін можуть бути використовані як вірогідні критерії раніх виявів порушень кровообігу у вагітних інтравертів з нейроциркуляторною дистонією по гіпертензивному типу і у здорових вагітних інтравертів.

2. Психологічні типи вагітних з ризиком розвитку пізнього гестозу і гіпертензивних станів повинні враховуватись при формуванні груп вагітних для динамічного диспансерного спостереження.

3. Методики математичного аналізу показників центральної і регіонарної гемодинаміки дозволять визначити показник функціонального стану гемодинаміки, підвищують точність діагностики стану кровообігу вагітної і рекомендуються для практичного впровадження у жіночих консультаціях для прогнозування ускладнень гестаційного процесу і оцінки ефективності диспансерного спостереження.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Хархота В.Б. Комплексне дослідження центральної, регіонарної гемодинаміки і психоособового статусу у жінок з вагітністю без ускладнень / Тезиси доповідей конференції молодих вчених, Вінниця, травень 1995 р. С. 189.

2. Воронин К.В., Дзяк Г.В., Хархота В.Б. Особенности центральной и региональной гемодинамики в зависимости от состояния психологического статуса у женщин с неосложненным течением беременности //Ехографія в

перинатології гінекології та педіатрії : Респ.зб. наук. праць.- Дніпропетровськ: Січ, 1995.- С.80-82.

3. Ехографія, доплерометрія та комп'ютерна реоенцефалографія в вивчанні центральної та регіональної гемодинаміки у вагітних з вегетосудинної дистонією по гіпертонічному типу /Воронин К.В., Потапов В.А., Хархота В.Б., Бондаренко А.И. Ехографія в перинатології та гінекології. І щорічний збірник наук. пр. Укр.Асоц.лікарів ультразвукової діагн.в перинатології та гінекології.-Кривий Ріг,1993.-С.39-40.

4. Потапов В.А., Хархота В.Б. Ехокардиография и доплерометрия в изучении центральной гемодинамики у беременных с вегето-сосудистой дистонией по гипертоническому типу /Актуальные вопросы теоретической и клинической медицины. Сб.научн.тр.Днепропетровского мед. ин-та: Тез.докл.-Днепропетровск, 1993.-Ч. 2.-С.273.

5. Почечная гемодинамика у беременных с гипертензионным синдромом по данным ультразвуковой доплерометрии / Хархота В.Б., Квятковский Е.А. Днепропетр. гос. мед. академия. Днепропетровск, 1994.-9 с.; ил.- 1., Библиограф.: 2 назв.-Рус.-Делонир. в ГНТБ Украины 16.02.95, N 368-Ук.95.

6. Воронин К.В., Потапов В.А., Вовк В.Ю., Хархота В.Б., Баштовая Л.В. Виброакустическая и биорезонансная рефлексотерапия ОПГ-гестозов у беременных / Международный конгресс 9-12.05.94 Донецк, Украина.- с.160.

7. Е.А.Квятковский, В.Б.Хархота Застосування ультразвукової доплерометрії ниркових артерій при гіпертензійному синдромі в поліклінічних умовах / Сб. Актуальные вопросы морфологии и клинической медицины под ред. Топки Е.Г., Днепропетровск.- 1994.- С. 12-13.

8. Е.А.Квятковский, В.Б.Хархота Значение и роль ультразвуковой доплерометрии почечных артерий в диагностике и лечении больных с почечной коликой//Вестник проблем биологии и медицины.-1996. -выпуск 9. -С.82-88.

Хархота В.Б. Особенности диспансеризации беременных с нейроциркуляторной дистонией по гипертензивному типу.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.11. - кардиология. Днепропетровская государственная медицинская академия. Днепропетровск, 1996. В работе у беременных с нейроциркуляторной дистонией по гипертензивному типу на основании комплексного клинического, функционального и психологического исследования установлены критерии развития гипертензивного синдрома и акушерских осложнений. Разработаны принципы диспансеризации беременных с гипертензивным синдромом и поэтапная профилактика развития осложнений.

Harhota V. Especially dispensation pregnant's with neurocirculatory dystonia on hypertensive type.

.Thesis for obtaining the academic degree of candidate of medical sciences. Dniepropetrovsk State Medical Academy. Dniepropetrovsk, 1996.

In work at pregnant's with neurocirculatory dystonia on hypertensive type on the basis complex clinical, functional and psychological study directions criteria development hypertensive syndrome and pregnancy complication's. Work out principles dispensation pregnant's with hypertensive syndrome and differentiated prevention development complication's.

Ключові слова: нейроциркуляторна дистонія, вагітність, гіпертензивний синдром, стан гемодинаміки, психологічний тип, диспансеризація.

Подписано к печати 08.11.96.
Формат 60×84/16. Объем: 1,0. Усл. печ. л. 1,0.
Уч.-изд. л. 1,0. Тираж 100. Заказ № 007

Типография «Весна — принт».

436418

AB 36.144