

### **Выводы**

1. Оценка состояния фетоплацентарной системы должна проводиться комплексно и систематически с использованием современных пренатальных технологий: ультразвукового сканирования, доплерометрического и кардиотокографического исследований.

2. Улучшение перинатальных исходов наблюдается при проведении четырехкратного ультразвукового скрининга в сроках 9—11, 16—22, 30—34, 37—38 недель беременности.

3. Доклиническая диагностика плацентарной недостаточности позволяет своевременно назначать эффективную терапию в амбулаторных условиях, по показаниям проводить родовую госпитализацию беременных и выбрать оптимальную акушерскую тактику.

4. Предложенный алгоритм ведения беременных в условиях женской консультации является механизмом снижения перинатальных потерь при беременности и в родах.

### **Заключение**

Проблема антенатальной профилактики, диагностики и лечения плацентарной недостаточности в настоящее время в акушерстве не решена.

Резервом снижения перинатальной заболеваемости и смертности на современном этапе является совершенствование организации медицинской помощи беременным женщинам. Ведение беременных в женской консультации по предложенному алгоритму позволит своевременно диагностировать плацентарную

недостаточность и избежать неблагоприятных перинатальных исходов.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Барановская Е.И., Жаворонок С.В. Герпесвирусная инфекция и беременность. — Мозырь: Издательский дом «Белый ветер», 2001. — 116 с.
2. Внутриутробная задержка развития плода. Ведение беременности и родов / Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, З.М. Керимова и др. // «Акушерство и гинекология». — 1999. — № 3 — С. 10—15.
3. Дуда И.В., Дуда В.И. Клиническое акушерство. — Мн.: Выш. Шк., 1997. — 604 с.
4. Медведев М.В., Юдина Е.В. Задержка внутриутробного развития плода. — 2-е изд. — М.: РАВУЗДПГ, 1998. — 208 с.
5. Роль фактора роста в развитии плацентарной недостаточности (обзор литературы) / В.А. Бурлев, З.С. Зайдиева, В.Л. Тютюнник и др. // «Проблемы репродукции». — 1999. — № 6. С. 7—11.
6. Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А. Практическое акушерство: Руководство для врачей. — М.: «Медицина», 1989. — 512 с.
7. Системные нарушения гемодинамики при синдроме задержки роста плода как фактор риска гипоксически-ишемических поражений ЦНС и отклонения психомоторного развития детей / А.Н. Стрижаков, З.М. Мусаев, Т.Ф. Тимохина и др. // «Акушерство и гинекология». — 2003. — № 1. — С. 11—16.
8. Филлипов О.С., Казанцева А.А. Прогностическая значимость различных методов диагностики фетоплацентарной недостаточности. // «Проблемы репродукции». — 2003. — № 3. С.60—63.
9. Харкевич О.Н. Совершенствование медицинской помощи беременным женщинам. — Мн.: БГУ, 2001. — 186 с.

УДК 618.3-008.6: 615.851.82

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ МУЗЫКОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С РАЗЛИЧНОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ ГЕСТОЗА**

**Е.А. Эйныш**

**Гомельский государственный медицинский университет**

Исследованы показатели адаптационных возможностей у 110 беременных с легкими формами гестоза в зависимости от длительности его течения. Проведен сравнительный анализ традиционной терапии гестоза и лечения с применением музыки. Выявлен повышенный уровень реактивной тревожности и увеличение содержания кортизола в крови, что свидетельствует о напряжении адаптационных механизмов при продолжительности гестоза до 3 недель. При длительном течении заболевания развивается дезадаптация: происходит прогностически неблагоприятное повышение уровней реактивной и личностной тревожности, снижение содержания кортизола. Резонансная музыкотерапия повышает эффективность комплексного лечения гестоза.

Ключевые слова: гестоз, музыкотерапия, адаптация.

## INFLUENCE OF COMPLEX TREATMENT WITH APPLICATION MUSIC THERAPY ON ADAPTABLE OPPORTUNITIES OF PREGNANT DEPENDING ON DURATION OF CURRENT GESTOSIS

**E.A. Einysh**

Parameters of adaptable opportunities at 110 pregnant with easy forms of gestosis are investigated depending on duration of its current. The comparative analysis of traditional therapy of gestosis and treatments with application of music is carried out. The increased level of reactive uneasiness and increase in cortisol maintenance in blood that testifies to a heaviness of adaptable mechanisms at duration of gestosis till 3 weeks is revealed. At long current of disease occurs prognostic adverse increase of levels of reactive and personal uneasiness, decrease of cortisol maintenance, that testifies to development desadaptation. Resonance music therapy raises efficiency of complex treatment of gestosis.

Key words: gestosis, music therapy, adaptable opportunities.

Физиологическая беременность сопровождается напряжением адаптационных механизмов, что приводит к развитию ряда осложнений, в том числе и гестозов [1, 3]. При длительном течении заболевания, даже при его малосимптомных формах, изменения в организме беременных могут иметь дезадаптивный характер [4].

Цель работы — оценка состояния адаптационных возможностей организма в зависимости от длительности течения гестоза под действием лечения с применением музыкотерапии (МТ).

Обследованы и пролечены 110 беременных с гестозами легкой степени (водянка, нефропатия I) в сроках беременности 28—40 недель в условиях стационара. В зависимости от вида проводимого лечения пациентки были распределены на три группы. Беременные I группы (60 человек) получали комбинированное лечение, включавшее в себя курс резонансной музыкотерапии, проводившейся на фоне общепринятой терапии гестоза. Больным II группы (20 человек) был проведен курс музыкотерапии с использованием классических произведений в сочетании с традиционным лечением гестозов. Сеансы резонансной музыкотерапии проводились индивидуально с использованием компакт-дисков музыки Петера Хюбнера. Были использованы программы «Schwangerschaft und Geburt» и «Mutter und Kind». Уровень громкости звука устанавливался по желанию

больной. Сеансы проводились утром и вечером, продолжительность одного сеанса составляла 40 минут. Курс лечения состоял из 7—10 сеансов. Программа музыкотерапии с использованием классической музыки включала отрывки произведений Баха и Моцарта, оказывающие выраженный седативный эффект, и проводилась аналогично. В проведенных исследованиях использованы следующие программы. Пациентки III группы (30 человек) получали общепринятую медикаментозную терапию заболевания, включавшую в себя прием седативных препаратов и транквилизаторов, спазмолитиков, дезагрегантов, гипотензивных и других лекарственных средств по показаниям. Беременные I и II групп дополнительную седативную терапию лекарственными препаратами не получали. Выбор одной из программ лечения осуществлялся с учетом желания больной. В каждой группе были выделены 2 подгруппы: беременные с длительностью заболевания до 3 недель и с продолжительностью гестоза более 3 недель. Для контроля обследовано 15 здоровых беременных.

Для изучения адаптационных возможностей организма исследовали особенности психического статуса беременных методом психологического тестирования. Проводили оценку уровней личностной и реактивной тревожности (ЛТ, РТ) по шкале Спилберга и уровня депрессии (УД) по шкале Зунга. Результаты оценивались следующим образом: до 30 баллов — низкая тревожность; 31—45 —

умеренная тревожность, 46 и более — высокая тревожность. При УД до 50 баллов диагностировалось состояние без депрессии, 50 — 59 баллов — легкая депрессия ситуативного или невротического генеза, 60— 69 баллов — субдепрессивное состояние, более 70 баллов — истинно депрессивное состояние. Для изучения функционального состояния коры надпочечников определяли уровень кортизола в сыворотке крови с помощью РИА-наборов ИБОХ АН РБ. Исследования выполнялись до и после лечения. Динамику клинических проявлений заболевания оценивали по шкале Goeke–Савельевой.

До лечения у женщин всех трех групп наблюдались однотипные изменения психологического статуса (табл. 1). ЛТ

характеризовалась как умеренно повышенная, и ее значения не зависели от продолжительности гестоза. Были выявлены достоверные различия в значениях РТ, которая у беременных с гестозом до 3 недель характеризовалась как высокая, а у пациенток с гестозом более 3 недель как умеренная. Кроме того, в подгруппе с гестозом до 3 недель РТ была достоверно выше ЛТ, а при длительном течении заболевания достоверных различий между данными показателями не было. У беременных всех трех групп УД до лечения варьировал от значений, соответствующих верхней границе нормы, до наличия легкой депрессии ( $p > 0,05$ ). Все изучаемые показатели до лечения были достоверно выше, чем у беременных контрольной группы ( $p < 0,05$ ).

Таблица 1

**Показатели психологического статуса в зависимости от продолжительности заболевания у беременных исследуемых групп до лечения**

Показатели структуры личности	Группы больных						Контроль (n=15)
	I		II		III		
	< 3 нед. (n=24)	> 3 нед. (n=36)	< 3 нед. (n=8)	> 3 нед. (n=12)	< 3 нед. (n=13)	> 3 нед. (n=17)	
ЛТ	38,22±2,50	38,25±1,98	40,43±2,69	36,27±2,09	40,08±2,09	40,37±1,83	25,9±1,56
РТ	47,00±2,84 $p < 0,01$	38,47±1,72 $p_1 < 0,05$	49,57±2,27 $p < 0,05$	35,09±1,60 $p_1 < 0,01$	45,00±2,21 $p < 0,05$	37,11±1,49 $p_1 < 0,01$	32,3±2,07
УД	48,69±3,46	53,08±2,7	46,50±2,95	48,71±3,91	51,19±2,46	52,72±3,86	44,2±2,89

p — достоверные различия между ЛТ и РТ;

$p_1$  — достоверные различия между подгруппами с различной длительностью гестоза.

Из таблицы 2 видно, что уровень кортизола в подгруппах женщин с длительностью гестоза до 3 недель превышал норму для данного срока беременности, в то время как данный показатель у женщин с длительным течением заболевания был ниже нормы ( $p > 0,05$ ). Выявлены достоверные

изменения концентрации кортизола в зависимости от длительности течения гестоза: в подгруппах с продолжительностью гестоза до 3 недель уровень кортизола был достоверно выше, чем у беременных с гестозом более 3 недель.

Таблица 2

**Уровни кортизола у беременных с различной продолжительностью гестоза до лечения (нмоль/л)**

Срок беременности (нед.)	Уровни кортизола в группах больных						Контроль (n=15)
	I		II		III		
	< 3 нед. (n=24)	> 3 нед. (n=36)	< 3 нед. (n=8)	> 3 нед. (n=12)	< 3 нед. (n=13)	> 3 нед. (n=17)	
28—32	849,2±47,5	721,4±43,6 $p_1 < 0,05$	859,2±36,9	712,6±32,7 $p_1 < 0,01$	876,4±37,4 $p < 0,05$	725,6±58,8 $p_1 < 0,05$	760,4±45,3
33—36	894,7±34,8	800,4±32,3 $p_1 < 0,05$	928,4±31,3	816,8±45,9 $p_1 < 0,05$	899,3±35,1	802,5±57,1 $p_1 < 0,05$	872,5±40,4

36—40	976,5±41,2	811,3±43,4 p <sub>1</sub> <0,05	964,3±45,7	837,6±47,8 p <sub>1</sub> <0,05	969,9±48,6	820,8±54,2 p <sub>1</sub> <0,05	890,6±53,7
-------	------------	------------------------------------	------------	------------------------------------	------------	------------------------------------	------------

p — достоверные различия с контрольной группой;

p<sub>1</sub> — достоверные различия между подгруппами с различной длительностью гестоза.

В результате проведенного лечения у беременных I и II групп в подгруппе больных с продолжительностью гестоза до 3 недель выявлено достоверное снижение уровней РТ, ЛТ, однако полная нормализация данных показателей зарегистрирована лишь у пациенток I группы. Кроме того, уровни ЛТ и РТ у беременных I группы с длительностью гестоза до 3 недель после проведенного лечения были достоверно ниже, чем у пациенток аналогичной подгруппы III группы. У женщин I и II групп с длительным течением гестоза достоверного снижения изучаемых показателей не выявлено, после лечения сохранялись незначительно повышенные уровни РТ и ЛТ (табл. 3). В III группе в

процессе лечения динамики изучаемых показателей не наблюдалось. Выявлено отсутствие депрессии у пациенток I группы и беременных II и III групп с продолжительностью гестоза до 3 недель. Однако достоверное снижение этого показателя зарегистрировано только у беременных, получавших музыкотерапию (I и II группы), причем УД у них после лечения был достоверно ниже, чем у аналогичной подгруппы больных III группы. Достоверного снижения уровня депрессии у больных с длительным течением гестоза в изучаемых группах больных не наблюдалось. У пациенток II и III групп с длительным течением заболевания после проведенного лечения сохранялась легкая депрессия.

**Таблица 3**

**Показатели психологического статуса в зависимости от продолжительности заболевания у беременных исследуемых групп после лечения**

Показатели психологической структуры личности	Группы больных					
	I		II		III	
	<3 нед. (n=24)	>3 нед. (n=36)	<3 нед. (n=8)	>3 нед. (n=12)	<3 нед. (n=13)	>3 нед. (n=17)
ЛТ	32,63±2,87 p <sub>2</sub> <0,01 p <sub>1-3</sub> <0,05	36,16±2,12	34,72±3,28 p <sub>2</sub> <0,05	37,82±3,11	42,15±2,97	41,43±1,06
РТ	31,53±2,31 p <sub>2</sub> <0,001 p <sub>1-3</sub> <0,05	34,45±2,85	35,86±3,41 p <sub>2</sub> <0,001	35,68±3,64	41,54±2,54	39,23±3,42
УД	40,53±3,2 p <sub>2</sub> <0,05 p <sub>1-3</sub> <0,05	48,12±2,34 p <sub>1</sub> <0,05	40,76±2,64 p <sub>2</sub> <0,05 p <sub>2-3</sub> <0,05	50,23±2,47 p <sub>1</sub> <0,01	49,32±2,36	51,47±2,58

p<sub>1</sub> — достоверные различия между подгруппами с различной длительностью гестоза;

p<sub>2</sub> — достоверные различия до и после лечения;

p<sub>1-2</sub>, p<sub>2-3</sub> — достоверные различия между группами.

После проведенного лечения уровень кортизола у больных I группы с длительностью гестоза до 3 недель достоверно не отличался от нормы, а у больных с продолжительностью заболевания более 3 недель отмечалось достоверное повышение показателя в

процессе лечения. У беременных II группы УК изменялся соответственно сроку беременности. В III группе у пациенток с длительностью гестоза до 3 недель в сроках беременности 36—40 недель УК достоверно превышал норму и значения показателя у пациенток I и II

групп. В подгруппе с длительным течением гестоза сохранялась тенденция данного показателя к снижению, т.е.

наблюдалась достоверная зависимость УК от длительности течения заболевания у беременных III группы (табл. 4).

**Таблица 4**

**Уровни кортизола у беременных с различной продолжительностью гестоза после лечения (нмоль/л)**

Срок беременности (нед.)	Группы беременных						Контроль (n=15)
	I		II		III		
	< 3 нед. (n=24)	> 3 нед. (n=36)	< 3 нед. (n=8)	> 3 нед. (n=12)	< 3 нед. (n=13)	> 3 нед. (n=17)	
28—32	856,3±54,8	834,4±35,3 p <sub>2</sub> <0,05	887,5±69,4	810,6±58,7	898,6±33,2	802,1±23,8 p <sub>1</sub> <0,05	840,6±58,3
33—36	868,2±48,6	896,3±34,1 p <sub>2</sub> <0,05	923,7±63,8	869,4±65,8	934,8±35,3	819,5±46,8 p <sub>1</sub> <0,05	883,6±44,7
36—40	920,7±59,1 p <sub>1-3</sub> <0,05	938,6±47,4 p <sub>2</sub> <0,05	985,8±71,3 p <sub>2-3</sub> <0,05	903,5±69,3	1114,6±51,3 p<0,05 p <sub>2</sub> <0,05	873,7±54,3 p <sub>1</sub> <0,01	910,5±50,2

p — достоверные различия с контрольной группой;

p<sub>1</sub> — достоверные различия между подгруппами с различной длительностью гестоза;

p<sub>2</sub> — достоверные различия до и после лечения;

p<sub>1-3</sub>, p<sub>2-3</sub> — достоверные различия между группами.

Балльная оценка степени тяжести гестоза до лечения у больных исследуемых групп достоверно не отличалась, динамика показателя в процессе лечения представлена в таблице 5.

**Таблица 5**

**Динамика балльной оценки степени тяжести гестоза в процессе лечения**

Группы больных	До лечения		После лечения		p
	< 3 нед.	> 3 нед.	< 3 нед.	> 3 нед.	
I	7,53±0,52 (n=24)	7,55±0,43 (n=36)	4,00±0,08 (n=24)	4,41±0,32 (n=36)	p<0,01, p <sub>1-2</sub> <0,05, p <sub>1-3</sub> <0,001
II	7,34±0,30 (n=8)	7,96±0,24 (n=12)	5,32±0,31 (n=8)	5,82±0,61 (n=12)	p<0,01, p <sub>2-3</sub> <0,01
III	7,54±0,61 (n=13)	7,84±0,54 (n=17)	6,36±0,19 (n=13)	7,56±0,23 (n=17)	p<0,05, p*>0,05

p — достоверные различия между подгруппами после лечения;

p<sub>1-2</sub>, p<sub>1-3</sub>, p<sub>2-3</sub> — достоверные различия между группами после лечения.

Достоверное снижение балльных значений степени тяжести гестоза наблюдалось во всех подгруппах, за исключением беременных III группы с длительно текущим гестозом. К концу курса лечения сохранялись достоверные различия между значениями изучаемых показателей у больных различных клинических групп (P 1-2<0,05; P 1-3<0,001; P 2-3<0,01).

Анализ полученных данных показал, что у беременных с гестозом изменения психологического и гормонального статуса зависят от длительности течения заболевания. При продолжительности гестоза до 3 недель повышается РТ и содержание кортизола в крови, что свидетельствует о высоком уровне напряжения адаптационных механизмов [1]. При длительном течении гестоза отмечается прогностически неблагоприятное сочетание

повышенных уровней РТ и ЛТ, что приводит к усилению стресса и развитию дезадаптации. Это подтверждается устойчивой тенденцией уровня кортизола к снижению [2]. Полная нормализация показателей РТ, ЛТ, уровня депрессии и концентрации кортизола в процессе лечения наблюдалась только у беременных с непродолжительным течением заболевания, получавших РМТ. У беременных этой подгруппы отмечалось также и более быстрая нормализация показателей клинического течения гестоза. У пациенток I группы с длительностью течения гестоза более 3 недель после лечения уровень кортизола соответствовал средним значениям показателей для данного срока беременности. Эти данные свидетельствуют о выраженном улучшении адаптационных возможностей организма беременных, получавших лечение гестоза с применением РМТ.

Таким образом, состояние адаптационных механизмов у беременных с гестозом зависит от продолжительности заболевания, что подтверждается изменением ряда показателей психологического и гормонального статуса

больных. Резонансная музыкотерапия, применяемая в комплексном лечении гестоза, оказывает выраженное благоприятное влияние на состояние адаптационных возможностей у женщин с данной патологией.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Аржанова О.Н.* Нарушения механизмов адаптации при гестозе и методы их коррекции // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов — 1997. — № 4. — С. 48—51.
2. *Krout R.E.* The effects of single-session music therapy interventions on the observed and self-reported levels of pain control, physical comfort, and relaxation of hospice patients // *Am J Hosp Palliat Care.* — 2001. — Vol. 6, № 18. — P. 383—390.
3. Sound therapy induced relaxation: down regulating stress processes and pathologies / *E. Salamon, M. Kim, J. Beaulieu et. al.* // *Med Sci Monit.* — 2003. — Vol. 9, № 5. — P. 96—101.
4. *Otchet F., Carey M.S., Adam L.* General health and psychological symptom status in pregnancy and the puerperium: what is normal? // *Obstet. Gynecol.* — 1999. — Vol. 94, № 6. — P. 935—941.

**УДК 618.5-089.5:618.1**

### **ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У РОДИЛЬНИЦ С СОЧЕТАННЫМ ГЕСТОЗОМ**

**И. М. Савченко, Т.В. Лызикова**

**Гомельский государственный медицинский университет**

Сочетанный гестоз является одним из тяжелейших осложнений беременности, родов и послеродового периода. Анализ неблагоприятных результатов при поздних гестозах показал, что во многих случаях можно избежать тяжелых осложнений. В статье представлен адаптированный вариант прогностической системы оценки тяжести состояния пациенток с сочетанным гестозом. Использование данной системы оценки способствует своевременной диагностике нарушений и выработке правильной тактики ведения послеоперационного периода.

Ключевые слова: гестоз, интенсивная терапия.

### **PRINCIPLES OF INTENSIVE CARE OF POSTOPERATIVE CARE IN CASE OF WOMEN IN CHILDBIRTH SUFFERED FROM COMBINED GESTOSIS.**

**I.M. Savchenko, T.V. Lyzikova**

Combined hestosis is one of most severe complications of pregnancy, delivery and period after delivery. Analysis of unsuccessful results of late hestosis demonstrated possibility to avoid severe complications in many cases. Adapted variant of forecasting system of health condition severity assessment of patients with combined