

**Г. Б. Мальгина,
В. В. Абрамченко**

Уральский научно-исследовательский
институт охраны материнства
и младенчества МЗ РФ,
г. Екатеринбург

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОМ СТРЕССЕ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

■ В статье представлена схема комплексной профилактики и коррекции перинатальной патологии при психоэмоциональном стрессе в период беременности. Патогенетически обосновано применение дифференцированной психотерапии, седативной терапии, антиоксидантной терапии, метаболических препаратов, перманентной токолитической терапии, курсов физиотерапии (электроцеребральная терапия интерференционными токами и электрофорез гепарина синусоидальными модулированными токами), а также родоразрешение в перинатальном центре с привлечением партнера. Данная технология позволяет профилактировать перинатальную патологию: тяжелые формы плацентарной недостаточности, преждевременную отслойку плаценты, гипотрофию плода, невынашивание беременности; а также улучшить перинатальные исходы.

■ **Ключевые слова:** стресс, беременность, перинатальная патология, психотерапия, антиоксиданты, физиотерапия, плод, новорожденный

Введение

Охрана здоровья матери и ребенка, психическая и физическая полноценность будущих поколений была и остается одной из приоритетных задач нашего Государства. Жизнь и деятельность человека в условиях современного общества неразрывно связана с периодическим, иногда довольно длительным и интенсивным воздействием неблагоприятных факторов, которое сопровождается сильными негативными переживаниями, перенапряжением физических и психических функций. Наиболее характерным психическим состоянием, развивающимся под влиянием экстремальных факторов жизнедеятельности, является психоэмоциональный стресс. При чрезмерной интенсивности, длительности, частой повторяемости влияния стрессовых факторов происходит истощение адаптационных резервов организма, что приводит к развитию психосоматических заболеваний [2, 12, 15].

В последние годы широко изучаются вопросы адаптации женщин при нормальном и патологическом течении гестационного процесса [3, 7, 9]. В большинстве работ отмечается влияние психоэмоционального напряжения на течение беременности, родов, состояние плода [1, 4, 13]. Предлагается множество разнообразных методов коррекции осложнений беременности путем нормализации психоэмоциональных функций материнского организма, однако комплексного подхода к этому вопросу не предлагает ни один из авторов [5, 8, 14]. В связи с вышеизложенным, разработка методов профилактики и коррекции перинатальных осложнений при психоэмоциональном стрессе в период гестации является актуальной задачей.

Материалы и методы исследования

Проведен сравнительный анализ особенностей течения беременности, родов, состояния новорожденных детей у 255 женщин, жительниц крупного промышленного центра. Всем пациенткам при беременности проводился комплексный психодиагностический скрининг по специально разработанной программе с целью выявления маркеров психоэмоционального стресса. Комплекс психологических методик включал клиническое интервьюирование или анкетирование для выявления источников психологического стресса и ряд психологических тестов, объединенных в двухэтапную программу [6]. В соответствии с ней применялись следующие методики: исследование уровня нервно-психического напряжения (НПН), личностной (ЛТ) и реактивной тревожности (РТ), метод цветовых выборов (МЦВ); углубленное многофакторное исследование личности (СМИЛ-МИНИ-МУЛЬТ), проективная методика «несуществующее животное» (НЖ). По результатам обследования пациентки были разделены на три группы:

контрольная группа — 50 беременных, у которых маркеры психоэмоционального стресса не выявлялись;

основная группа 1—106 беременных с выявленными стрессовыми факторами, наблюдавшиеся по традиционным схемам в женской консультации;

основная группа 2—99 беременных, которым в течение гестации проводилась комплексная профилактика и коррекция перинатальных осложнений по разработанной нами схеме.

Статистическая обработка проводилась с применением пакетов прикладных программ «Statgrafics» и «Биостатистика» (русифицированный вариант), электронных таблиц «Microsoft Excel 2000» на персональном компьютере типа «Pentium-III».

Результаты исследования и их обсуждение

Предлагаемые нами методы комплексной профилактики и коррекции перинатальной патологии при стрессе в период гестации включают в себя дифференцированную психокоррекцию, медикаментозные методы и оригинальные немедикаментозные методы.

Психологическая коррекция при стрессе в период гестации проводилась дифференцированно в зависимости от вида стресса (острый или хронический) и типа психологических реакций женщины на стрессовые факторы. По нашим данным по результатам психологической диагностики выявлено два типа психологических реакций беременных женщин: первый тип — с повышением показателей психологических тестов (стресс-декомпенсированный); второй тип — с близкими к норме или сниженными показателями тестов (стресс-субкомпенсированный), зависящие от исходной психологической адаптированности, уровня психологической ригидности женщин.

При остром психоэмоциональном стрессе применялись следующие методы психокоррекции: телесно-ориентированная психотерапия, арт-терапия, суггестия (эриксоновский гипноз), нейролингвистическое программирование. У беременных с хроническим психоэмоциональным стрессом проводились:

а) при реакциях первого типа (с повышенными значениями психологических тестов) рационально-эмотивная психотерапия, телесно-ориентированная психотерапия, арт-терапия, психодрама;

б) при реакциях второго типа (с пониженными или близкими к норме значениями психологических тестов): техника присоединения, арт-терапия, телесно-ориентированная психотерапия, гуманистическая рациональная психотерапия.

Медикаментозная профилактика и коррекция перинатальной патологии при стрессе в период беременности включала: рациональный токолиз (в стационаре или в дневном стационаре), поддерживающую токолитическую терапию (амбулаторно) препаратом *магне В₆*. Седативная терапия рекомендуется только при остром стрессе и первом типе психологического реагирования на хронический стресс (*грандаксин*, начиная со II триместра беременности).

В комплекс профилактики и фармакотерапии хронической фетоплацентарной недостаточности при перманентной угрозе прерывания и гестозе у женщин в состоянии стресса были включены антигипоксанты (препарат выбора — *актовегин* — два курса инфузионной терапии в дозе 2000 мг. на курс, в сроки 22—26 и 32—36 недель беременности), витаминные комплексы: *витамин Е*, *фолиевая кислота*, комплексный витаминный препарат *триовит* (витамин А, С, Е и Se), который назначали по 1 капсуле 1 раз в день в течение всей беременности. 2—3 раза за беременность с учетом вегетативного дисбаланса, поражений печени и нарушений липидного обмена при стрессе амбулаторно проводили курсы *метионина*, *глутаминовой кислоты*, *эссенциале*, *липаида* или *липоевой кислоты* (каждый препарат назначался в среднетерапевтических дозах в течение 10—14 дней).

Немедикаментозные методы профилактики и коррекции перинатальной патологии, проводившиеся при стрессе в период беременности следующие:

1) электрофорез гепарина синусоидальными модулированными токами (на курс 10 процедур в период с 16 до 24 недель беременности с учетом показаний и противопоказаний к проведению процедур, повторный профилактический курс гепарин-электрофореза назначали в сроках 28—32 недели гестации) [11];

2) электроцеребральная терапия интерференционными токами — 10—14 процедур в I триместре беременности при угрозе прерывания, повторные курсы — при манифестации психологической и клинической симптоматики во II и III триместрах беременности [10].

При любом виде стресса и типе психологического реагирования на него проводилась дорожная госпитализация женщин в сроке доношенной беременности в акушерский стационар для комплексной оценки биологической готовности к родам, проведения дорожной подготовки. Оптимальная технология родоразрешения беременных с психоэмоциональным стрессом, выбранная нами, — это партнерские роды в условиях перинатального центра после проведения подготовки к ним супружеских пар по индивидуальной программе.

Комплексная профилактика и коррекция перинатальной патологии по нашей методике была проведена 99 женщинам с острым и хроническим психоэмоциональным стрессом в период беременности (основная группа 2). Средний возраст матери при этом составил $28,2 \pm 0,5$ лет; средний возраст партнера — $31,1 \pm 0,6$ лет, что сопоставимо с данными других клинических групп (контрольная группа и основная группа 1). В зарегистрированном браке находились $75 \pm 4,3$ % супругов, $16,2 \pm 3,7$ % — в незарегистрированном браке, одиноких — $9,1 \pm 2,9$ %. В основном в группу 3 входили женщины с высшим образованием ($60,6 \pm 4,5$ %), у $11,1 \pm 3,2$ % образование было незаконченное высшее, у $22,2 \pm 4,2$ % — среднее специальное. Основные маркеры стресса у женщин: семейные конфликты, длительная работа с компьютером, нервные нагрузки на работе или связанные с учебой, психотравмирующие потери, вынужденное переселение, невынашивание беременности, ятрогения — при этом у 66,7 % женщин причина хронического стресса была в сочетании факторов, а у 23,3 % на фоне хронического стресса в течение беременности был факт острого психоэмоционального стресса (аварии, пожары, психотравмирующие потери, семейные кризисы).

При данной беременности с учетом выявленных маркеров стресса был проведен комплексный психологический скрининг, при котором выявлен первый тип реагирования у 66,7 % и второй тип реагирования у 33,3 % пациенток.

Всем женщинам в процессе беременности проводилась комплексная схема профилактики перинатальной патологии по описанной методике. При этом в I триместре беременности в структуре осложнений превалировала угроза прерывания беременности ($48,9 \pm 5,0$ %), ранний токсикоз ($40,8 \pm 4,9$ %). Во II триместре угроза прерывания была зарегистрирована уже у $74,2 \pm 4,4$ %, причем в 36,8 % угроза прерывания, как это характерно для пациенток с хроническим психоэмоциональным стрессом, принимала перманентный характер. На этом фоне у 30,9 % беременных уже во II триместре выявлялись признаки хронической фетоплацентарной недостаточности (ХФПН). Но в отличие от женщин с хроническим стрессом, наблюдавшихся по традиционной схеме (основная группа 1), аномалии расположения плаценты выявлены в $2,1 \pm 1,4$ % (против $7,7 \pm 2,5$ %), а субкомпенсированная форма ХФПН с формированием синдрома задержки развития плода (СЗРП) диагностировалась всего у 2 пациенток (2,1 % против 6,1 % в основной группе 1). Как это характерно при стрессе, высока была частота гестозов, но у беременных, которым проводилось лечение по нашей схеме, гестозы протекали в отечной форме ($24,7 \pm$

$4,4$ % в основной группе 2 и $26,1 \pm 4,1$ % в основной группе 1. Отечно-протеинурические, отечно-гипертензионные гестозы выявлялись у женщин основной группы 2 достоверно реже, чем в группе 2 ($2,1 \pm 1,4$ % против $13,1 \pm 3,1$ %).

В III триместре благодаря поддерживающей терапии частота угрозы прерывания значительно снизилась — до $43,3 \pm 5,0$ % (в основной группе 1 — 59 %), а перманентный характер заболевания отмечен всего в 6,7 % случаев. При этом признаки ХФПН отмечены у $67,0 \pm 4,8$ % против $81,0 \pm 3,8$ % (основная группа 1), достоверно реже зарегистрированы суб- и декомпенсированные формы ХФПН ($8,2 \pm 2,7$ % против $19,0 \pm 3,8$ %). Формирование СЗРП выявлено всего у 5 женщин ($5,2 \pm 2,2$ % против $13,3 \pm 3,3$ % (основная группа 1). Таким образом, комплексная профилактика перинатальной патологии приводила к снижению частоты угрозы прерывания, уменьшению степени тяжести выявленной ХФПН и степени тяжести гестозов.

Исходы беременности при проведении схемы комплексной профилактики и коррекции перинатальных осложнений при стрессе в период беременности также отличаются. У женщин, получавших лечение по предложенной схеме (основная группа 2), значительно снизилась частота невынашивания беременности (до 5,1 % против 22,1 % у пациенток основной группы 1). Частота запоздалых родов также уменьшилась (1 % против 4,4 %).

Как видно из табл. 1, при родоразрешении у женщин с хроническим стрессом, получавших комплексную профилактику перинатальной патологии, реже происходило преждевременное излитие околоплодных вод, средний срок родоразрешения достоверно больше, достоверно сократился объем кровопотери, длительность родов несколько уменьшилась. В целом путем операции кесарева сечения в основной группе 2, получавшей лечение по предлагаемому схематическому решению, родоразрешены 18,5 % женщин (в плановом порядке — 11,3 %, в экстренном порядке — 7,2 %). При этом в группе не получавших лечение по нашим схемам (основная группа 1) частота оперативного родоразрешения 37,3 % (25,5 % — в плановом порядке, 11,8 % — в неотложном порядке). Достоверно сократилось число случаев преждевременной отслойки плаценты (4,6 % против 10,5 %) и длительного безводного промежутка (4,6 % против 15,7 %). В два раза реже регистрировалась в родах острая гипоксия плода. Таким образом, проведение комплексной профилактики и коррекции перинатальной патологии при стрессе в период гестации благоприятно сказывается и на течении родового акта.

Наиболее благоприятные результаты получены у женщин, получавших комплексную профилактику

Таблица 1

Особенности родового акта при стрессе в период беременности в зависимости от проведенного лечения

Особенности родоразрешения	Группы беременных					
	Контрольная (n=50)		Основная группа 1 (n=103)		Основная группа 2 (n=97)	
	n	Q ± q, %	n	Q ± q, %	n	Q ± q, %
Средний срок родоразрешения, нед	50	39,2 ± 0,1	103	37,7 ± 0,26*	97	39,1 ± 0,16**
Преждевременное излитие околоплодных вод	3	6,7 ± 3,7	17	21,8 ± 5,0*	7	8,1 ± 2,9**
Продолжительность безводного промежутка, мин	45	298,3 ± 28,7	72	524,1 ± 70,2*	81	330,1 ± 22,9**
Общая продолжительность родового акта, мин	44	359,2 ± 20,1	68	432,9 ± 23,6*	82	401,6 ± 18,7
Средний объем кровопотери в родах, мл	50	254,0 ± 27,5	102	408,8 ± 28,2*	96	271,4 ± 20,2**
Кесарево сечение плановое	5	10 ± 3,0	26	25,5 ± 4,3*	11	11,3 ± 3,2**
Кесарево сечение экстренное	2	4,0 ± 1,9	12	11,8 ± 3,2*	7	7,2 ± 2,6

* — разница статистически достоверна между контрольной группой и основными группами (p < 0,05).

** — разница статистически достоверна между основными группами (p < 0,05).

и родоразрешавшихся в присутствии партнера, у которых отсутствуют такие серьезные осложнения, как острая гипоксия плода, преэклампсия, слабость родовой деятельности, глубокие разрывы слизистой влагалища, и более чем вдвое сократились случаи преждевременной отслойки плаценты.

Особенностью ведения родового акта является то, что в 34,9 % роды были программированные, проводилось родовозбуждение способом амниотомии или введением геля с простагландинами. Основным показанием к родовозбуждению был патологический прелиминарный период, характерный для пациенток с психоэмоциональным стрессом во время беременности. На втором месте в структуре показаний — прогрессирующее или длительное течение гестоза. При этом в качестве обезболивания в 6,9 % потребовалась длительная эпидуральная анестезия, в остальных случаях проводилось введение спазмолитиков; особых видов обезболивания не потребовалось. В качестве сти-

муляторов родовой деятельности у 25,7 % пациенток использовалось внутривенное капельное введение смеси Савицкого, однако дозы окситоцина в основном были минимальны — только одной пациентке потребовалось 7,5 ед. окситоцина. В среднем было введено 1,8 ед. окситоцина (100–200 мл смеси Савицкого) на одну женщину.

В табл. 2 и 3 представлены общие сведения и заболеваемость детей на первой неделе жизни. Как видно из таблиц, у новорожденных, матери которых получали комплексную профилактику перинатальной патологии (основная группа 2), выше средняя масса и длина, лучше оценки по шкале Апгар на первой и пятой минутах, частота перевода детей в детскую клинику для дальнейшего лечения и реабилитации достоверно не отличается от данного показателя в контрольной группе (дети от женщин без маркеров стресса) и в два раза ниже, чем в основной группе 1 (не получавшей лечение по предлагаемой схеме). Средний срок пребывания в родильном доме сократился

Таблица 2

Общие сведения о родившихся новорожденных

Общие сведения о новорожденных	Группы беременных					
	Контрольная (n=50)		Основная группа 1 (n=103)		Основная группа 2 (n=97)	
	n	Q ± q, %	n	Q ± q, %	n	Q ± q, %
Средняя масса тела новорожденного, г	50	3559,3 ± 61,5	106	3098,8 ± 56,8*	97	3395,9 ± 49,6**
Средний рост новорожденного, см	50	52,0 ± 0,3	106	49,9 ± 0,3*	97	51,3 ± 0,2**
Средняя оценка по Апгар на 1 мин, баллы	50	7,4 ± 0,1	102	6,49 ± 0,1*	96	7,27 ± 0,1**
Средняя оценка по Апгар на 5 мин, баллы	50	8,3 ± 0,1	101	7,36 ± 0,1*	96	8,22 ± 0,1**
Средний срок выписки ребенка, сут	41	5,85 ± 0,25	54	7,8 ± 0,2*	70	5,6 ± 0,1**
Переведены в детскую клинику, % к общему числу	8	15,7 ± 5,1	44	41,5 ± 4,8*	22	22,7 ± 4,3**

* — разница статистически достоверна между контрольной группой и основными группами (p < 0,05).

** — разница статистически достоверна между основными группами (p < 0,05).

Таблица 3

Заболевания новорожденных на первой неделе жизни в зависимости от тактики ведения беременности у матерей

Диагноз ребенка	Группы беременных					
	Контрольная (n=50)		Основная группа 1 (n=106)		Основная группа 2 (n=97)	
	n	Q ± q, %	n	Q ± q, %	n	Q ± q, %
Недоношенность	1	1,96±1,94	21	19,8±3,9*	4	4,1±2**
Переношенность	—	—	5	4,7±2,1	1	1,03±1,02
Здоров	19	37,3±6,8	4	3,8±1,9*	26	26,8±4,5**
Физиологическая незрелость	3	5,9±3,3	15	14,2±3,4*	10	10,3±3,1
Крупный плод	8	13,7±4,8	6	5,7±2,2*	7	7,2±2,6
Гипербилирубинемия	5	9,8±4,2	27	25,5±4,2*	13	13,4±3,5**
Внутриутробная инфекция	1	1,96±1,94	24	22,6±4,1*	6	6,2±2,5**
Кардиореспираторный дистресс-синдром	—	—	8	7,5±2,6*	1	1,03±1,02
Гипотрофия	3	5,9±3,2	10	9,4±2,8	5	5,2±2,2
Острая гипоксия легкой степени	1	1,96±1,94	1	0,94±0,93	4	4,1±2,0
Хроническая гипоксия легкой степени	10	19,6±5,6	9	8,5±2,7	38	39,2±4,9***
Хроническая гипоксия средней тяжести	1	1,96±1,94	11	10,4±2,9*	6	6,2±2,4
Хроническая гипоксия тяжелой степени	—	—	2	1,9±1,3	2	2,1±1,4
Сочетанная гипоксия легкой степени	6	11,8±4,5	24	22,6±4,1*	6	6,2±2,4**
Сочетанная гипоксия средней тяжести	3	5,9±3,2	40	37,7±4,7*	6	6,2±2,4**
Сочетанная гипоксия тяжелой степени	—	—	10	9,4±2,8*	1	1,03±1,02

* — разница статистически достоверна между контрольной группой и основными группами ($p < 0,05$).** — разница статистически достоверна между основными группами ($p < 0,05$).

на 2 суток по сравнению с детьми от матерей основной группы 1.

Заболеваемость новорожденных также отличается между группами: частота рождения здоровых детей приближается к данному показателю в контрольной группе, в два раза снизилось число детей, страдающих патологическими гипербилирубинемиями. Значительно уменьшилось число детей с клиникой внутриутробной инфекции, гипотрофии плода. Изменилась частота и структура гипоксий новорожденных: у новорожденных от женщин со стрессом, наблюдавшихся по традиционной схеме (основная группа 1), частота выявления гипоксий 91,4 %, при этом преобладают гипоксии сочетанные, степень тяжести — средняя. У новорожденных от женщин со стрессом, наблюдавшихся по нашей схеме (основная группа 2), заболеваемость гипоксией — 65 %, при этом значительно сократилось число случаев сочетанной гипоксии, степень тяжести заболевания в основном была легкой.

Из представленных в табл. 4 данных видно, что при проведении комплексной профилактики и коррекции перинатальной патологии при стрессе в период беременности достигается экономический эффект: экономические затраты на одну беременную женщину, получавших лечение по разработанным схемам, на 3179,76 рубля меньше, чем при традиционном ведении женщин. Значительный экономический эффект связан также с

уменьшением материальных затрат на пребывание матери и новорожденного в родильном доме в среднем на 2 койко-дня и за счет сокращения числа новорожденных, потребовавших терапии в детской клинике (второй этап реабилитации) в два раза (22,7 % новорожденных против 41,5 % новорожденных от женщин со стрессом, не получавших профилактику и коррекцию перинатальной патологии по разработанным схемам).

При психоэмоциональном стрессе в период гестации следует проводить своевременную профилактику и коррекцию перинатальных осложнений. Патогенетически обосновано применение дифференцированной психотерапии, седативной терапии, антиоксидантной терапии, метаболических препаратов, перманентной токолитической терапии, курсов физиотерапии, а также родоразрешение в перинатальном центре с привлечением партнера. Данная технология позволяет в 2 раза снизить частоту тяжелых форм ХФПН, оперативного родоразрешения, преждевременной отслойки плаценты, в 2,5 раза частоту СЗРП, в три раза — длительного безводного промежутка, в 4,5 раза — невынашивания беременности; а также улучшить перинатальные исходы: увеличить частоту рождения детей условно-здоровых в 7 раз (26,8 % против 3,8 %). Получен также экономический эффект за счет снижения частоты и степени тяжести перинатальной патологии — экономия средств составляет в среднем 3179,76 руб. на одну беременную.

Таблица 4

Расчет экономического эффекта в результате снижения частоты осложнений беременности и родов у женщин с психоэмоциональным стрессом в период беременности, получавших комплексную профилактику и коррекцию перинатальной патологии

Нозологические формы	Частота осложнений на 100 беременных		Средние сроки лечения (к/дней)	Стоимость 1 койко-дня в рублях	Стоимость лечения в стационаре (руб.) на 100 беременных	
	Основная группа 2	Основная группа 1			Основная группа 2	Основная группа 1
Гестоз средней степени тяжести	2,1	13,1	10	305	6405	39955
Угроза прерывания	43,3	59	14	277	167917,4	228802
Преждевременные роды	4,1	15,9	14	252	14464,8	59095,2
Непрогрессирующая отслойка плаценты	4,6	10,5	14	355	22862	52185
Плацентарная недостаточность	67	81	15	305	306525	370575
Оперативные роды	18,5	37,3	10	277	51245	103321
Привычный выкидыш	1	6,2	14	277	3878	24043,6
Запоздалые роды	1	4,4	16	277	4432	17728
Итого: Разница — 317975,6 На 1 женщину 3179,76 руб.					577729,2	895704,8

Литература

1. Абрамченко В. В. Психосоматическое акушерство. — СПб.: Сотис, 2001. — 311 с.
2. Аракелов Г. Г. Стресс и его механизмы//Вести. Моск. ун-та. — Сер. 14. Психология, 1995. — № 4. — С. 45–54.
3. Беженарь В. Ф. Особенности комплексного воздействия благоприятных эколого-профессиональных факторов на репродуктивное здоровье женщин: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. — СПб., 2002. — 34 с.
4. Воронкова Л. Б. Предиспозиции нервно-психических расстройств у детей, связанные с острым стрессовым воздействием на их матерей в течение беременности и родов//Матер. конф. по перинат. психол. — СПб., 2002. — С. 122–123.
5. Жаркин А. Ф., Деббаби Салах, Фофанов С. И. Влияние акупунктурной профилактики на психоэмоциональное состояние беременных групп высокого риска//Современные проблемы диагностики и лечения нарушений репродуктивного здоровья женщины: Сб. труд. 1 Северо-Кавказского съезда акуш.-гинеколов. — Ростов-на-Дону, 1994. — С. 265.
6. Мальгина Г. Б., Ветчанина Е. Г. Программа психологического тестирования беременных женщин при остром и хроническом психоэмоциональном стрессе. — Пособие для врачей//Актуальные проблемы репродуктологии семьи. — Сборник методических рекомендаций и пособий для врачей. — Т. 2. — Екатеринбург, 1998. — С. 12–65.
7. Попов А. Д. Адаптивные реакции при беременности у женщин с нейроэндокринными синдромами. Клинические аспекты. — Пермь: Звезда, 2000. — 128 с.
8. Сейрадова Б. М. Немедикаментозные методы профилактики и лечения плацентарной недостаточности при угрозе прерывания беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ашгабат, 1994. — 21 с.
9. Серов В. Н., Пасман Н. М., Бородин Ю. И., Бурухина А. Н. Гестоз — болезнь адаптации. — Новосибирск: РИПЭЛ плюс, 2001. — 218 с.
10. Способ лечения угрозы прерывания беременности/ Мальгина Г. Б., Пронина Т. А., Башмакова Н. В. и др. — Патент на изобретение РФ № 2170596 от 20.07.2001.
11. Способ лечения хронической фетоплацентарной недостаточности/Т. А. Пронина, Н. В. Башмакова, Г. Б. Мальгина Г. Б. и др. — Патент РФ на изобретение № 2123363 от 20.12.98.
12. Судаков К. В. Стресс как экологическая проблема научно-технического прогресса//Физиология человека. — 1996. — Т. 22. — № 4. — С. 73–78.
13. Castellino R. The Stress Matrix: Implications for Prenatal and Birth Therapy//APPPAH Journal. — 2000. — Vol. 15 (1). — P. 31–62.
14. De Leon Crowhurst M. Early music stimulation//Perinatal psychology and medicine psychosomatic disorders in obstetrics, gynecology, pediatrics and therapy. — Part II. — Ivanovo, 2001. — P. 78–86.
15. Lazarus R. S. From psychological stress to the emotions: A history of changing gutlooks//Annual Review of Psychology. — 1993. — Vol. 44. — P. 1–21.

EFFICIENCY OF REALIZATION OF COMPLEX PREVENTIVE MAINTENANCE AND CORRECTIONS OF THE PERINATAL PATHOLOGY AT PSYCHO EMOTIONAL STRESS DURING PREGNANCY

Malgina G. B., Abramchenko V. V.

■ **The summary:** The scheme of the complex prophylactics and correction of the perinatal pathology at psychoemotional stress during the pregnancy is presented. Differential psychotherapy, sedative therapy, antioxydant therapy, metabolic therapy, permanent tocolytic therapy, physiotherapy (electrical therapy by interferential currents, electrophoresis of heparine by sinusoidal modulated electrical current) and delivery in perinatal center in the presense of the partner are described and explained from the pathogenetic's point of view. The present technology will allow to improve the perinatal outcome and to perform the prophylactics of the following perinatal pathology: severe placental insufficiency, the fetal hypotrophy and premature delivery.

■ **Key words:** pregnancy, stress, perinatal patology, psychotherapy, antioxidants, physiotherapy, fetus, newborn