

5. Гельман В. Е. Медицинская информатика. — СПб., 2001. — С. 193-197.

6. Боровиков В. П. Популярное введение в программу Statistica. — М., 1998. — 268 с.

7. Паненко А. В., Романчук О. П. До питання нормування результатів дослідження варіабельності артері-

ального тиску // Одес. мед. журнал. — 2003. — № 2 (76). — С. 66-67.

8. *Clinical relevance blood pressure variability* / G. Parati, M. Di Rienzo, L. Ulian et al. // *J. Hypertens Suppl.* — 1998. — N 16. — Aug. — S. 25-33.

9. *Heart rate variability. Standards of measurements, physiological in-*

terpretation and clinical use // *European Heart J.* — 1996. — N 17. — P. 354-381.

10. *Prognostic significance of blood pressure and heart rate variabilities: the ohasama study* // *In Process Citation* / M. Kikuya, A. Hozawa, T. Obokubo et al. — *Hypertension.* — 2000., Nov. — Vol. 36 (5). — P. 901-906.

УДК 618.3-06:616.8-009.24]-084:615.82:611.93

С. Р. Галич, Н. М. Кухар, І. Є. Гаско

ЕФЕКТИВНІСТЬ МАСАЖУ В ПРОФІЛАКТИЦІ ВЕГЕТАТИВНО-ЕМОЦІЙНИХ І ГЕМОДИНАМІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ВАГІТНИХ ГРУПИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПРЕЕКЛАМПСІЇ

Одеський державний медичний університет

Вступ

Прееклампсія ускладнює перебіг 6–8 % вагітностей і вважається однією з головних причин материнської захворюваності та смертності практично в усіх розвинутих країнах світу. Так, у США вона безпосередньо спричинює 15 % материнських смертей і посідає друге (після емболії) місце серед причин материнської смертності [1].

Численні наукові доробки та клінічна практика свідчать про те, що прееклампсія є синдромом дизадаптації, який формується з початку вагітності, а маніфестує клінічними проявами у II чи III триместрах [2]. Дотепер не існує єдиної теорії патогенезу прееклампсії, яка б повністю задовольняла потреби клініки. Відомості про розвиток і ранні прояви цього ускладнення вагітності свідчать про зацікавленість практично усіх органів та систем материнського організму у формуванні численних «хибних кіл» [3]. Нині не викликає сумніву той факт, що формування прееклампсії починається з ранніх термінів вагітності. Вка-

зане пояснюється неповними гестаційними змінами у спіральних артеріях матки, яке призводить до патологічної реакції судин фетоплацентарного комплексу на вазоактивні речовини.

Численні відомості про різноманітні патогенетичні ланки прееклампсії не дають відповіді на питання про тригерні механізми маніфестації вказаного ускладнення. Попередніми дослідженнями встановлено, що деякі ускладнення гестаційного періоду обумовлені патологією хребта. Так, наприклад, доведено, що наявність фіксованого патологічного кіфозу на рівні хребтово-рухового сегмента Th_{XII}-L_I є фактором високого ризику прееклампсії [4]. Виявлені нами раніше особливості психоемоційного стану вагітних у процесі формування синдрому дизадаптації дозволили зробити висновок про необхідність проведення профілактики прееклампсії у I триместрі вагітності. Однак вказаний період є одним із «критичних періодів» ембріогенезу, що обумовлює недоцільність використання медикаментозних засобів у цей час.

Виходячи з того, що психоемоційна дизадаптація у I триместрі вагітності полягає у наявності підвищеної частоти і виразності вегетативно-емоційних скарг, високого рівня тривожності й неадекватній самооцінці жінок [5], була висловлена думка про можливість корекції вказаних порушень шляхом використання немедикаментозних, регулювальних впливів. Одним із таких методів є масаж, який, на наш погляд, незаслужено ігнорується у вагітних.

Загальновідомо про нормалізуючий вплив масажу на психоемоційну сферу людини, вегетативну нервову систему та тонус судин. Під впливом масажу, особливо розминання, збільшується кількість розкритих капілярів та їхні просвіти, що сприяє підвищенню обміну в клітинах, інтенсифікації поглинання тканинами кисню. Відомо, що масаж покращує венозний кровотік, полегшує роботу серця і нормалізує артеріальний тиск [6–8]. Перераховане вище обумовлює доцільність використання масажу у вагітних, що належать до групи ризику розвитку синдрому дизадаптації.



Метою дослідження було вивчити можливість використання масажу для профілактики вегетативно-емоційних та гемодинамічних порушень у вагітних групи ризику виникнення прееклампсії.

Матеріали та методи дослідження

Під наглядом перебували 130 першовагітних жінок у термінах гестації від 7 до 12 тиж. Серед них 110 пацієнок, зарахованих до групи ризику виникнення прееклампсії. Методом випадкового вибору вони були розподілені на дві групи. Пацієнткам першої групи (65 жінок) у I триместрі вагітності проведено сеанси масажу. Ведення вагітних другої групи (45 осіб) здійснювалося традиційно. Контрольну групу (третья група) становили 20 здорових жінок з неускладненим перебігом вагітності.

Вивчали вегетативно-емоційні скарги, показник ситуативної тривожності за Ч. Д. Спілбергером — Ю. Л. Ханіним, самовідчуття, активність і настрої за тестовим опитувальником САН [9]. Про кровотік у судинах голови та шиї судили за результатами дуплексного сканування екстракраніального відділу брахіоцефальних артерій та транскраніального дуплексного сканування артерій головного мозку [10]. Вираховували швидкість кровотоку та індекс резистивності. Перераховані дослідження проводили до та після курсу масажу. У подальшому аналізували перебіг вагітності, активно виявляючи клінічні прояви прееклампсії та прегестозу.

Масаж голови, шиї, комірцевої зони проводили у положенні вагітної сидячи з опорою голови на руки. Вплив здійснювали на паравертебральні зони шийних і верхньогрудних спинномозкових сегментів С₇—С₂ і D₅—D₁. Масаж паравертебральних зон проводили від нижчорозташованих до вище-

розташованих сегментів. Здійснювали глибоке погладження, розтирання, розминання. Масаж трапецієподібних м'язів полягав у площинному й охоплюючому погладженні, півколовому розтиранні, ніжному штрихуванні, розминанні (поздовжньому, поперечному), зрушенні.

Масаж лобної та волосистої частини голови здійснювали шляхом граблеподібного погладження і розтирання; зсування і розтягнення шкіри голови в сагітальному і фронтальному напрямках. Виконували площинне погладження груднино-ключично-соскоподібних м'язів, їх кругове розтирання, розминання.

При виконанні масажу лобної частини обличчя усі рухи спрямовували від середньої лінії до вушних раковин чи від надбрівних дуг до потиличної частини голови шляхом погладження, розтирання, розминання, вібрації. Потім протягом 10–15 с здійснювали вплив на симетрично розташовані точки си-бай, які знаходяться в інфраорбітальних ділянках. Послідовно натискали протягом 1–2 хв на кожну з точок іньтан, е-чжун, шень-тін, байхуей. Надалі повторювали ма-

саж волосистої частини голови та комірцевої зони за раніше описаною методикою. Курс лікування полягав у виконанні 10 щоденних процедур тривалістю 10–15 хв.

Результати дослідження та їх обговорення

У пацієнок, в яких здійснювався масаж, вже після третього сеансу відмічалось покращання загального стану, що, насамперед, полягало у зменшенні вегетативно-емоційних скарг. У пацієнок першої групи до закінчення курсу масажу зникали головні болі, роздратованість, відчуття запаморочення, плаксивість. Перераховані скарги зберігалися до кінця I триместру або продовжували турбувати на початку II триместру більшість жінок другої групи (46 %). На рис. 1 продемонстровано динаміку деяких основних вегетативно-емоційних скарг під впливом проведеного масажу.

Виразне зменшення скарг наставало переважно після 3-го сеансу масажу, а після 7-го сеансу позитивні зміни набували стабільного характеру.

Реактивну тривожність визначали до і після десятиденного курсу масажу у жінок першої групи та в аналогічні тер-

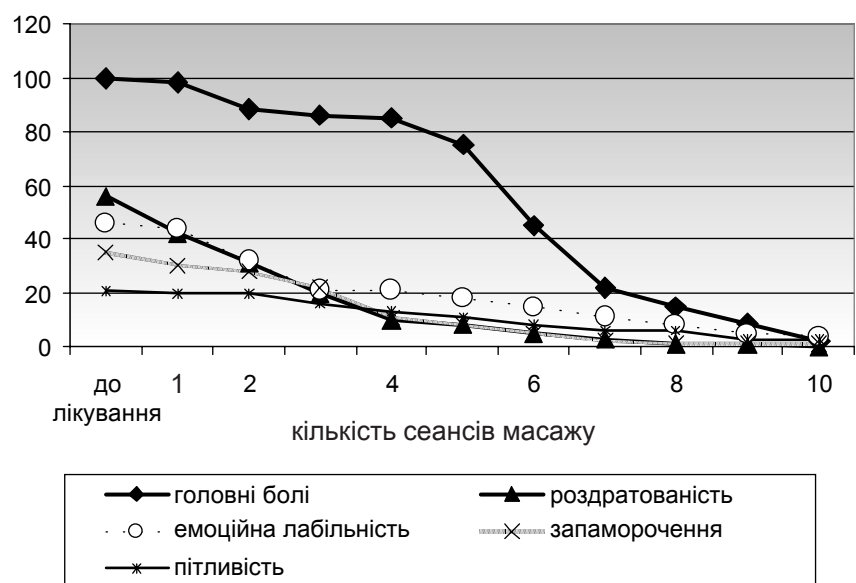


Рис. 1. Динаміка вегетативно-емоційних скарг у жінок першої групи під час лікування



міни у пацієнок другої групи і порівнювали із показником у здорових вагітних. На відміну від пацієнок другої групи, в яких реактивна тривожність у зазначені терміни дещо зростала, пацієнтки першої групи продемонстрували вірогідне зменшення цього показника (рис. 2), яке, однак, не досягло значень, встановлених для здорових вагітних.

Зменшення частоти вегетативно-емоційних скарг не супроводжувалося суттєвими змінами показника САН в обох групах. Останній перебував у межах середніх значень (відповідно 5,4; 5,5 і 5,6 бала) і свідчив про адекватне сприйняття жінками першої групи свого стану. У вагітних другої групи на фоні збереження вегетативно-емоційних скарг відмічались високі показники САН, що свідчило про збереження психоемоційної дизадаптації [5].

Після курсу масажу за описаною методикою відмічено вірогідне покращання параметрів кровотоку в магістральних артеріях голови та шиї серед пацієнок першої групи. Зміни полягали у вірогідному зменшенні швидкостей кровотоку та індексів резистивності у тих судинах, в яких до лікування ці показники були підвищеними (таблиця). Останнє свідчило про локальний судинний спазм у вказаних судинах. Так, відмічалось вірогідне

зниження швидкостей кровотоку до показників, характерних для здорових вагітних, у загальній сонній, задній мозковій та в інтракраніальному відділі хребтової артерії з одного боку. При цьому не мало істотного значення, з якого боку відмічався спазм.

Іншими словами, у разі порушення кровотоку в артерії лише з одного боку така судина позначалась як «ліва». Високі до лікування швидкості кровотоку в артеріях з обох боків вірогідно знижувались після лікування. Вказане стосувалося передніх і середніх мозкових артерій. Аналогічні показники у вагітних другої групи свідчили про збереження спазму судин голови та шиї. Так, залишалися стабільно високими швидкості кровотоку в одній із загальних сонних і задній мозковій артеріях, в обох передніх мозкових і середніх мозкових артеріях. У хребтових артеріях пацієнок другої групи (екстракраніальний та інтракраніальний відділи) швидкість кровотоку вірогідно зростала. Вищезазначене стосується й іншого показника — індексу резистивності. За умови підвищення швидкостей кровотоку цей показник збільшувався, а при нормалізації швидкостей відмічалось його зменшення, що також підтверджувало усунення спазму судин головного мозку та шиї.

Слід зазначити, що перераховані особливості кровопостачання шийного відділу хребта й головного мозку супроводжувалися вищезазначеними особливостями психоемоційного стану вагітних. Так, висока швидкість кровотоку в артеріях з одного або з обох боків супроводжувалася частими вегетативно-емоційними скаргами, високою реактивною тривожністю. Логічною виглядає нормалізація перерахованих показників на фоні нормалізації кровотоку у вагітних першої групи та їхнє прогресування у жінок другої групи за умови посилення спазму судин голови та шиї, що продемонстровано збільшенням швидкостей кровотоку та індексом резистивності в них.

Аналіз подальшого перебігу вагітності показав, що у переважній більшості пацієнок першої групи вагітність перебігала без ускладнень (44 жінки — 67,7 %). Гестаційний період ускладнився прееклампсією легкого ступеня у 1 (1,5 %) вагітної першої групи та у 18 (40,0 %) пацієнок другої групи. Прегестоз наприкінці III триместру вагітності виявлено у 4 (6,2 %) жінок першої групи та у 28 (62,2 %) — другої. Фетоплацентарна недостатність сформувалась відповідно у 3 (4,5 %) і 36 (80,0 %) пацієнок.

Висновки

1. Посилення швидкостей кровотоку в артеріях голови та шиї супроводжується виразними вегетативно-емоційними скаргами, високими показниками реактивної тривожності, а їхня нормалізація — зменшенням частоти і виразності скарг та вірогідним зниженням реактивної тривожності до «середньотривожних» значень.

2. Масаж голови, шиї та комірцевої зони спини у I триместрі вагітним групи ризику розвитку прееклампсії сприяє зменшенню частоти і виразності вегетативно-емоційних скарг, реактивної тривожності,

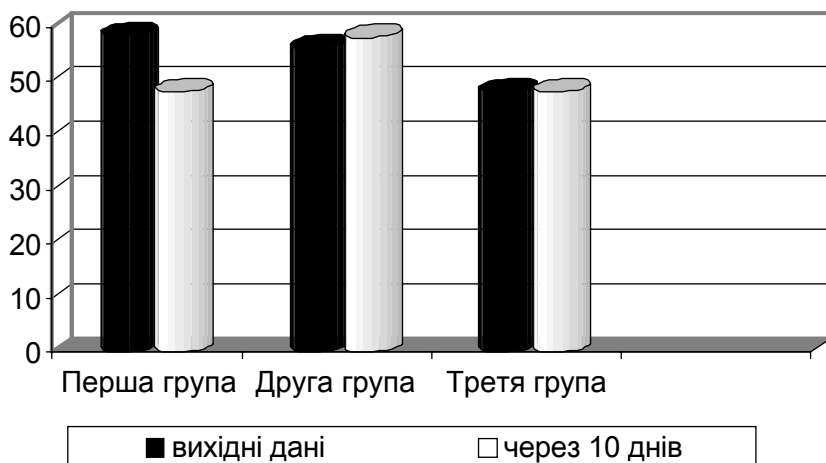


Рис. 2. Показник реактивної тривожності в обстежених жінок

Показники швидкості кровотоку в артеріях голови та шиї жінок до і після масажу, M±m

Артерії	Перша група		Друга група		Третя група
	до	після	до	після	
Загальна сонна ліва	31,2±8,2	30,8±7,8	32,4±7,9	31,6±5,4	30,4±7,2
Загальна сонна права	31,2±7,2	30,7±6,8	30,8±8,2	30,9±7,5	30,2±6,8
Внутрішня сонна ліва	46,8±3,4**	28,6±7,7*	47,1±2,9**	49,2±4,8**	22,8±6,6
Внутрішня сонна права	33,8±6,4	32,7±8,2	36,5±7,1	34,8±7,5	22,6±8,2
Хребтова ліва	26,9±6,1**	16,2±7,8*	28,4±7,1**	42,2±8,1* **	12,8±4,9
Хребтова права	32,1±5,2**	16,4±6,1*	31,2±4,7**	42,2±3,9* **	13,2±5,1
Надблокова ліва	14,1±3,8	15,6±5,8	14,4±5,9	15,7±6,4	16,5±6,7
Надблокова права	10,4±4,7	12,8±6,1	12,3±4,8	13,1±5,4	14,1±3,9
Передня мозкова ліва	42,8±7,4**	26,1±6,2*	40,4±6,2**	38,9±5,7**	24,9±7,9
Передня мозкова права	51,8±7,2**	34,1±6,9*	52,2±6,7**	49,6±7,4**	31,1±8,6
Середня мозкова ліва	62,4±4,9**	42,4±6,3*	64,6±5,8**	58,9±7,2**	40,1±7,8
Середня мозкова права	60,1±4,3**	44,4±5,1*	62,1±7,2**	57,8±8,2**	42,4±6,1
Задня мозкова ліва	40,6±3,2**	30,6±4,9*	42,1±4,9**	46,4±5,6**	28,4±5,2
Задня мозкова права	29,3±2,8	31,2±3,6	30,1±2,2	31,5±3,2	30,2±1,9
Основна	33,0±3,9	31,5±4,2	28,3±4,8	26,5±8,1	24,9±4,5
Хребтова (інтракраніальний відділ) ліва	34,5±2,1**	24,1±4,1*	36,2±1,1**	42,1±4,0* **	28,9±1,3
Хребтова (інтракраніальний відділ) права	31,5±1,4	32,5±2,2	30,7±2,1	31,4±1,9	30,6±2,9

Примітка. * — Вірогідна різниця із показниками до лікування; ** — вірогідна різниця із показниками у здорових вагітних; P<0,001.

приводить до нормалізації швидкостей кровотоку в магістральних артеріях голови та шиї.

3. Прогресування вагітності у жінок групи ризику розвитку прееклампсії, яким не проводили масаж, характеризувалося збереженням вірогідно високих показників швидкостей кровотоку у магістральних судинах голови та шиї, прогресуванням спазму у хребтових артеріях.

4. За умови проведення десятиденного курсу масажу в першому триместрі вагітності у жінок групи ризику частота розвитку прееклампсії та фетоплацентарної недостатності знижувалася.

5. Виражений позитивний ефект на психоемоційну сферу, показники гемодинаміки у вагітних без негативної дії на

матір і внутрішньоутробну дитину дозволяє рекомендувати вказаний метод для профілактики прееклампсії в групах ризику.

6. Необхідні подальші дослідження щодо раціонального використання масажу у вагітних жінок як при інших ускладненнях вагітності, так і для профілактики та лікування синдрому дизадаптації.

ЛІТЕРАТУРА

1. American College of Obstetricians and Gynecologists: Hypertension in Pregnancy (Гипертония у беременных). Educational bulletin. — Washington: DC; ACOG, January 1996. — N 219. — 4 p.
2. Венцківський Б. М., Запорожан В. М., Сенчук А. Я. Гестози вагітних. — К.: Аконті, 2002. — 112 с.
3. Серов В. Н., Стрижаков А. Н., Маркин С. А. Практическое акушерство. — М.: Медицина, 1989.

4. Скрябин Е. Г. Новые методы диагностики и лечения заболеваний позвоночного столба у беременных женщин // Вестн. новых мед. технологий. — 2002. — Т. IX, № 4. — С. 19-20.

5. Галич С. Р. Прееклампсія як синдром психоемоційної дизадаптації // ПАГ. — 2003. — № 5. — С. 72-76.

6. Васичкин В. И. Все о массаже. — М.: АСТ-ПРЕСС, 1998. — 368 с.

7. Кучинев Л. А. Лечебный массаж: Практик. руководство. — К.: Вища шк., 1981. — 328 с.

8. Тауберт А. В. Китайский классический массаж. — СПб.: ЗАО ВЕСЬ, 2000. — 349 с.

9. Практическая психодиагностика: Методики и тесты / Под ред. Д. Я. Райгородского. — Самара, 1998. — 672 с.

10. Куликов В. П. Цветное дуплексное сканирование в диагностике сосудистых заболеваний. — Новосибирск: СО РАМН, 1997. — С. 72-110.

