

ВОЗМОЖНОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО РЕЗОНАНСНОГО ТЕСТА В ОПРЕДЕЛЕНИИ АДАПТАЦИОННЫХ РЕЗЕРВОВ У БЕРЕМЕННЫХ С УГРОЗОЙ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

Т.Ю. Егорова, М.И. Паламарчук

УО «Гродненский государственный медицинский университет» (г. Гродно, Беларусь)

РЕЗЮМЕ

В работе представлены результаты клинических исследований адаптационных резервов у беременных с угрозой преждевременных родов (УПР) методом вегетативного резонансного теста.

Обследовано 243 женщины в возрасте от 16 до 42 лет, 138 – с угрозой преждевременных родов и 105 – с нормально протекающей беременностью.

В группе беременных с диагнозом УПР низкие адаптационные резервы матки тестировалась у 120 (87,0%) женщин. Высокие резервы адаптации матки были выявлены у 18 пациенток с УПР (13,0%). Выявление низких резервов адаптации матки у беременных, страдающих УПР, расценивается авторами как ситуация, когда при угрозе преждевременных родов в матке развивается феномен гиперсинхронизации частот на фоне десинхронизация остальных систем организма. В рамках теории об адаптационной деятельности человека это трактовалось нами как ситуация, когда при недостаточности адаптации матки к беременности в организме женщин развивается «дезадаптационной болезнь», что клинически проявляется угрозой преждевременных родов.

У женщин с нормально протекающей беременностью только у 11 (10,5%) обследуемых были выявлены недостаточные резервы адаптации матки, в 89,5% случаев (94 беременных) выявлены высокие адаптационные резервы матки, что свидетельствует о синхронизации частот всех органов и систем. Это расценивалось нами как ситуация, когда адаптационная реакция матки является частью общей адаптационной реакцией целого организма, что приводит к нормальному протеканию беременности.

Ключевые слова: угроза преждевременных родов, адаптационные резервы, диагностика, вегетативный резонансный тест.

ВВЕДЕНИЕ

Важнейшей проблемой медицины является сохранение здоровья беременной женщины. Это оценка и прогноз протекания беременности, оптимизация адаптации материнского организма к беременности, совершенствование диагностики и лечения заболеваний, протекающих во время беременности и т.д. Решение подобных вопросов должно проводиться на основании внедрения новейших информационных технологий, позволяющих получить достоверную информацию об организме женщины и возможность прогноза исхода родов. В последнее время в практической медицине все большее внимание уделяется методам неинвазивной диагностики, отвечающим требованиям обеспечения полной безопасности обследования, его комфортности, оперативности, всесторонности при сохранении высокой достоверности результатов.

По современным представлениям, основой здоровья беременной являются адаптацион-

ные резервы, позволяющие организму оставаться в норме в широком диапазоне изменения условий существования. Важнейшей составляющей адаптационных резервов являются функциональные резервы. Они подразделяются на конституциональные (генотипические и фенотипические), явные (которые можно выявить и использовать в данный момент) и скрытые (заблокированные, которые могут стать явными при переходе организма в более благоприятное состояние) [2, 5].

Оценка конституциональных резервов производится на основании анамнеза, антропометрических данных и клинических исследований. Конституциональные резервы характеризуют индивидуальные унаследованные и приобретенные неполноценные (ослабленные) функциональные возможности различных органов [4]. Поэтому они определяют некоторую верхнюю границу функциональных резервов соответствующих органов, а значит, в значительной степени и всего организма. Знание ин-

дивидуальных конституциональных «слабых мест» организма беременной женщины позволяет врачу дифференцированно подходить к поддержанию функций органов репродуктивной системы.

Угроза преждевременных родов (УПР) – наиболее частое осложнение беременности, за последние десятилетия эта патология не имеет тенденции к снижению, что дает основание считать данную проблему чрезвычайно актуальной в акушерской практике.

Патологические изменения, которые развиваются при УПР, подавляют компенсаторно-приспособительские возможности системы «мать – плацента – плод», замедляют рост и развитие плода, обуславливают осложненное течение беременности и родов [6].

Организм человека в целом и составляющие его подсистемы являются источником очень слабых электромагнитных колебаний в широком диапазоне частот. Благодаря согласованности (когерентности) колебаний в огромном диапазоне частот на разных иерархических уровнях организм может существовать как система и реагировать как единое целое на изменяющиеся условия среды, т.е. могут развиваться общие адаптационные реакции. Причем в норме местная адаптационная реакция является частью общей адаптационной реакцией целого организма. Срыв одного из звеньев физиологической адаптации материнского организма к беременности приводит к «дезадаптационной болезни», которая может проявляться угрозой преждевременных родов. Известно, что в живом организме синхронизация не может быть жесткой, т.к. это нарушает адаптационные свойства организма, гибкость его регуляции. Но нарушение оптимального уровня синхронизации, как в сторону гиперсинхронизации, так и в сторону десинхронизации приводит к нарушению гомеостаза.

Резервы адаптации могут определяться инвазивно, по лейкоцитарной формуле крови [2], а также неинвазивно, с помощью вегетативного резонансного теста (ВРТ) [5]. С помощью ВРТ можно определить степень синхронизации и десинхронизации органов и систем, причем выявить, с какими органами связаны нарушения синхронизации.

Данных об определении адаптационных резервов беременных женщин с УПР методом ВРТ нами не найдено, что определяло актуальность исследования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Определить адаптационные резервы организма у беременных с угрозой преждевременных родов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проспективное, рандомизированное, «слепое», контролируемое исследование. Обследовано 243 женщин в возрасте от 16 до 42 лет, из них 138 беременных с угрозой преждевременных родов (основная группа) в сроке беременности 23–36 недель. Контрольную группу составили 105 женщин с физиологически протекающей беременностью, со сроками гестации 23–36 недель. База исследования – УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр», отделение патологии беременности и акушерско-гинекологическое отделение.

Критерием включения в исследование являлось: срок беременности 23–36 недель, наличие признаков угрозы прерывания беременности.

Из группы обследованных исключены беременные с наличием болевого синдрома, не связанного с угрозой прерывания беременности (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты).

Оценка состояния здоровья пациенток проводилась методом ВРТ. Пациентки исследовались без знакомства с медицинской документацией и данных других методов обследования. У всех женщин было получено добровольное информированное согласие на проведение исследования. Для тестирования нозодов и органо-препаратов применялись микрорезонансные контуры, предложенные Сарчуком В.Н. и тест-указатели Центра «ИМЕДИС» (г. Москва) [1,3].

Диагноз по результатам электропунктурной диагностики верифицировался с клиническим диагнозом истории родов.

Клинический диагноз УПР устанавливался на основании жалоб, анамнеза, гинекологического статуса, данных УЗИ, доплерометрии и кардиоотографии и др.

При оценке долей доверительный интервал (ДИ) был принят 95%. Статистическая обработка осуществлялась методами непараметрической статистики (рассчитывалась медиана (Me), 25 и 75 процентиля (25–75%).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Возраст обследуемых колебался от 16 до 42 лет, составляя в среднем 25 (22 – 30) лет

в первой группе и 26 (23 – 30) лет во второй. Средний возраст наступления менархе у беременных в основной группе варьировал от 11 до 18 лет, составляя в среднем 13 (11 – 16) лет, у пациенток контрольной группы – от 11 до 17 лет, в среднем 13 (11 – 15), менструации у большинства женщин обеих групп установились сразу.

Отягощенный акушерский анамнез имел место у большинства беременных страдающих УПР. У 25 обследуемых (18,1%; ДИ 12–25%) в анамнезе было искусственное прерывание беременности, самопроизвольные выкидыши – у 17 (12,3%; ДИ 7–18%) пациенток, неразвивающаяся беременность – у 11 (8,0%; ДИ 3–13%) женщин, мертворождение – у 3 (2,2%; ДИ 0–5%). Во второй группе аборт в анамнезе отмечали 20 (19,0%; ДИ 11–27%), беременных, самопроизвольные выкидыши – 13 (12,4%; ДИ 6–19%) обследуемых, неразвивающаяся беременность – 6 (5,7%; ДИ 1–10%) пациенток.

Из перенесенных гинекологических заболеваний в 1-й и 2-й группах женщин преобладали: воспалительные заболевания матки и придатков (36,2%; ДИ 28–44% и 39,0%; ДИ 30–48%), эрозия шейки матки (31,9%; ДИ 24–40% и 34,3%; ДИ 25–48%), кисты яичников (10,1%; ДИ 5–15% и 13,3%; ДИ 5–17%), инфекции, передающиеся половым путем (10,9%; ДИ 5–16% и 10,5%; ДИ 5–16%), первичное (6,5%; ДИ 2–11% и 2,9%; ДИ 0–6%) и вторичное (2,2%; ДИ 0–5% и 3,8%; ДИ 1–8%) бесплодие, соответственно, что характеризует сопоставимость основной и контрольной групп.

Анамнез и данные объективного обследования позволили установить, что в 92,8% случаев у женщин с УПР и 87,6% пациенток из контрольной группы перенесли ранее или имели при поступлении экстрагенитальную патологию.

У 37 (26,8%; ДИ 19–34%) беременных, страдающих УПР, были указания на перенесенные детские инфекции, ОРВИ, ангину, каждая четвертая (26,1%; ДИ 18–33%) перенесла заболевания мочевыделительной системы, 25 (18,1%; ДИ 11–25%) имели хронический гастрит, холецистит, у 25 (18,1%; ДИ 11–25%) обследуемых выявлены обменно-эндокринные нарушения (ожирение I–III степени, зутиреоидный зоб I степени), а также артериальная гипертензия, нейроциркуляторная дистония. Указания на патологию сердца (пролапс митрального клапана, аномально расположенная хорда левого желудочка) были у 22 (15,9%; ДИ 9–22%)

пациенток, на заболевания легких (бронхит, пневмонию) – у 11 (8,0%; ДИ 3–13%) женщин, 17 (12,3%; ДИ 6–18%) беременных, страдали заболеванием глаз (астигматизм, миопия слабой степени).

Из перенесенных экстрагенитальных заболеваний наиболее часто во 2-й группе обследуемых встречались детские инфекции – 35 (33,3%; ДИ 24–42%) пациенток и острые респираторные заболевания – 28 (26,7%; ДИ 18–35%) женщин. На заболевания печени и желчевыводящих путей жаловались 15 (14,3%; ДИ 7–21%) беременных, на болезни желудочно-кишечного тракта – 13 (12,4%; ДИ 6–19%) обследуемых. О перенесенных заболеваниях почек и мочевого пузыря упоминали 20 (19,0%; ДИ 11–27%) пациенток, болезнях органов дыхания – 14 (13,3%; ДИ 6–20%) женщин. Каждая пятая беременная (22,9%; ДИ 14–31%) страдала обменно-эндокринными нарушениями и вегетативно-сосудистой дистонией. Заболевания зрения выявлены у 14 (13,3%; ДИ 6–20%) обследуемых, патология со стороны сердца – у 13 (12,4%; ДИ 6–19%) пациенток.

Особенностями протекания беременности у женщин, страдающих УПР, являлось наличие сопутствующих осложнений. Гестоз диагностирован у 30 (21,7%; ДИ 14–29%) беременных, фетоплацентарная недостаточность – у 18 (13,0%; ДИ 7–19%) обследуемых, анемия беременных – у 14 (10,1%; ДИ 5–15%) пациенток. Преждевременное созревание плаценты выявлено у 11 (8,0%; ДИ 3–13%) женщин, многоводие – у 10 (7,2%; ДИ 2–12%) беременных.

При анализе исхода родов выявлено, что у большинства обследуемых обеих групп роды произошли через естественные родовые пути. У 49 (35,5%; ДИ 27–44%) пациенток основной группы была произведена операция кесарева сечения, в группе с физиологически протекающей беременностью таких женщин было 27 (25,7%; ДИ 17–33%).

В 1-й группе в срок до 260 дней родили 42 (30,4%; ДИ 22–38%) обследуемых, срочные роды произошли у 96 (69,6%; ДИ 61–77%) беременных. Во 2-й группе только у 11 (10,5%; ДИ 4–16%; $p < 0,001$) пациенток произошли преждевременные роды, 94 (89,5%; ДИ 83–95%; $p < 0,001$) обследуемых родили в срок более 260 дней.

У женщин, страдающих УПР, средний вес новорожденных составил 3150 (2850–3600) г, рост – 51 (50–53) см, в группе неосложненной беременностью, соответственно – 3400 (3200–

3750) г и 52 (52–54) см. Состояния новорожденных оценивалось по шкале Апгар, в группе беременных с УПР выявились следующие показатели: 8/8 – 32 (21,9%; ДИ 15–29%) ребенка, 8/9 – 104 (71,2%; ДИ 63–79%). В группе с физиологически протекающей беременностью все новорожденные имели показатели по шкале Апгар равные 8/9. По полу новорожденных мальчики составляли 86 (58,9%; ДИ 50–67%) и 56 (52,3%; ДИ 42–62%), девочки 60 (41,1%; ДИ 32–49%) и 51 (47,7%; ДИ 38–57%) в 1 и 2 группах, соответственно.

У 120 из 138 обследуемых основной группы были выявлены низкие адаптационные резервы матки, что составляет 87,0% от всех случаев клинических проявлений УПР. Высокие резервы адаптации матки были выявлены всего у 18 женщин (13,0%; $p < 0,05$ по сравнению с контрольной группой) с УПР. Выявление низких резервов адаптации матки у беременных, страдающих УПР, расценивалась нами как ситуация, когда в матке развивается феномен гиперсинхронизации частот на фоне десинхронизация остальных систем организма [3]. В рамках теории об адаптационной деятельности человека это трактовалось нами как ситуация, когда при недостаточности адаптационных резервов матки при беременности в организме женщин развивается «дезадаптационная болезнь», что клинически проявляется угрозой преждевременных родов.

В группе пациенток с неосложненной беременностью только у 11 (10,5%; $p < 0,05$ по сравнению с основной группой) женщин были выявлены недостаточные резервы адаптации матки, в 89,5% случаев (94 обследуемых) выявлены высокие адаптационные резервы матки, что свидетельствует о синхронизации частот всех органов и систем. Это расценивалось нами как ситуация, когда высокая адаптационная реакция матки является частью общей адаптационной реакцией целого организма, что

приводит к нормальному протеканию беременности.

ВЫВОДЫ

1. При угрожающих преждевременных родов у 87% в сравнении с контрольной группой беременных выявляются низкие адаптационные резервы матки ($p < 0,05$).

2. В условиях нормального протекания беременности у 89,5% в сравнении с контрольной группой женщин выявляются высокие резервы адаптации матки ($p < 0,05$).

3. При выявлении низких резервов адаптации матки у беременных с УПР показано стационарное лечение угрозы прерывания беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. А. С. 1448438 (СССР). Способ Сарчука В.Н. по фиксации волновых характеристик тестируемых объектов // Сарчук В.Н.. МКИ А61Н 39/00 – Оpubл. в Б.И. 01.09.1988.

2. Гаркави, Л.Х. Антистрессорные реакции и активационная терапия. Реакция активации, как путь к здоровью через процессы самоорганизации / Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакина, Т.С. Кузьменко. – М.: ИМЕДИС, 1998. – 656 с.

3. Готовский, Ю.В. Электропунктурная диагностика и терапия с применением вегетативного резонансного теста «ИМЕДИС-ТЕСТ» / Ю.В. Готовский, Л.Б. Косарева, Л.Б. Махонькина и др. Методические рекомендации. – М.: ИМЕДИС, 2002. – 112 с.

4. Коновалов, В.В. Совсем другая медицина / В.В. Коновалов. – СПб: ООО ЭТО «Экслибрис», 2002.

5. Махонькина, Л.Б. Резонансный тест. Возможности диагностики и терапии / Л.Б. Махонькина, И.М. Сазонова. – М.: Издательство РУДН, 2000. – 740 с.

6. Сидельникова, В.М. Актуальные проблемы невынашивания беременности / В.М. Сидельникова. – М., 1999. – 138 с.