

зировать акушерскую тактику в отношении этих пациенток с целью снижения неблагоприятных исходов для матери и плода.

Результаты проведенного исследования позволяют заключить, что развитие преждевременного излития околоплодных вод во многом обусловлено нарушением защитных и компенсаторных функций организма, а именно дисбалансом в иммунной системе на фоне хронического воспалительного процесса

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, определение симптомов вегетативного обеспечения готовности организма к родам и формирования родовой доминанты позволило выявить прогностические факторы развития спонтанной родовой деятельности у беременных с преждевременным излитием вод.

В группе беременных с завершенной вегетативной перестройкой и устойчивым психоэмоциональным состоянием преждевременное излитие вод не ухудшает прогноз, и роды, как правило, заканчиваются с благоприятным исходом.

В группе пациенток с нарушенной вегетативной перестройкой и неустойчивым психоэмоциональным состоянием преждевременное излитие вод сопровождается удлинением безводного промежутка, высоким риском развития аномалий сократительной деятельности матки и, как следствие, усугублением состояния плода.

Обнаружение в сыворотке крови при преждевременном излитии околоплодных вод высоких concentra-

ций IL-1 усугубляет прогноз исхода родов и обуславливает необходимость профилактики инфекционных осложнений или активной тактики ведения родов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкая В. В. // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2008. — Т. 8, № 3. — С. 45—48.
2. Болотских В. М. Новые подходы к ведению беременности и родов, осложненных преждевременным излитием вод при доношенном сроке // Мат. Всерос. науч.-практ. семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии». — М.: Медиабюро Status Praesens, 2010. — 32 с.
3. Мальгина Г. Б. // Журнал акушерства и женских болезней. — 2002. — Т. 39, № 4. — С. 16—21.
4. Селихова М. С. // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2006. — № 4 — С. 39—42.
5. Собчик Л. Н. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера. — СПб.: Речь, 2001 — 156 с.
6. Чистякова Г. Н., Газиева И. К., Ремизова И. И. и др. // Цитокины и воспаление. — 2007. — Т. 6, № 1 — С. 3—8.
7. Lee Y., Allport V., Sykes A., et al. // Mol. Hum. Reprod. — 2003. — Vol. 9, № 4. — P. 213—218.

## Контактная информация

**Шатилова Юлия Александровна** — заочный аспирант кафедры акушерства и гинекологии Волгоградского государственного медицинского университета, e-mail: dimon\_shatilov@volgodom.ru

УДК 618.39

## АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПАЦИЕНТОК С СИНДРОМОМ ПОТЕРИ ПЛОДА

**О. В. Цыбульская, Н. А. Жаркин, Н. А. Бурова**

*Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра акушерства и гинекологии*

Были изучены изменения центральной и вегетативной нервной системы, а также психоэмоциональные нарушения у женщин с синдромом потери плода. Выявлено, что традиционное лечение после потери беременности существенно не влияет на восстановление психо-вегетативной регуляции.

*Ключевые слова:* синдром потери плода, привычное невынашивание беременности, вегетативная нервная система.

## ADAPTIVE POTENTIAL OF PATIENTS WITH FETAL LOSS SYNDROME

**O. V. Tsibulskaya, N. A. Zharkin, N. A. Burova**

We studied changes of central and autonomous nervous system as well as psycho-emotional disturbances in women with fetal loss syndrome. Traditional therapy does not affect greatly the recovery of psycho-vegetative regulation after the loss of pregnancy.

*Key words:* fetal loss syndrome, habitual miscarriage, autonomous nervous system.

Проблема невынашивания беременности остается одной из наиболее социально значимых в акушерстве и гинекологии. По данным литературы, частота этой патологии составляет 10—25 % исходов всех беременностей. Установлено, что после двух предшествующих выкидышей риск потери очередной беременности возрастает до 38 %, а после трех составляет 40—45 % [4, 5].

Это может быть связано с тем, что в предыдущей беременности произошел срыв адаптации и гестационная доминанта не была до конца реализована [6].

Отсутствие снижения частоты потери беременности указывает на трудности, возникающие при ведении этой группы пациенток. С одной стороны, они обусловлены многофакторностью этиологии и патогенетических

механизмов заболевания, с другой — несовершенством применяемых диагностических методик и отсутствием адекватного мониторинга осложнений, возникающих во время беременности [8, 9]. В результате комплексного воздействия неблагоприятных факторов возникает комбинированный ответ организма, проявляющийся в гормональном срыве, остром воспалении плодотворности, а также в психоэмоциональном и вегетативном стрессе, что приводит к снижению адаптационного потенциала организма. Наиболее значимыми клиническими последствиями этих состояний являются ановуляция и недостаточность лютеиновой фазы, лежащие в основе бесплодия и невынашивания беременности [7].

## ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценка психовегетативной регуляции, отражающей адаптационные возможности организма в условиях патологического стресса у женщин после самопроизвольного прерывания беременности.

## МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 38 пациенток после потери беременности в сроке до 12 недель гестации. Средний возраст обследованных женщин составил  $(26,8 \pm 0,7)$  лет. Всем пациенткам после опорожнения полости матки с первых суток в течение 5—7 дней проводилась противовоспалительная комплексная терапия, состоявшая из антибактериальных препаратов групп цефалоспоринов, фторхинолонов, аминогликозидов, производных нитроимидазола, гемостатических, утеротонических и седативных средств. Исследования проводили дважды: на 2-е сутки после потери беременности и после проведенного лечения перед выпиской больной из стационара.

Для сопоставления полученных данных сформирована контрольная группа из 20 здоровых студенток-добровольцев репродуктивного возраста (средний возраст  $22,2 \pm 1,4$ ), которым выполнялись исследования в первую фазу менструального цикла.

С целью определения характера и степени выраженности стрессовой реакции, сопровождающей острый период после потери плода, всем больным проводилась оценка степени тревожности с помощью теста Спилбергера в модификации Ю. Л. Ханина (1976).

Оценка деятельности центральной нервной системы (ЦНС) осуществлялась методом электроэнцефалографии (ЭЭГ) с использованием программно-аппаратного комплекса «Нейрон-спектр» («Нейрософт») с оценкой частотно-амплитудных показателей альфа-ритма, бета-ритма и тета-колебаний в состоянии спокойного расслабленного бодрствования при закрытых глазах в затемненном помещении. Регистрацию ЭЭГ проводили в несколько этапов: сначала записывали фоновую ЭЭГ, а затем проводили функциональные пробы: закрывание — открывание глаз, гипервентиляционную нагрузку. Вегетативный тонус исследовали по данным спектрального анализа кардиоритма с использованием программно-аппаратного комплекса «Поли-Спектр» («Нейрософт»).

Вариационно-статистическую обработку полученных результатов проводили путем расчета средней арифметической величины, среднего квадратичного отклонения, ошибки репрезентативности, сравнения средних значений по критерию Стьюдента. Достоверным считали различие между сравниваемыми рядами с уровнем достоверной вероятности 95 % ( $p < 0,05$ ).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Данные психологического исследования показали, что в основной группе у 87,6 % пациенток на 2-е сутки после прерывания беременности отмечались высокие уровни тревожности по сравнению с контрольной группой (рис. 1). После проведенного лечения высокие показатели личностной и реактивной тревожности у больных основной группы сохранялись.

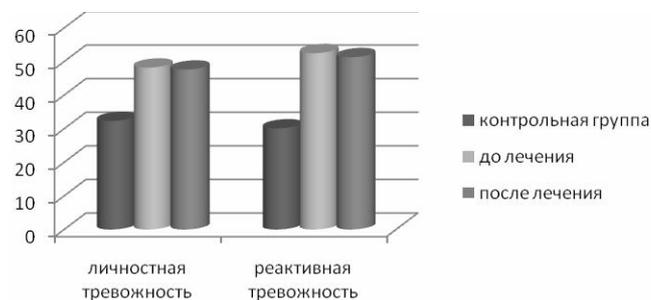


Рис. 1. Показатели уровней личностной и реактивной тревожности в исследуемых группах

Таким образом, проводимое противовоспалительное лечение не оказало существенного влияния на психоэмоциональное состояние обследованных пациенток.

При исследовании ЭЭГ у женщин после прерывания беременности выявлено нарушение процессов синхронизации биоэлектрической активности головного мозга. У пациенток основной группы наблюдался высокоамплитудный, склонный к гиперсинхронной активности, низкочастотный альфа-ритм (рис. 2, 3). В 42 % случаев альфа-волны доминировали в передних отделах головного мозга. Наблюдался выраженный бета-ритм, который накладывался на альфа-волны в передне-центральных и затылочных отделах головного мозга. Также отмечалось усиление активности медленных тета-волн в виде множественных или одиночных вспышек преимущественно в центральных областях, что говорит о некотором торможении деятельности ЦНС. При проведении функциональных проб у 73,6 % женщин в основной группе не произошло уменьшения амплитудно-частотных характеристик альфа-ритма, а у 64,8 % — отмечалось усиление активности бета-волн и увеличение амплитуды тета-ритма в лобно-центральных отделах головного мозга. В пробе с гипервентиляцией появлялись медленные дельта-волны с амплитудой 54—57 мкВ в передних отделах головного мозга у 25,3 % пациенток. Такие изменения ЭЭГ указывают на отсутствие регуляторного взаимодействия коры головного мозга с подкорковыми центрами [3].

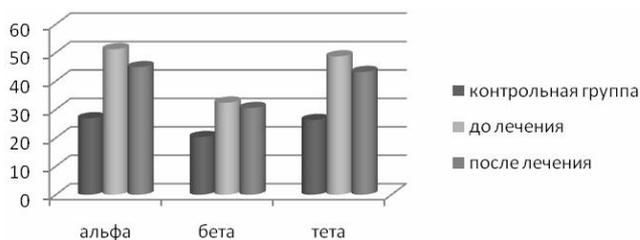


Рис. 2. Показатели амплитуды волн ЭЭГ у пациенток основной и контрольной групп ( $p < 0,05$ )

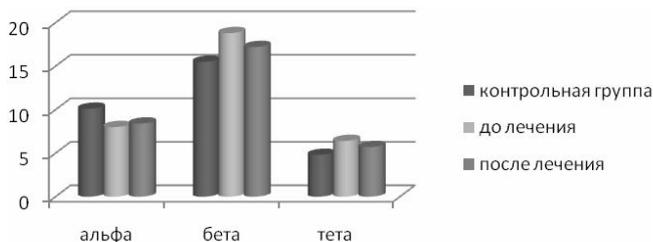


Рис. 3. Показатели частоты волн ЭЭГ у пациенток основной и контрольной групп ( $p < 0,05$ )

На фоне проводимого лечения отмечалось незначительное изменение картины ЭЭГ. Амплитуда альфа-волн снизилась в 1,15 раза ( $p < 0,05$ ), в то время как их частота практически не изменилась. Незначительно уменьшились характеристики бета- и тета-ритма. При проведении функциональных проб снижение амплитуды альфа-волн произошло в 33,2 % случаев. Дельта-волны наблюдались у 21,5 % пациенток, что говорит о сохранении дисфункции в работе гипоталамо-гипофизарных структур.

В результате проведенного спектрального анализа ритмограмм оказалось, что у пациенток на 2-е сутки после прерывания беременности в 64,2 % случаев наблюдалось усиление симпатического влияния на модуляцию сердечного ритма. Это может быть связано с ответной реакцией организма на стресс и обусловлено включением механизмов срочной адаптации. Также отмечалось увеличение количества медленных волн второго порядка в основной группе по сравнению с контрольной группой [(44±1,2) и (17±0,9) % соответственно;  $p < 0,05$ ]. Такие изменения отражают психоэмоциональное напряжение и дисбаланс нейро-гуморального и метаболического уровней регуляции [1].

### Сравнительная характеристика показателей кардиоритма в основной и контрольной группах ( $p < 0,05$ )

Показатель	Контрольная группа, $n = 20$	Основная группа, $n = 38$	
		до лечения	после лечения
LF, н. е. (низкочастотный спектр)	44,10 ± 3,12	56,80 ± 4,43	53,70 ± 4,24
HF, н. е. (высокочастотный спектр)	59,60 ± 4,38	40,57 ± 3,51	42,90 ± 3,14
LF/HF	0,74 ± 0,09	1,40 ± 0,15	1,25 ± 0,11

Как видно из табл., после проведенного лечения у пациенток основной группы наблюдалось снижение уровня низкочастотной составляющей спектра на 5,6 %, по сравнению со 2-ми сутками после потери беременности. В то же время показатель симпато-вагусного соотношения уменьшился лишь на 10,7 %. Однако у 56,8 % пациенток сохранялось преобладание тонуса симпатического отдела ВНС, указывающее на продолжающуюся стрессовую реакцию. Процент медленных волн второго порядка несколько снизился [(39 ± 1,6) %;  $p < 0,05$ ]. Таким образом, проводимое лечение не обеспечивает нормализацию кардиоритма.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Общепринятая комплексная противовоспалительная терапия, несмотря на назначение седативных средств, не устраняет нарушений психо-вегетативной регуляции у женщин с синдромом потери плода, что может привести к срыву адаптивных реакций.

У пациенток после лечения сохраняются диффузные изменения ЭЭГ с признаками дисфункции стволово-диэнцефальных структур. Клинически эти процессы проявляются в виде психоэмоциональных нарушений у 87,6 % пациенток, что говорит о напряжении регуляторных механизмов. Несмотря на проводимую терапию, более чем у половины пациенток наблюдается дисбаланс вегетативной и центральной нервной системы. Вышеописанные факторы могут способствовать хронизации процесса и формированию патологической функциональной системы регуляции, что может способствовать нарушению вынашивания беременности в будущем. В связи с этим требуется разработка нового концептуального подхода в терапии и ранней профилактике синдрома потери плода.

### ЛИТЕРАТУРА

- Баевский Р. М., Иванов Г. Г. // Вестник аритмологии. — 2001. — № 24.
- Жаркин Н. А. Гестоз как проявление патологической функциональной системы регуляции во время беременности // Пути сохранения репродуктивного здоровья женщин. Мат. 7-й поволжской науч.-практ. конф. — Волгоград, 2002. — С. 22—26.
- Клиническая электроэнцефалография (с элементами эпилептологии): Руководство для врачей / Л. Р. Зенков. — 3-е изд. — М.: МЕДпресс-информ. — 2004. — 368 с.
- Радзинский В. Е., Димитрова В. И., Майскова И. Ю. Неразвивающаяся беременность. — М.: Геотар-Медиа, 2009. — 196 с.
- Сидельникова В. М. Привычная потеря беременности. — М.: Триада-Х, 2002. — 304 с.
- Смирнов А. Г. Психофизиологические особенности адаптации в системе «мать-дитя» при нормальной и неблагоприятно протекающей беременности: автореф. дис. ... д. биол. н. — СПб., 2009. — 34 с.
- Татарчук Т. Ф. Стресс и репродуктивная функция женщины // Эндокринная гинекология. — 2006. — № 3 (5).

8. Турская Ю. И., Рудакова Е. Б. // Лечащий врач. — 2009. — № 11.

9. Oates-Whitehead R. M., et al. // The Cochrane Database of Systematic Reviews. — 2007. — Issue 4.

## Контактная информация

**Цыбульская Оксана Викторовна** — аспирант кафедры акушерства и гинекологии Волгоградского государственного медицинского университета, e-mail: otsibulskaya@rambler.ru

УДК 614.2:616-018.2

## ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ, У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

**Е. А. Сущук, С. И. Краюшкин, Л. Л. Куличенко**

*Кафедра амбулаторной и скорой медицинской помощи ВолгГМУ*

Представлены результаты исследования качества жизни, связанного со здоровьем, при использовании опросника SF-36 у больных системными заболеваниями соединительной ткани, выявлены факторы, ассоциированные со снижением качества жизни у этих пациентов.

**Ключевые слова:** системные заболевания соединительной ткани, качество жизни, системная красная волчанка, системная склеродермия, системные васкулиты, полимиозит, дерматомиозит, SF-36.

## HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE EVALUATION IN PATIENTS WITH SYSTEMIC CONNECTIVE TISSUE DISEASES

**E. A. Sushchuk, S. I. Krajushkin, L. L. Kulichenko**

Results of health-related quality of life evaluation on patients with systemic connective tissue diseases using SF-36 questionnaire are presented, and factors associated with alterations in quality of life are detected.

**Key words:** systemic connective tissue diseases, quality of life, systemic lupus erythematosus, systemic sclerosis, systemic vasculitis, polymyositis, dermatomyositis, SF-36.

Качество жизни (КЖ), связанное со здоровьем, — это интегральная многомерная характеристика, включающая компоненты физического, функционального, психологического и социального благополучия [2]. Изучение КЖ стало достаточно широко применяться в медицине с конца XX века [1, 3, 4, 5, 7], однако изучению КЖ у больных системными заболеваниями соединительной ткани (СЗСТ) в России посвящены лишь единичные публикации.

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение КЖ у больных системными заболеваниями соединительной ткани с использованием общего опросника SF-36 и выявление клинических и демографических факторов, определяющих КЖ.

### МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование было включено 184 пациента с СЗСТ, из них 129 больных системной красной волчанкой (СКВ), 18 больных системной склеродермией (ССД), 12 больных с полимиозитом/дерматомиозитом (ПМ/ДМ) и 25 больных системными васкулитами (СВ) (узелковым полиартериитом — 6, геморрагическим васкулитом Шенлейн-Геноха — 12, аортоартериитом Такаясу — 2, гранулематозом Вегенера — 3, синдромом Чарга-Стросс — 2), давших информированное согласие на участие. Исследование проводилось в соответствии с принципами Хельсинкской декларации Международной медицинской ассоциации и рекомендациями по этике биомедицинских исследований. Основные демографические показатели пациентов представлены в табл. 1.

Таблица 1

Основные демографические показатели пациентов

Показатель	Больные СКВ	Больные ССД	Больные ПМ/ДМ	Больные СВ
Женский пол, <i>n</i> (%)	114 (88,4)	17 (94,4)	9 (75)	14 (56)
Мужской пол, <i>n</i> (%)	15 (11,6)	1 (5,6)	3 (25)	11 (44)
Возраст, лет, <i>M</i> (SD)	35,67 (14,50)	48,67 (14,21)	55,25 (12,12)	34,72 (9,26)
Продолжительность болезни, лет, <i>M</i> (SD)	7,06 (6,68)	9,94 (10,43)	1,81 (1,79)	1,6 (1,91)
Возраст дебюта болезни, лет, <i>M</i> (SD)	31,0 (12,79)	38,73 (13,07)	33,04 (9,48)	53,75 (12,79)
Наличие инвалидности, <i>n</i> (%)	98 (75,96)	15 (83,3)	6 (50,0)	7 (28,0)