

cadena larga en eritrocitos materno-fetales en nacimientos de termino o pretermino en humanos / A. J. Araya, M. Rojas Garcia, F. P. Fernandez, A. A. Mateluna // Arch. Latinoam. Nutr. — 1998. — Vol. 48, N 3. — P. 210-215.

6. Effect of human cytomegalovirus immediate — early proteins on p53-mediated apoptosis in coronary artery smooth muscle cells / K. Tanaka, J. Lou, K. Taked et al. // Circulation. — 1999. — Vol. 99, N 13. — P. 1556-1559.

7. Transmission of human cytomegalovirus from infected uterine microvascular endothelial cells to differentiating/invasive placental cytotrophoblasts / E. Maidji, E. Percivalle, G. Gerna et al. // Virology. — 2002. — Vol. 304, N 1. — P. 53-69.

8. Чайка В. К., Демина Т. Н. Невынашивание беременности: проблемы и тактика лечения / Под ред. Т. Н. Деминой. — 2-е изд., испр. и доп. — Севастополь: Вебер, 2003. — 261 с.

9. Климов В. А., Лубяна С. С. Маркери інфікування плода у разі гострого TORCH-синдрому під час вагітності // Збірник наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. — К.: Інтермед, 2003. — С. 156-162

10. Жук С. И. Современные аспекты дородовой подготовки беременных и индукция родовой деятельности // Doctor. — 2001. — № 7. — С. 24-26.

УДК 616.831-009.11-053.2-08:615.825

С. І. Лазарева

## ДОСЛІДЖЕННЯ АКТИВНОСТІ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА СПАСТИЧНІ ФОРМИ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ

Одеський державний медичний університет

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) — одне з найскладніших неврологічних захворювань, яке характеризується цілим комплексом синдромів. Провідне місце в синдромокомплексі посідають порушення рухової активності [1; 3; 5]. Характер цих порушень визначає форму ДЦП. Проте рухові розлади — це лише один із проявів хвороби. За даними літератури, у 60–80 % дітей, що страждають на це захворювання, спостерігаються серйозні порушення функції вегетативної нервової системи [1–4].

Найчастіше діти, що страждають на це захворювання, вирізняються підвищеною плаксивістю, дратівливістю, агресивністю та емоційною нестійкістю, а такі прояви, як підвищена пітливість, нудота, слинотеча спостерігаються більше ніж у половини хворих на ДЦП.

Дослідження динаміки активності різних відділів вегетативної нервової системи може служити показником ефективності відновного лікування.

Виходячи з цього, метою дослідження є вивчення активності вегетативного відділу нервової системи у процесі комплексного відновного лікування дітей зі спастичними формами церебрального паралічу.

### Матеріали та методи дослідження

У роботі наведено результати обстеження 65 дітей обох статей віком 3–14 років зі спастичними формами церебрального паралічу (спастична диплегія — 57 %, геміплегія — 30,7 %, подвійна геміплегія — 12,3 %), які перебували на етапі відновного лікування в умовах спеціалізованого санаторію «Хаджибей». Обстеження проводилося двічі: до курсу лікування і після відновного лікування. Усі діти були розподілені на дві групи: контрольну (28 осіб) і основну (37 пацієнтів). Дітям контрольної групи застосовували загальноприйнятий комплекс лікувальних заходів (пелоїдотерапія, бальнеотерапія, ЛФК, масаж, електроміостимуляція). В ос-

новній групі, крім перелічених методів лікування, проводили курс лікувальної гімнастики з використанням м'якої ігрової кімнати (МІК).

Така кімната використовується при лікуванні ДЦП для підвищення ефективності корегувальних заходів, направлених на відновлення функції опорно-рухового апарату, розвиток психічної сфери, дрібної моторики рук, стимуляцію рухової активності хворих на фоні позитивних емоційних реакцій.

Методика використання МІК ґрунтується на дидактичних принципах навчання і лікування з позиції індивідуальної та колективної організації роботи. Кімната складається з чотирьох модулів:

- об'ємні геометричні фігури;
- сухий басейн;
- модуль «Змійка»;
- килимок.

Особливістю занять у сенсорно-моторній кімнаті є те, що дитині надається можливість виконувати вправи самостійно. Медична сестра лише



навчає і допомагає хворій дитині. Неминучі падіння безпечні за рахунок того, що підлога в такій кімнаті покрита поролоновими матами, а всі модулі виконані з м'якого і міцного матеріалу. Необхідно допомогти дитині подолати природний страх, інше, по можливості, вона повинна виконувати самостійно. Тривалість заняття 20 хв.

Після проведення відновного лікування оцінювали функції вегетативної нервової системи на підставі даних діагностичної таблиці для визначення вегетативного тону [2], а також за допомогою аналізатора варіабельності серцевого ритму. Оцінка неврологічного статусу проводилася за загальноприйнятою схемою: оцінювався стан рухових функцій, можливість фіксації положення голови і тіла, стійкість і правильність ходи, координація і об'єм рухів, адекватність психоемоційних реакцій, розвиток мови, наявність судом, їх частота і форма. Відмічалася наявність у дитини підвищеної саливації, порушення сну та апетиту.

Обстеження за шкалою оцінки вегетативного тону показало, що в усіх обстежених дітей зі спастичними формами церебрального паралічу виявлено таке співвідношення: у 40 % випадків (26 осіб: 14 — основна група, 12 — контрольна) відмічалася активність симпатичної нервової системи в діапазоні від 100:60 до 60:40, у діапазоні від 40:60 до 60:100 знаходилися 52,3 % (34 дитини: 19 — основна група, 15 — контрольна), що

відповідає активності парасимпатичної нервової системи. Дані 7,69 % опитаних (5 осіб: 3 — основна група, 2 — контрольна) вказували на ейтонію, що відповідає діапазону від 59:41 до 41:59.

Аналіз варіабельності серцевого ритму показав значні відхилення всіх складових спектра як низькочастотних (VLF, LF), так і високочастотних (HF) хвиль, також визначено співвідношення і сумарні показники.

У 25 хворих (38,5 %, з них 13 чоловік — основна група, 12 — контрольна) спостерігалася підвищення значень низькочастотних показників VLF, LF і сумарного показника, що вказує на вплив симпатичного відділу ВНС. В 61,5 % випадків (40 хворих: 21 — основна група, 19 — контрольна) спостерігалася підвищена активність HF і зниження співвідношення LF/HF, що вказує на активність парасимпатичного відділу ВНС. Ейтонію не виявлено в жодного хворого.

Після проведення відновного лікування протягом 21 дня результати дослідження за шкалою вегетативного тону показали, що у 33 (50,7 %) хворих клінічно відзначалося поліпшення вегетативної регуляції. Зниження парасимпатичної активності відзначене у 17 пацієнтів (26,1 %: 10 осіб — основна група, 7 — контрольна), зниження симпатичної активності — в 11 хворих (16,9 %: 7 — основна група, 4 — контрольна). Показники, що свідчать про ейтонію, залишилися на тому ж рівні (табл. 1).

Повторний аналіз варіабельності серцевого ритму в основній і контрольній групах виявив зниження напруженості високочастотного спектра і відповідно — збільшення показників співвідношення низькочастотного та високочастотного спектрів, що свідчить про зниження активності парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи. Збільшення показників низькочастотного спектра свідчить про те, що після проведеного лікування у хворих в обох групах спостерігається посилення активності симпатичного відділу ВНС. Загальна спектральна напруженість знизилася. Всі ці зміни свідчать про те, що в процесі лікування відбувається нормалізація вегетативної діяльності організму дитини.

Таблиця 1

**Динаміка показників вегетативного тону за діагностичною таблицею**

Показники діапазону	До лікування		Після лікування	
	Абс.	%	Абс.	%
Симпатикотонія	23	35,3	12	18,4
Ваготонія	37	56,9	20	30,7
Ейтонія	5	7,8	5	7,8

Таблиця 2

**Динаміка активності ВНС за даними аналізатора варіабельності серцевого ритму**

Показники	Основна група		Контрольна група	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
VLF, мс <sup>2</sup> /Гц	375±38	409±18	382±11	401±24
LF, мс <sup>2</sup> /Гц	283±35	291±43	309±29	311±36
HF, мс <sup>2</sup> /Гц	674±20	222±24	671±86	341±25
TP, мс <sup>2</sup> /Гц	1332±162	922±153	1362±22	1053±29
LF/HF	0,41±0,03	1,31±0,07	0,46±0,06	0,91±0,04



Разом з тим слід зазначити, що в основній групі зниження активності парасимпатичного відділу ВНС відмічене у 18 осіб. Це становить 83 %, а в контрольній групі — лише у 8, тобто 42 % обстежених. Активність симпатичного відділу ВНС зросла в основній групі у 7 осіб — 58 %, а в контрольній — у 4 (33 %). У табл. 2 подано динаміку активності вегетативної нервової системи у хворих на спастичні форми церебрального паралічу.

Аналізуючи ефективність лікування в обох групах дітей (основної і контрольної) зі спастичними формами церебрального паралічу, можна зробити такі висновки.

1. У дітей, що хворіють на спастичні форми церебраль-

ного паралічу, поряд з порушеннями рухової активності спостерігаються порушення функції вегетативної нервової системи.

2. Показники варіабельності серцевого ритму корелюють з показниками клініко-неврологічного обстеження за шкалою вегетативної активності.

3. Після проведення відновного лікування з використанням комплексу лікувальної гімнастики у м'якій ігровій кімнаті відмічається позитивна динаміка в діяльності вегетативної нервової системи.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Бодалян Л. О., Журба Л. Т., Тимонина О. В. Детские церебральные параличи. — К.: Здоров'я. — 1988. — 328 с.

2. Курако Ю. Л. Сборник методик и тестов исследования вегетативного отдела нервной системы. — Одесса. 1999. — 153 с.

3. Коркушко О. В., Писарук А. В., Шатило Б. В. Анализ вариабельности ритма сердца в клинической практике. К.: Алкон. — 2002. — 190 с.

4. Падко В. О. Динаміка стану вегетативної нервової системи у хворих на ДЦП, що проходили реабілітацію за СНР // Укр. вісн. психоневрології. — 2000. — Т. 8, 2 (24). — С. 47-49.

5. Семенова К. А., Махмудова Н. М. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом. Ташкент: Медицина — 1980. — 275 с.

6. Козьявкін В. І. Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації. — Львів — Трускавець, 2001. — 109 с.

УДК 618.33/.36-088.64:612.46-07

Т. Я. Москаленко, А. І. Гоженко

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ, СПРИЧИНЕНОЮ ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕРИВАННЯ

Одеський державний медичний університет

### Вступ

Частота фетоплацентарної недостатності (ФПН) досить велика. Вона виявляється у 3–4 % здорових жінок із неускладненим перебігом вагітності, а при різній патології її частота коливається від 24 до 46 % [1; 2] Патологія плаценти в структурі причин перинатальної дитячої смертності становить понад 20 % [3].

### Матеріали та методи дослідження

Нами проведено дослідження вагітних із ФПН, спричиною загрозою переривання вагітності, які не палили до вагітності (n=52) — I група та ва-

гітних з ФПН, спричиною загрозою переривання вагітності, які палили до вагітності не менше 1 пачки цигарок на день (n=47) — II група. Контрольну групу становили здорові вагітні (n=16).

### Результати дослідження та їх обговорення

Перебіг вагітності простежено в усіх групах. Клініка загрози переривання у ранньому терміні вагітності в I групі спостерігалася у 43 (82,6 %), в II групі — у 42 (89,4 %) вагітних; загроза переривання у пізньому терміні у I групі була у 15 (28,8 %), у II групі — у 12 (25,5 %); загроза передчасних пологів — в I групі у 4 (7,7 %), в II групі — у 6 (12,8 %).

Істміко-цервікальна недостатність спостерігалася в I групі у 19 (36,5 %), в II групі — у 16 (34,0 %) вагітних. Ранній токсикоз відзначено в I групі у 20 (38,5 %), в II групі — у 16 (34,0 %) жінок; преєклампсія легкого ступеня в I групі була у 14 (26,9 %), в II групі — у 12 (25,5 %) пацієнток. Анемія вагітних першого ступеня спостерігалася в I групі у 35 (67,3 %), в II групі — у 29 (61,7 %) вагітних, другого ступеня в I групі у 1 (1,9 %), в II групі — у 5 (10,6 %) вагітних.

Вивчали ФПН за даними ультразвукової діагностики (УЗД). При УЗД у I групі вагітних гіпертрофія плаценти спостерігалась у 14 (26,9 %) вагіт-

