

УЗК 618.2+618.3-06:616.839-08

## ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН В ГРУППАХ ВЫСОКОГО РИСКА ПО ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ С УЧЕТОМ ТОНУСА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

С.Н. Барабашова, Ю.И. Ишпахтин, А.В. Ширковец

Владивостокский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)

**Ключевые слова:** вегетативный тонус, беременность, роды.

Исследован исходный тонус вегетативной нервной системы у 270 беременных: 80 женщин, степень перинатального риска у которых не превышала 4 балла (контроль), и 190 женщин со средним и высоким перинатальным риском (5–20 баллов). Оценка вегетативного тонуса проводилась с помощью автоматизированного комплекса «АРДК-Медискрин» с измерением электрических параметров кожи. У всех женщин основной группы независимо от паритета родов преобладал тонус парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, что свидетельствовало о напряжении адаптационных механизмов. Продолжительность родов напрямую зависела от исходного вегетативного тонуса: чем выраженнее были нормо- и симпатикотония на «маточных сегментах», тем быстрее по времени проходили роды. При исходной сегментарной парасимпатикотонии сократительная деятельность матки развивалась медленнее. Делается вывод, что оценка исходного вегетативного тонуса достаточно информативна в плане прогноза течения родов.

В последнее время усилился интерес акушеров-гинекологов к вегето-сосудистым особенностям организма и психологической личности беременной, роженицы и родительницы [1]. Известно, что эмоциональное напряжение может оказать влияние на течение беременности и родов, изменять функциональное состояние нервной системы женщины [2, 4]. Дополнительными психотравмирующими факторами помимо экстрагенитальной патологии и чисто акушерских осложнений являются бытовые, семейные и служебные проблемы, многочисленные диагностические манипуляции (порой дискомфортные и болезненные), что увеличивает степень перинатального риска. В настоящее время от 30 до 80 % беременных могут быть отнесены к категории высокого перинатального риска (повышенные перинатальная заболеваемость и смертность новорожденных) [6].

Учитывая перечисленные моменты, следует заключить, что такие женщины нуждаются в научно обоснованной системе приемов врачебного воздействия во время беременности и родов [5]. Раннее выявление группы перинатального риска, правильное поведение женщин и соответствующая корректирующая терапия во многих случаях могут предупредить неблагоприятный перинатальный исход.

Цель исследования: проанализировать вегетативный тонус у женщин с высоким риском перинатальных осложнений и его влияние на исход беременности.

**Материал и методы.** Обследовано 270 беременных и их новорожденные за 2006–2009 гг. Беременные были условно разделены на 2 группы – основную и контрольную. В контрольную вошли 80 женщин

с неосложненным течением гестационного периода, степень перинатального риска у которых не превышала 4 баллов. В основную группу были включены 190 женщин со средним и высоким перинатальным риском (от 5 до 20 баллов) [3].

Оценка исходного тонуса вегетативной нервной системы (ВНС) проводилась с помощью автоматизированного диагностического комплекса «АРДК-Медискрин» (МЕДИцинский СКРИНинг, регистрационное удостоверение МЗРФ №29/23051298/063-000 от 15.03.2000 г., разработан и производится фирмой НТС, Россия). Метод оценки основан на измерении электрических параметров кожи в биологически активных точках. Измерения выполняются по так называемым классическим меридианам в области лучезапястного сустава. Всего снимаются данные с 24 точек, что соответствует 12 меридианам по правой и левой сторонам по заданному маршруту.

Статистическая обработка полученных результатов выполнена методами параметрической статистики с использованием критерия Стьюдента.

**Результаты исследования.** В контрольной группе выявлено преобладание нормотонии. В основной группе зарегистрирована неоднородность психоэмоционального состояния: у всех женщин независимо от паритета родов, было отмечено неудовлетворительное адаптационно-трофическое влияние ВНС в сторону парасимпатикотонии. Усиление симпатических влияний наблюдалось среди женщин с легкими психоэмоциональными изменениями. Наиболее резко парасимпатические влияния были выражены у женщин с высокими психоэмоциональными нарушениями, где преобладала гипоамфотония – 3 и 68 % соответственно (табл. 1).

Экстрагенитальные соматические заболевания в контрольной и основной группах диагностированы у 16,6 и 89,1 % женщин соответственно. В основной группе в 4 раза чаще встречалась патология мочевыводящих путей. Частота регистрации другой патологии

**Таблица 1**  
Показатели исходного тонуса ВНС у беременных

Тонус ВНС	Показатели в группах			
	контрольной		основной	
	абс.	%	абс.	%
Нормотония	71	89,0	4	2,1
Гиперамфотония	6	7,5	57	30,0
Гипоамфотония	3	3,5	129	67,9

Таблица 2

Экстрагенитальная патология у беременных с различным риском перинатальных осложнений

Патология	Кол-во наблюдений в группах			
	контрольной		основной	
	абс.	%	абс.	%
Вегетососудистая дистония	4	5,0	14	7,4
Миопия	8	10,0	5	2,6
Заболевания пищеварительного тракта	7	8,2	15	7,9
Анемия	9	11,2	29	15,3
Заболевания мочеполовой системы	4	5,0	17	8,9
Гипотония	3	3,8	13	6,8

Таблица 3

Гинекологическая патология у беременных с различным риском перинатальных осложнений

Патология	Кол-во наблюдений в группах			
	контрольной		основной	
	абс.	%	абс.	%
Эктопия шейки матки	2	2,5	28	14,7*
Кольпит	3	3,8	15	7,8*
Аднексит	3	3,8	17	8,9*
Бесплодие	1	1,2	2	1,1
Истмико-цервикальная недостаточность	1	1,2	10	5,2
Нарушение менструального цикла	2	2,5	13	6,8
Внематочная беременность	–	–	1	0,5

\* Разница с контролем статистически значима.

в группах достоверно не различалась, превалировал синдром вегетососудистой дистонии (табл. 2).

Среди гинекологической патологии преобладали эктопия шейки матки и хронические воспалительные заболевания придатков матки. При этом частота последних в основной группе была в 5 раз выше, а нарушения менструального цикла встречались здесь в 2,2 раза чаще, чем контроле (табл. 3).

У женщин контрольной группы в анамнезе межгестационный интервал составил  $2,3 \pm 0,5$  года, один аборт в анамнезе имели  $18,5 \pm 2,8$  %, два и более –  $8,9 \pm 1,9$  % человек. Мертворождения зарегистрированы в  $1,9 \pm 0,2$  %, преждевременные роды – в  $7,6 \pm 1,4$  %, прерывание беременности в сроке 24–28 недель – в  $3,8 \pm 0,3$  % случаев. В основной группе межгестационный интервал равнялся  $2,6 \pm 0,5$  года. Акушерский анамнез здесь был отягощен предшествующим абортom у  $29,1 \pm 1,8$  %, двумя и более абортами –  $9,2 \pm 1,2$  % женщин. Мертворождения зарегистрированы в  $1,9 \pm 0,2$  %, преждевременные роды – в  $6,0 \pm 1,5$  %, прерывание беременности в сроке 24–28 недель – в  $3,8 \pm 0,5$  % случаев.

Из осложнений гестационного периода в основной группе в 3 раза чаще отмечалась хроническая

Таблица 4

Особенности течения родов у женщин с различным риском перинатальных осложнений

Осложнение*	Кол-во наблюдений в группах, %			
	контрольной		основной	
	абс.	%	абс.	%
Преждевременные роды	2	2,5	34	17,9
Досрочное родоразрешение	–	–	45	23,7
СРД	3	3,7	49	25,7
ДРД	–	–	6	3,1
Быстрые роды	3	3,7	9	4,7
НООВ	4	5,0	34	17,9
Предлежание плаценты	–	–	1	0,5
ПОП	–	–	1	0,5
Кровотечение	2	2,5	19	10,0
Кесарево сечение	6	7,5	45	23,7
Наложение щипцов	–	–	1	0,5
Вакуумэкстракция плода	–	–	1	0,5

\* СРД – слабость родовой деятельности, ДРД – дискоординированная родовая деятельность, НООВ – несвоевременное отхождение околоплодных вод, ПОП – преждевременная отслойка плаценты.

внутриутробная гипоксия плода, в 1,8 раза чаще – аномалии родовой деятельности. Частота оперативного родоразрешения в основной группе в 5,7 раза превышала таковую в контрольной (табл. 4). Продолжительность родов через естественные родовые пути в контрольной группе варьировала в сравнительно небольших пределах – от 3 часов 30 мин для повторнородящих до 5 часов 30 мин для первородящих, общая кровопотеря была физиологической ( $250 \pm 20$  мл). В основной группе продолжительность родов была достоверно выше и составила для первородящих 11 часов 40 мин, для повторнородящих – 8 часов 50 мин, общая кровопотеря в среднем также была близка к физиологической ( $280 \pm 20$  мл). Все женщины родоразрешились в сроке гестации 38–40 недель. Перинатальная смертность в контрольной группе отсутствовала, а в основной составила 19,2 %.

**Обсуждение полученных данных.** У беременных с психоэмоциональными нарушениями и высоким риском перинатальных осложнений преобладал тонус парасимпатического отдела ВНС, что свидетельствовало о напряжении адаптационных механизмов. Более выраженные изменения общего вегетативного тонуса среди женщин с психоэмоциональными нарушениями говорит о высокой степени адаптации на такую нагрузку. Продолжительность родов, напрямую зависела от исходного тонуса ВНС. Чем выраженнее были нормо- и симпатикотония на «маточных сегментах», тем быстрее по времени проходили роды. При исходной сегментарной парасимпатикотонии сократительная деятельность матки развивалась медленнее.

Таким образом, оценка исходного вегетативного тонуса с использованием автоматизированного

комплекса для функциональной диагностики вегетативной нервной системы достаточно информативна в плане прогноза течения родов. Определение исходного тонуса вегетативной нервной системы в подготовительный период помогает прогнозировать течение прелиминарного периода и родов, диктует необходимость дифференцированного подхода к подготовке шейки к родам и времени стимуляции сократительной деятельности матки.

#### Литература

1. Акушерство. Национальный проект. М.: Медицина, 2008. 1187 с.
2. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. М.: Мед. информ. агентство, 2003. 752 с.
3. Комплексное психологическое исследование в акушерстве: метод. рекомендации / сост. А.Г. Киселев, А.Н. Николаев и др., под ред. Э.К. Айламазяна. СПб., 2003. 24 с.
4. Радзинский В.Е. Акушерство. М.: НИИ, 2008. 574 с.
5. Чернуха Е.А. Родовой блок: руководство для врачей. М.: Триада Х, 2005. 708с.
6. Башмакова Н.В., Кравченко Е.Л., Лопушанский В.Г. Роль прогнозирования интранатальных факторов риска // Акушерство и гинекология. 2008. № 3. С. 57–61.

Поступила в редакцию 02.07.2010.

#### PREGNANCY OUTCOME IN WOMEN OF HIGH RISK PERINATAL GROUP IN RESPECT WITH THE TONUS OF INVOLUNTARY NERVOUS SYSTEM

S.N. Barabashova, Yu.I. Ishpakhtin, A.V. Shirkovets  
Vladivostok State Medical University (2 Ostryakova Av. Vladivostok 690950 Russia)

**Summary** – The authors have examined the initial tonus of the involuntary nervous system in 270 pregnant women: 80 women, the perinatal risk of whom did not exceed 4 points (control group), and 190 women with average and high perinatal risks (5–20 points). The vegetative tonus was estimated with the automated complex 'ARDK-Mediscreen' used to measure electrical parameters of the skin. All the women belonging to the main group, irrespective of the parity, had had the tonus of the parasympathetic nervous system that indicated the stress in the adaptation mechanisms. The duration of labor directly depended on the initial vegetative tonus; the more marked were the normo- and sympathicotonia on the 'uterine segments', the less duration of labor occurred. In case of the initial segmental parasympathicotonia, the uterine activity intensified lower. As reported, the estimation of the initial vegetative tonus is rather informative to be used to predict the course of labor.

**Key words:** vegetative tonus, pregnancy, labor.

Pacific Medicl Journal, 2012, No. 4, p. 82–84.

УДК 616-036.865-053.2-02: 618.33/53

## АКУШЕРСКАЯ И ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ КАК ФАКТОР РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Т.В. Чепель

Дальневосточный государственный медицинский университет (680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 35)

**Ключевые слова:** дети, инвалидность, перинатальные факторы риска.

Проведен ретроспективный анализ анамнестических данных у 1439 детей-инвалидов. Выявлен высокий уровень патологии беременности, родов и неонатального периода. Определена значительная вариабельность антенатальных и перинатальных факторов риска для развития инвалидизирующих последствий при различных видах патологии. Показано, что одним из основных направлений профилактики детской инвалидности в Хабаровском крае должна стать повсеместная организация доступной высококвалифицированной акушерско-гинекологической и неонатологической помощи.

В условиях неуклонного роста детской инвалидности особую значимость приобретают вопросы своевременной оценки факторов риска и прогноза вероятности тяжелых нарушений состояния здоровья, приводящих к ограничению жизнедеятельности в детском возрасте [1, 4, 8]. Общеизвестно, что неблагоприятное течение беременности и родов оказывает влияние на формирование перинатальной патологии, которая в настоящее время регистрируется у 39 % новорожденных и является основной причиной младенческой смертности либо последующей стойкой инвалидизации [2, 7, 11].

**Материал и методы.** С целью определения факторов риска детской инвалидности проведен ретроспективный анализ анамнестических данных о характере

течения беременности и особенностях перинатального периода у 1439 детей-инвалидов. Сбор информации осуществлялся методом опроса-интервью женщин-матерей и выкипировки данных из медицинской документации ребенка-инвалида. Статистическая обработка результатов проводилась традиционными методами описательной статистики.

**Результаты исследования.** Инвалидизация 32,5 % обследованных была обусловлена психическими расстройствами, 23,7 % – врожденными и наследственными заболеваниями и 20,4 % – болезнями нервной системы. Указанные классы болезней являются ведущими в структуре инвалидизирующих заболеваний в детском возрасте как в Дальневосточном федеральном округе, так и в других регионах России [3, 5, 6, 9, 10]. На долю остальных классов МКБ-10 пришлось 23,4 % случаев инвалидизации, в том числе 6,8 % – вследствие болезней органов чувств, 5,8 % – вследствие болезней эндокринной системы. Кроме того, у 107 обследованных (7,4 %) ограничение жизнедеятельности было обусловлено сочетанной патологией. Вторым конкурирующим диагнозом, определяющим степень дезадаптивности и реабилитационный прогноз у детей-инвалидов, являлись психические расстройства (65,4 %), болезни органов чувств (18,7 %), врожденные аномалии и пороки развития (11,2 %), болезни нервной системы (4,7 %).

Чепель Татьяна Владимировна – д-р мед. наук, профессор кафедры детских болезней ДВГМУ; e-mail: rec@mail.fesmu.ru