

**ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАННЕГО ГЕСТОЗА
НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫМИ МЕТОДАМИ У ЖЕНЩИН С
АЛИМЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МАССЫ ТЕЛА**

Ковалюк Татьяна Владимировна

*ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 3 Национального
медицинского университета имени А.А. Богомольца, Украина г. Киев*

E-mail: tatyana7@meta.ua

Бенюк Василий Алексеевич

*д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 3
Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, Украина
г. Киев*

E-mail: ag3nmu@gmail.com

**EARLY GESTOSIS TREATMENT OPTIMIZATION BY NON-DRUG
METHODS IN WOMEN WITH NUTRITIONAL DEFICIENCY OF BODY
WEIGHT**

Kovalyuk Tatyana

*assistant, Department of Obstetrics and Gynecology № 3, Bogomolets National
Medical University, Ukraine Kiev*

Benyuk Vasiliy

*medicine Doctor, Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology
№ 3, Bogomolets National Medical University, Ukraine Kiev*

АННОТАЦИЯ

В статье представлены результаты оптимизации лечения раннего гестоза немедикаментозными методами у женщин с алиментарной недостаточностью массы тела путем коррекции пищевого, психоэмоционального и нейровегетативного дисбаланса.

ABSTRACT

The article presents the results of early gestosis treatment optimization by non-drug methods in women with nutritional deficiency of body weight by adjusting nutritional, psycho-emotional and neurovegetative imbalance.

Ключевые слова: ранний гестоз, немедикаментозное лечение, алиментарная недостаточность массы тела

Keywords: early gestosis, non-drug treatment, nutritional deficiency of body weight

Ранний гестоз — это изнурительное состояние, развивающееся у 50—90 % беременных (тошнота и рвота различной степени тяжести) [3 с. 3, 5 с. 527]. Принимая во внимание существующие теории и исследования, можно сделать вывод, что ведущими звеньями патогенеза раннего гестоза у женщин с АНМТ помимо колебаний ХГЧ в первом триместре являются нарушения вегетативного баланса с гиперактивацией парасимпатической нервной системы, нерациональность питания с дефицитом витаминов группы В, магния, повышенный уровень психоэмоционального напряжения [3 с. 6—7, 5 с. 528].

Устранение указанных причин достигается общетерапевтическими мероприятиями по улучшению режима питания и отдыха, специальными медикаментозными методами. В то же время, в лечении раннего гестоза оптимальными, как по эффективности, так и по отсутствию отрицательного влияния на организм матери и плода, являются немедикаментозные методики (акупрессура, музыкотерапия, ароматерапия, психокоррекция) [4 с. 21].

Цель. Повысить эффективность лечения раннего гестоза у беременных с алиментарной недостаточностью массы тела немедикаментозными методами.

Материалы и методы. В зависимости от объема лечебных мероприятий 60 пациенток с ранним гестозом и алиментарной недостаточностью массы тела были разделены на две равные подгруппы – коррекции и сравнения. Подгруппы репрезентативны по степени тяжести раннего гестоза. У пациенток изучены клинические характеристики раннего гестоза, особенности психоэмоционального (нервно-психическое напряжение (НПН) по Немчину, уровень личностной и реактивной тревожности (ЛТ и РТ) по шкале Спилбергера-Ханина, уровень самочувствия, активности, настроения по шкале САН, уровни тревоги по шкале Тейлора-Норакидзе) и нейровегетативного статуса (компьютерная кардиоинтервалография, система “CardioLab-2000”, разработанная в Лаборатории компьютерных систем Национального аэрокосмического университета им. М.Е. Жуковского, г. Харьков).

Лечебная тактика в отношении всех беременных с симптомами раннего гестоза обусловлена рекомендациями Минздрава Украины, России и ВОЗ [1 с. 285—286, 2, 4]. Беременные подгруппы коррекции дополнительно получали детальные рекомендации по коррекции рациона питания индивидуально подобранной диетой, консультативную помощь психолога (четыре обязательные консультации по часу, последующие — по рекомендации психолога), сеансы отдыха в комнате психоэмоциональной разгрузки (музыка-аромо-дизайнотерапия). Через две недели проводилось повторное обследование.

Результаты и их обсуждение. В подгруппе коррекции средний возраст пациенток составил $26,3 \pm 2,7$ лет, средняя масса тела — $50,7 \pm 2,1$ кг, средний рост — $168 \pm 3,5$ см, средний индекс массы тела (ИМТ) — $17,6 \pm 0,4$ кг/м². В подгруппе сравнения средний возраст беременных составил $26,7 \pm 4,7$ лет, средняя масса тела — $49,6 \pm 1,3$ кг, средний рост — $166 \pm 4,5$ см, средний ИМТ — $17,2 \pm 0,3$ кг/м². То есть, подгруппа коррекции и сравнения были сопоставимы между собой по антропометрическим параметрам ($p \geq 0,05$).

Проявления раннего гестоза в подгруппе коррекции возникли в среднем на $5,8 \pm 0,4$ недели беременности, в подгруппе сравнения на $6,4 \pm 0,5$ недели беременности. Среднее количество эпизодов рвоты в сутки $5,2 \pm 0,8$ в подгруппе коррекции и $4,4 \pm 0,7$ в подгруппе сравнения. Срок беременности при госпитализации в среднем составил $8,4 \pm 0,4$ недели в подгруппе коррекции и $8,6 \pm 0,5$ в подгруппе сравнения ($p \geq 0,05$). Субъективную нормализацию общего состояния беременные отмечали на $4,6 \pm 0,2$ день лечения в подгруппе коррекции и на $5,8 \pm 0,6$ день в подгруппе сравнения ($p < 0,05$). Среднее количество необходимых для лечения медикаментозных препаратов составило $3,8 \pm 0,6$ в подгруппе коррекции и $5,2 \pm 0,4$ в подгруппе сравнения ($p < 0,05$).

Одним из важных критериев оценки эффективности предложенного нами подхода стало сокращение срока госпитализации беременных. Средний срок стационарного лечения в подгруппе коррекции составил $11,5 \pm 1,5$ дней, а в подгруппе сравнения — $12,6 \pm 1,1$ дней ($p < 0,05$).

Повторное обследование пациенток выявило положительную динамику изменений психоэмоционального состояния и вегетативной регуляции физиологических функций.

Таблица 1.

Средние значения психоэмоциональных характеристик обследованных беременных

Показатель	Подгруппа коррекции		Подгруппа сравнения	
	Первое обследование	Повторное обследование	Первое обследование	Повторное обследование
ЛТ	49,8±1,5	47,8±1,0	48,2±1,3	47,6±1,1
РТ	53,0±1,7	43,1±0,8	50,4±1,6	46,2±1,0
НПН	51,3±1,1	38,6±1,7	51,2±1,0	47,2±2,1
Тревога	28,4±1,0	18,4±0,6	27,9±1,0	22,3±1,1
Самочувствие	4,4±0,1	5,3±0,1	4,3±0,1	4,9±0,1
Активность	4,2±0,1	5,0±0,1	4,2±0,1	4,8±0,1
Настроение	5,4±0,1	6,3±0,2	5,2±0,1	5,9±0,2
Интегральный показатель САН	4,7±0,1	5,5±0,2	4,6±0,1	5,2±0,1

Как видно из таблицы 1, после проведения предложенных комплексных мероприятий у беременных подгруппы коррекции реактивная тревожность уменьшилась на 18,7 %, уровень нервно-психического напряжения снизился на 14,8 %, в отличие от пациенток группы сравнения, где РТ уменьшилась на 8,4 % и уровень НПН — на 7,8 %. В подгруппе коррекции уровень самочувствия вырос на 20 %, активности — на 19 %, настроения — на 16 %. В подгруппе сравнения все три показателя выросли на 14%. Интегральный показатель по тесту САН вырос на 17 % в подгруппе коррекции и на 13 % в подгруппе сравнения.

Клинически у беременных улучшился сон, уменьшилась тревожность, раздражительность, агрессивность, повысилась коммуникабельность. Пациентки подгруппы сравнения даже при повторном обследовании обращали внимание на чувство страха возникновения рвоты, нежелание расширять рацион за счет «новых» продуктов и блюд. В то время как беременные подгруппы коррекции отмечали восстановление ощущение радости

материнства, физической и интеллектуальной работоспособности, желание общаться с родными, выполнять домашние обязанности.

Большую эффективность индивидуального комплексного подхода в терапии раннего гестоза подтвердили также результаты компьютерной кардиоинтервалографии. У достоверно большего количества беременных подгруппы коррекции после проведенного лечения выявлено уменьшение уровня симпатикотонии, нормализацию нейровегетативного баланса (эйтонию), а следовательно и увеличение адаптационно-компенсаторных резервов организма.

Таблица 2.

Особенности нейровегетативного баланса обследованных беременных (у п, % женщин)

	Подгруппа коррекции		Подгруппа сравнения	
	Первое обследование	Повторное обследование	Первое обследование	Повторное обследование
Симпатикотония	5 (12,5 %)	1 (2,5 %)	4 (10,0 %)	3 (7,5 %)
Эйтония	7 (17,5 %)	17 (42,5 %)	10 (25,0 %)	12 (30,0 %)
Парасимпатикотония	28 (70,0 %)	22 (55,0 %)	26 (65,0 %)	25 (62,5 %)

У пациенток с гиперактивацией вагусных воздействий характерных для среднетяжелого течения раннего гестоза при повторном обследовании выявлена умеренная парасимпатикотония, что является физиологическим вариантом вегетативного тонуса в первом триместре беременности.

Течение второго триместра беременности осложнилось угрозой прерывания беременности/преждевременных родов у 7 (17,5 %) беременных подгруппы коррекции и у 12 (30,0 %) пациенток группы сравнения, анемией у 9 (22,5 %) и 14 (35,0 %) женщин соответственно. Гестоз второй половины беременности различной степени тяжести развился у 6 (15,0 %) женщин подгруппы коррекции и у 10 (25,0 %) пациенток группы сравнения. Таким образом, можно утверждать, что частота осложненного течения беременности

меньше в подгруппе беременных, получавших комплексную терапию раннего гестоза по предложенной нами методике.

В подгруппе коррекции частота срочных родов составила 37 (92,5 %), в подгруппе сравнения — 32 (80,0 %). Преждевременные роды в подгруппе коррекции произошли у 2 (5,0 %) пациенток, в подгруппе сравнения — у 6 (15,0 %). Частота запоздалых родов была практически одинакова в обследуемых группах.

Оценка течения послеродового периода продемонстрировала, что у женщин подгруппы коррекции возникло $0,8 \pm 0,1$ осложнений на одну роженицу, а в подгруппе сравнения — $2,1 \pm 0,3$ осложнений на одну роженицу ($p < 0,05$). Наиболее часто наблюдались анемия, замедленная инволюция матки и гипогалактия.

При анализе продолжительности лактации было установлено, что среди женщин подгруппы сравнения до 3 месяцев прекращали кормить грудью 31 (77,5 %) обследованных, до 6 месяцев — 33 (82,5 %). Вместе с тем, в подгруппе коррекции до 3 месяцев лактация сохранялась у 35 (87,5 %) обследуемых, до 6 месяцев и дольше продолжали кормить ребенка грудью 28 (70 %) матерей. Это можно объяснить достаточным адаптационным потенциалом организма и правильной психоэмоциональной мотивацией матерей подгруппы коррекции.

Выводы. Подбор индивидуального рациона с замещением пищевых дефицитов по основным макро - и микронутриентам, снижение уровня психоэмоциональной тревожности, восстановление нейровегетативного баланса способствуют уменьшению продолжительности лечения раннего гестоза и количества медикаментозных препаратов, более быстрому возникновению субъективного ощущения улучшения общего состояния, восстановлению физического и психоэмоционального состояния беременной, повышению качества жизни, сокращению срока госпитализации, профилактике осложнений дальнейшего течения беременности, родов и послеродового периода.

Список литературы:

1. Акушерство. Национальное руководство. Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой «Гэотар-медиа», 2009 г. — 1200 с. — с. 285—286.
2. Наказ МОЗ України №417 від 15.07.2011 р. "Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні".
3. Мирон И.М., Уткин В.М., Чалых Б.П., Гусак Ю.К. Рвота беременных. Учебное пособие для врачей и студентов. Рязань, издательство «РМИ», 1990 г. — 41 с.
4. Matthews A, Dowswell T, Haas DM, Doyle M, O'Mathúna DP. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. // Cochrane Database Syst Rev. 2010 Sep 8;(9):CD007575.
5. Verberg MF, Gillott DJ, Al-Fardan N, Grudzinskas JG. Hyperemesis gravidarum, a literature review. //Hum Reprod Update. 2005;11(5):527—539.