

- spectrometry / T.Tadano // Rinsho Byori. - 2007. - N. 55. - P. 417-427.
13. Prevention of colitis-associated carcinogenesis in a mouse model by diet supplementation with ursodeoxycholic acid / C.Loddenkemper // Int. J. Cancer. - 2006. - N. 118 (11). - P. 2750-2757.
 14. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 2: current management / A. Dignass [et al.] // Crohns Colitis. - 2012/ - N. 6 (10). - P. 991-1030.
 15. Systematic review of adverse effects and drug interactions / W.Hempeling [et al.] // Aliment Pharmacol. - 2003. - N. 18. - P. 963-972.
 16. The incidence of cholangiocarcinoma in primary sclerosing cholangitis after long-time treatment with ursodeoxycholic acid / G. Rudolph [et al.] // European J. of Gastroenterol. et Hepatol. - 2007. - N. 19. - P. 487-491.
 17. Ursodeoxycholic acid treatment in IBD-patients with colorectal dysplasia and/or DNA-aneuploidy: a prospective, double-blind, randomized controlled pilot study / U. Sjoqvist [et al.] // Anticancer Res. - 2004. - N. 24 (5B). - P. 3121-3127.
 18. Ursodiol use is possibly associated with lower incidence of hepatocellular carcinoma in hepatitis C virus-associated liver cirrhosis / K. Tarao [et al.] // Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev. - 2005. -N. 4 (1). - P. 164-169.

УДК 618.3-006:616.839:616.12-008.331.1

Заздравнов А.А.¹, Пасиешвили Н.М.²

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ ПО ГИПЕРТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ

¹Харьковский национальный медицинский университет,

²Харьковский областной клинический перинатальный центр, Харьков, Украина

Введение. Повышенное артериальное давление (АД) является наиболее частой экстрагени- тальной патологией, ответственной за львиную долю осложнений беременности. При артериаль- ной гипертензии (АГ) растет частота антенатальной гибели плода, преждевременных родов, от- слойки плаценты, материнской смертности. Сегодня не подлежит сомнению необходимость аг- рессивной тактики лечения гипертонической болезни, вторичных симптоматических артериаль- ных гипертензий, гестационной гипертензии и преэклампсии у беременных.

А как быть с нейроциркуляторной дистонией (НЦД) по гипертоническому типу, когда кратков- ременное эпизодическое повышение систолического АД у беременной сопровождается яркими вегетативными реакциями? Отношение к данной патологии неоднозначное. С одной стороны от- сутствие морфологического субстрата и функциональная природа заболевания определяет его доброкачественное течение без развития кардиомегалии, сердечной недостаточности и угрозы для жизни. С другой стороны корково-гипоталамическая и гипоталамо-висцеральная дезинтегра- ции при НЦД могут вызвать нейроэндокринные расстройства, нарушения микроциркуляции и ре- гуляции сосудистого тонуса всего организма.

Сегодня НЦД представляет собой четко очерченную нозологическую единицу F 45.3 "Сомато- формная дисфункция вегетативной нервной системы, включая синдром нейроциркуляторной дисто- нии" в Международной классификации болезней и состояний, связанных с нарушением здоровья ВОЗ X пересмотра (МКБ-X). НЦД слишком частая патология, чтобы ее не замечать. В общей структуре заболеваемости она занимает от 5% до 20%, а у беременных - в пределах 10-40% [1].

Но по большому счету, в случае с беременной пациенткой с НЦД по гипертоническому типу важнее следствие, чем причина. И для функционирования системы мать-плацента-плод причина повышения АД то ли вследствие эссенциальной АГ, то ли вследствие НЦД по гипертоническому типу отходит на второй план, выдвигая на первый собственно проблему повышенного кровяного давления. НЦД может осложнять беременность, роды, послеродовый период, быть причиной перинатальной смертности, влиять на нервно-психическое развитие детей [3]. Существенная роль в патогенезе осложнений беременности и родов принадлежит психоемоциональному дистрессу, нарушениям психологической адаптации и состояния стресс-реализующих и стресс-лимитирую- щих систем [4].

Цель работы - оценить особенности течения беременности у женщин с НЦД по гипертоническому типу.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 22 женщины, беременность и роды которых протекали на фоне НЦД по гипертоническому типу. Группу сравнения составили 20 женщин без соматической патологии с физиологическим течением беременности. Все обследованные женщины были первобеременными, первородящими, у всех них беременность была желанной. Всем беременным проводилась эхокардиоскопия, большинству женщин было проведено суточное холтеровское ЭКГ-мониторирование. Эмоционально-личностную сферу беременных исследовали с помощью шкалы тревожности Спилбергера-Ханина. Данная шкала состоит из 2 подшкал: 20 суждений относительно личностной и 20 суждений относительно реактивной тревожности. Общий итоговый показатель по каждой из подшкал находится в диапазоне от 20 до 80 баллов; чем он выше, тем выше уровень тревожности. При интерпретации показателей использовали такие ориентировочные оценки тревожности: до 30 баллов - низкая, 31 - 44 - умеренная; 45 и более - высокая

Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась параметрическими (t-критерий Стьюдента) с вычислением средней арифметической величины (M) и средней квадратической ошибки (m) и непараметрическими (χ^2) методами. Ассоциативную связь исследовали путем вычисления коэффициента Юла (Q). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез составлял 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение. Характеризуя общее течение НЦД у обследованных больных, следует отметить, что в 81,8 % случаев НЦД по гипертоническому типу была диагностирована до беременности, при этом 15 (68,2 %) женщин отметили ухудшение течения заболевания с наступлением беременности. 3 (13,6 %) беременных отметили трансформацию типа дистонии - из гипотонического в гипертонический.

Женщины в обеих группах имели сходные осложнения беременности, различалась лишь частота их проявления. Ранний гестоз (утренняя тошнота, рвота, слюнотечение) наблюдались у 13 (59,1%) женщин основной группы и у 5 (25,0%) беременных группы сравнения. Данные различия были достоверны ($df=1$, $\chi^2 = 4,972$; $p=0,026$). Такой результат подтверждает участие вегетативного дисбаланса в формировании раннего гестоза и согласуется с данными других исследователей по этой проблеме [5]. Более того, существуют исследования, свидетельствующие о связи рвоты беременных с нестабильностью АД на фоне вегетативной дисфункции [6].

Угроза прерывания беременности встречалась в 8 (36,4%) случаях в основной группе и в 7 (35,0%) случаях - в группе сравнения, отеки беременных - у 3 (13,6%) женщин основной группы и у 3 (15%) - в группе сравнения. Слабость родовой деятельности наблюдалась у 11 (50%) пациенток основной группы и 5 (25%) женщин группы сравнения. Данное осложнение не носило ярко выраженного характера и во всех случаях операции кесарево сечение удалось избежать. Вышеуказанные различия между группами достоверными не были ($p>0,05$).

Характеризуя состояние прессорной функции сердечно-сосудистой системы у обследованных лиц основной группы в динамике гестации, следует отметить некоторое уменьшение пульсового давления к 38-40 неделе по сравнению с 8-10 неделями беременности. На фоне стабилизации или незначительного (до 5 мм рт. ст.) повышения диастолического давления отмечалось снижение систолического АД на 5-10 мм рт. ст. Данные изменения, очевидно, отражали адаптацию сердечно-сосудистой системы к избыточной симпато-адреналовой стимуляции (обусловлена НЦД) на фоне увеличения общего периферического сопротивления сосудов за счет разрастания сосудистого русла и объема циркулирующей крови (в результате беременности).

Холтеровское 24-часовое мониторирование ЭКГ было проведено 16 женщинам основной группы и 12 - в группе сравнения в третьем триместре беременности. Суправентрикулярные и желудочковые экстрасистолы были выявлены у 100% обследованных женщин основной и у 83,3% - группы сравнения. Во всех случаях экстрасистолы были одиночными, в единичных случаях - парными, гемодинамически не значимыми и прогностически не опасными. При этом, лишь 3 женщины основной группы отмечали редкие перебои (замирание, лишний удар) в работе сердца. Общее количество экстрасистол у беременных основной группы значительно превышало таковое у женщин с неосложненной беременностью. Однако неполный охват исследуемых групп Холтер-ЭКГ-мониторированием сделал статистический анализ данного показателя некорректным.

Проведенная эхокардиоскопия не выявила сколько-нибудь значимых изменений внутрисердечной

гемодинамики, у представительниц обеих групп. Конечно-диастолический и конечно-систолический объемы, фракция выброса, ударный объем правого и левого желудочков, минутный объем крови варьировались в пределах физиологических норм и не имели достоверных межгрупповых различий. Вместе с этим, был зарегистрирован и несколько неожиданный результат - частота выявления малых аномалий сердца (пролабирование митрального клапана, дополнительные хорды в полости левого желудочка, эктопическое крепление хорд) в основной группе обследованных женщин (8 пациенток) достоверно ($df=1, \chi^2 = 4,014; p=0,045$) превышала аналогичный показатель группы сравнения (2 женщины).

Наиболее серьезным клиническим проявлением НЦД по гипертоническому типу, представляющим реальную угрозу для вынашивания беременности является вегетативный криз, или симпато-адреналовый пароксизм, или паническая атака. Последний вариант дефиниции данной патологии как нельзя лучше описывает состояние пациентки во время криза. Основным этиопатогенетическим фактором вегетативного криза при НЦД по гипертоническому типу является "отрицательная эмоция", реализующаяся посредством кортико-субкортикально-вегетативных реакций в мощный нейро-эндокринный всплеск с формированием соответствующей психосоматической симптоматики.

Среди обследованных пациенток с НЦД вегетативные кризы наблюдались нечасто - всего у 4 (18,2%) женщин, преимущественно в первой половине беременности. Симпато-адреналовые пароксизмы во всех случаях были отмечены в амбулаторных условиях, они явились причиной госпитализации пациенток в отделение экстрагенитальной патологии. Клиническая симптоматика кризов проявлялась подъемом систолического АД до 150-170 мм рт. ст. при нормальном диастолическом АД, тахикардией до 120 ударов в 1 мин. с экстрасистолией, тремором конечностей, ощущением внутренней дрожи. Пароксизмы сопровождалась необъяснимой тревогой, страхом развития инсульта, страхом потери плода.

Учитывая значительную роль эмоциональных расстройств в этиопатогенезе НЦД в целом и вегетативного криза в частности, была проведена оценка личностной и реактивной тревожности у обследованных беременных (таб.1).

Таблица 1

Распределение беременных в зависимости от уровня тревожности (по шкале тревожности Спилбергера-Ханина)

Группы обследованных	Личностная тревожность			Реактивная тревожность		
	Высокая	Средняя	Низкая	Высокая	Средняя	Низкая
Основная, n=22	6 (27,3%)	15 (68,2%)	1 (4,5%)	7 (31,8%)	14 (63,7%)	1 (4,5%)
Сравнения, n=20	3 (15,0%)	10 (50,0%)	7 (35,0%)	4 (20,0%)	9 (45,0%)	7 (35,0%)

Межгрупповые различия в частоте встречаемости определенных уровней тревожности были достоверны как по отношению к личностному ($df=2, \chi^2 = 6,419; p=0,040$), так и к реактивному компоненту ($df=2, \chi^2 = 6,324; p=0,042$).

При оценке средних уровней тревожности в сравниваемых группах также было выявлено достоверное повышение как личностной ($t=5,791, p<0,001$), так и реактивной тревожности ($t=9,934, p<0,001$) у беременных с НЦД по гипертоническому типу (рис.1)

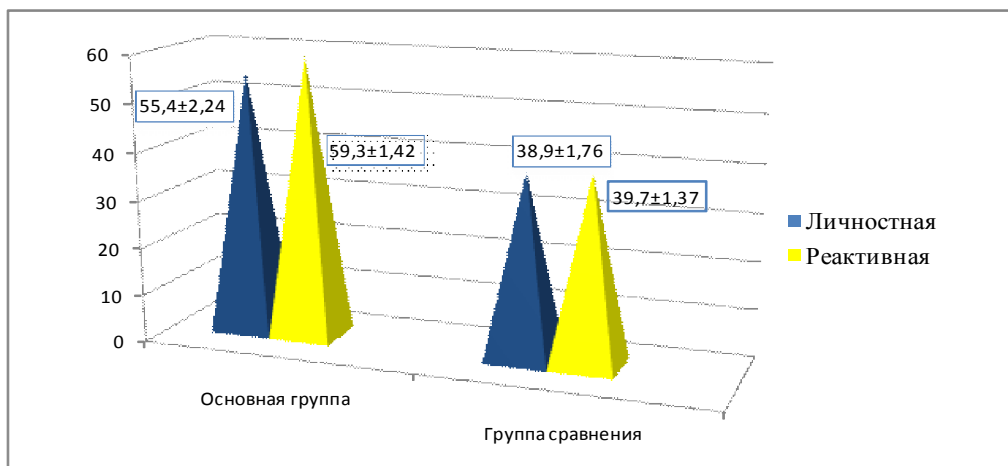


Рис. 1. Уровни личностной и реактивной тревожности в группах обследованных, баллы, M±m

Следует отметить, что все 4 женщины, у которых во время беременности наблюдались вегетативные кризы имели высокие уровни личностной и реактивной тревожности. Была выявлена сильная положительная ассоциативная связь между наличием симпатоадреналовых пароксизмов и высоким уровнем личностной ($Q=+0,939$) и реактивной ($Q=+0,910$) тревожности.

Высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, эмоциональными и невротическими срывами. Она выступает в качестве предрасположения для возникновения тревоги как реакции на опасность (ложную или реальную) и проявляется актуальным переживанием, беспокойством и нервозностью [2]. Наряду с этим, реактивная тревожность отражает состояние человека в данный момент времени и в данной конкретной ситуации. Это состояние представляет собой эмоциональную реакцию на стрессовую ситуацию. Следует помнить, что реактивная тревожность в отличие от личностной, достаточно успешно корректируется использованием фармакологических (в том числе фитопрепаратов), немедикаментозных методов лечения, изменения образа жизни.

Беременность, даже физиологическая, является стрессовой ситуацией для женского организма - меняется не только гормональный фон, но и жизненные ценности и приоритеты, появляются тревоги, о которых раньше женщина даже не задумывалась. Сочетание высоких уровней реактивной и личностной тревожностей у беременных и создает тот патологический фон, на котором существует и прогрессирует НЦД, развиваются вегетативные кризы.

Выводы. Не может быть двух мнений об отношении к НЦД по гипертоническому типу в периоде гестации. Это патология, которую нельзя не учитывать при ведении беременной. НЦД по гипертоническому типу более часто протекает на фоне малых аномалий сердца и чаще осложняется ранним гестозом. Существование НЦД и возникновение симпатоадреналовых пароксизмов у данных пациенток ассоциируется с высоким уровнем личностной и реактивной тревожности. Учитывая тот факт, что в подавляющем большинстве случаев НЦД по гипертоническому типу диагностируется до гестации, прегравидарная подготовка женщин, планирующих беременность, обязательно должна включать мероприятия по нормализации вегетативной дисфункции с привлечением терапевта (кардиолога), психоневролога. В противном случае функциональные изменения могут перерасти в органическую патологию, а течение беременности иметь серьезные осложнения.

Литература:

1. Влияние дифференцированной физиопсихопрофилактической подготовки беременных к родам на частоту и структуру акушерских осложнений. / А.В. Жарких [и др.] // Збірник. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. К.: Інтермед; 2003.- С.110-114.
2. Галимов Р. К. Эмоциональные расстройства и личностные особенности больных гнездовой алопецией / Р. К. Галимов, В. Л. Юлдашев, М. М. Гафаров // Псих. расстройства в общей медицине.- 2008.- №4.- С.22-25.
3. Маколкин В. И. Особенности течения нейроциркуляторной дистонии во время беременности / В. И. Маколкин, О. В. Козина, А. И. Ищенко // Терапевтический архив. - 2007. - №12. - С. 55.
4. Польський В. В. Функціональні захворювання серцево-судинної системи і вагітність: монографія / В. В. Польський. - К.: Експерт, 2005. - 248 с.
5. Autonomic and Enteric Nervous System Dysfunction May Play a Role in Hyperemesis Gravidarum / J. D. Hughes [et al.] // Gastroenterology Res. - 2015.- Vol.8 (1).- P. 153-156.
6. Salmon J. R. Severe autonomic dysfunction complicated by hyperemesis gravidarum causing unstable blood pressure in pregnancy // Aust. N.Z. J. Obstet. Gynaecol.- 2009. - Vol.49(6).- P. 699-700.

616.12-008.46-036.12:616.36-002.2

Зими́на А.В., Стра́мбовская Н.Н., Пушка́рев Б.С., Лу́зина Е.В.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В И С У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Введение. По данным эпидемиологических исследований последних 10 лет, в России распространенность в популяции терминальной хронической сердечной недостаточности (ХСН) до-