

Музыкотерапия в комплексном лечении поздних гестозов

Поздние гестозы (ПГ) остаются одним из самых трудных и актуальных вопросов в современном акушерстве. Они занимают ведущее место в структуре материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Успехи в лечении гестозов во многом зависят от наличия эффективных методов их профилактики и лечения на ранних стадиях развития заболевания, когда изменения в организме женщины носят обратимый характер и минимальное терапевтическое воздействие позволяет прервать патологический процесс [1, 4, 5]. Однако профилактика и терапия легких форм ПГ включают неоправданно большой арсенал медикаментозных средств, применяющихся чаще всего нерационально, что подтверждается недостаточно высокой эффективностью лечения. Такое лечение часто оказывает неблагоприятное действие на организм матери и плода, что особенно нежелательно в сложившейся экологической ситуации. Невысокая эффективность традиционной терапии ПГ может быть связана с недооценкой некоторых патогенетических аспектов в генезе заболевания. С точки зрения теории дезадаптации, при гестозе происходит истощение собственных компенсаторных возможностей организма. Поэтому в настоящее время решение проблемы гестозов во многом зависит от наличия эффективных и физиологичных методов их профилактики и лечения, повышающих резервные возможности организма человека.

Особый интерес вызывает использование в медицине музыкальной психотерапии. Это система психосоматической регуляции функций организма человека путем одновременного влияния акустических волн, организованных в музыкальную структуру, на психоэмоциональную (духовную) сферу человека и непосредственно на поверхность тела и внутренние органы. Комплексное гармонизирующее влияние музыкотерапии (МТ), активизирующее резервные возможности организма, позволяют предположить перспективность использования данного направления в лечении ПГ.

Материал и методы

Изучена эффективность комплексного лечения заболевания с применением МТ у 110 беременных с легкими формами ПГ. В зависимости от вида лечения пациентки были распределены на три группы. Беременные первой группы (60 человек) получали комбинированное лечение, включавшее в себя курс резонансной музыкотерапии (РМТ). Больным второй группы (20 человек) был проведен курс МТ с использованием классических произведений. С целью оптимизации лечебного процесса сеансы МТ дополнялись общепринятым медикаментозным лечением гестоза. Пациентки третьей группы (30 человек) получали только медикаментозную терапию заболевания, включавшую в себя прием седативных препаратов и транквилизаторов, спазмолитиков, дезагрегантов, гипотензивных и других лекарственных средств. Беременные 1 и 2 групп дополнительную седативную терапию лекарственными препаратами не получали. Выбор одной из программ лечения осуществлялся с учетом желания больной. Сеансы РМТ проводились индивидуально с использованием компакт-

дисков музыки Хюбнера двухкратно в течение суток, продолжительность одного сеанса составляла 40 минут. Курс лечения состоял из 7–10 сеансов. Уровень громкости звука устанавливался по желанию больной. Программа МТ с использованием классической музыки включала произведения, оказывающие по данным литературы [3] выраженный седативный эффект и проводилась аналогично. Для выявления непосредственного влияния МТ на плод, стереофонические наушники помещались на переднюю брюшную стенку матери в области проекции его головки, уровень звука устанавливался максимальный. Одновременно производилась регистрация сердечной деятельности плода, нестрессовый тест (НСТ) с последующей их оценкой.

Клиническое обследование пациенток выполняли по общепринятым методикам. Для выявления типологических особенностей личности использовались тест Айзенка (ЕРУ), шкала самооценки Спилбергера, шкала депрессии Зунга. Исследование биоэлектрической активности головного мозга производилось по данным электроэнцефалографии (ЭЭГ). Состояние вегетативной нервной системы изучалось по показателю вегетативного индекса (ВИ) с учетом рекомендаций А.М. Вейна [2]. Состояние фетоплацентарной системы (ФПС) оценивалось по гормональной функции плаценты (концентрации эстриола, прогестерона, кортизола сыворотки крови) и состоянию внутриутробного плода (кардиотокография (КТГ) с последующей балльной оценкой и НСТ). Статистическая обработка полученных результатов произведена методами вариационной статистики.

Результаты и обсуждение

Балльная оценка степени тяжести гестоза и ее динамика в процессе лечения представлена в таблице.

Динамика балльной оценки степени тяжести гестоза в процессе лечения

Группы больных	Продолжительность лечения, сут.				p
	1	3	5	7	
I	7,25±0,52	6,38±0,119*	5,43±0,32	4,11±0,42	p ₁₋₂ <0,05 p ₁₋₃ <0,001 p ₂₋₃ <0,001
II	7,96±0,30	7,20±0,213	6,14±0,20*	5,12±0,23	
III	7,54±0,61	7,35±0,14	6,83±0,25	6,96±0,15	

* - достоверное изменение к данным суткам лечения;

p₁₋₂, p₁₋₃, p₂₋₃ - достоверные различия между группами к 7 суткам.

Наиболее быстрая положительная динамика изучаемого показателя наблюдалась в первой группе, где балльная оценка степени тяжести гестоза уже на 3 сутки была достоверно ниже (p<0,05). У больных 2 группы достоверное снижение степени тяжести гестоза наблюдалось к 5 суткам от начала лечения (p<0,001). У больных 3 группы достоверного снижения балльной оценки в процессе лечения не наблюдалось.

В процессе лечения оценивалось среднее артериальное давление (САД). За норму было принято САД, равное 105 мм. рт. ст. Динамика САД приведена на рис.1.

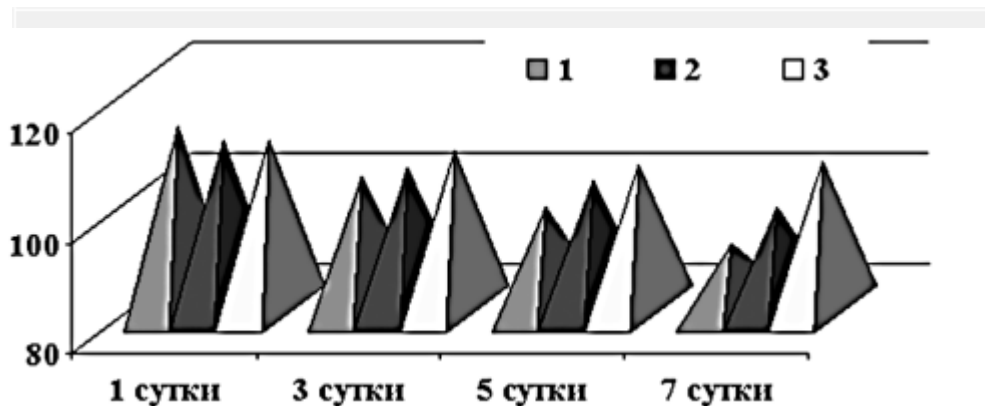


Рис 1. Динамика САД в процессе лечения

У больных 1 группы нормализация показателя САД наблюдалась на 3 сутки от начала лечения, а к 7 суткам наблюдалось достоверное снижение показателя ($p < 0,01$). У больных 2 группы САД, но достигало нормы лишь к 5-м суткам лечения, а достоверно снижалось к 7 дню ($p < 0,05$). У беременных 3 группы ни достоверного снижения САД, ни полной нормализации показателя в процессе лечения не наблюдалось.

Анализируя динамику отеков было выявлено, что к 3 дню лечения они исчезали у 38 (71,7%) больных 1 группы, 12 (63,2%) 2 и 12 (42,9%) третьей группы. К 5 суткам у больных 1 группы отеки отсутствовали, во 2 группе сохранялись у 3 (15,8%), в 3 – у 6 (21,4%) больных. К 7 суткам и до конца лечения отеки сохранялись у 2-х беременных 2 группы (10,5%), у которых наблюдалось длительное течение заболевания. Протеинурия у всех беременных к концу лечения исчезала, за исключением 7 (20,6%) беременных с хроническими заболеваниями почек.

Клиническая эффективность лечения была более высокой у больных 1 группы. Рецидивов заболевания у беременных 1 группы не наблюдалось, в то время как у 25,0% больных 2 группы и 33,3% пациенток 3 группы были повторные госпитализации по поводу ПГ. Частота гестоза в родах у женщин 1 группы была в 3,7 раза ниже по сравнению с пациентками 2 группы и в 6,5 раза ниже по сравнению с больными 3 группы. Средний койко-день у беременных 1 группы составил $12,3 \pm 2,6$, 2 – $13,1 \pm 1,8$, 3 – $18,8 \pm 2,2$ (p_{1-3} , $p_{2-3} < 0,05$). У больных, получавших МТ, не наблюдалось тяжелых форм ПГ в родах.

По данным ЕРУ большинство беременных с гестозом (65 (59,1%)) принадлежали к интровертам. Невротическое развитие личности наблюдалось у 83 (75,5%) женщин: преобладали пациентки с высоким (15-18 баллов) и очень высоким (19-29 баллов) значениями показателя. Среди интровертов невротики встречались в 2 раза чаще. Динамика лиц с высокими уровнями невротизма в процессе лечения представлена на рис.2.

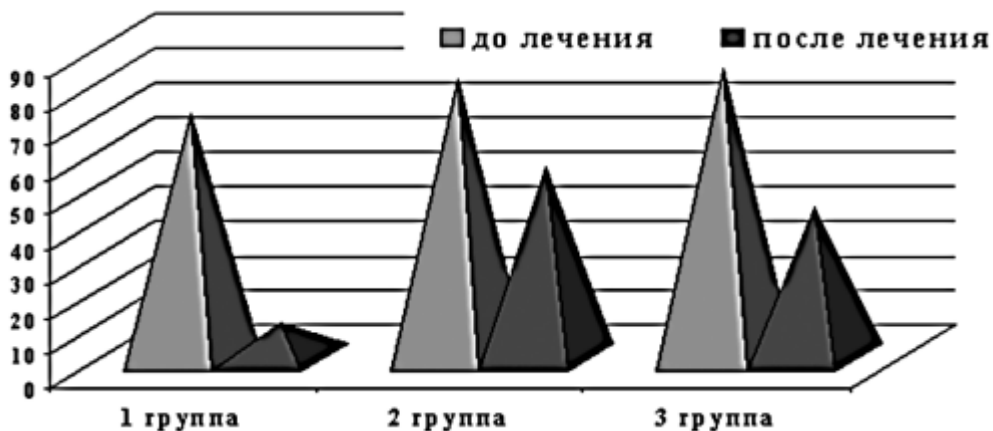


Рис. 2. Динамика лиц с высоким уровнем невротизма

В процессе лечения полная нормализация данного показателя отмечалась лишь у беременных 1 группы (уровень невротизма у экстравертов $11,53 \pm 0,54$, у интровертов - $10,50 \pm 0,42$). Аналогичные показатели у беременных 2 и 3 групп после лечения были достоверно выше ($p < 0,05$) и составили после лечения $12,73 \pm 0,74$, $16,56 \pm 0,60$ и $13,33 \pm 0,58$, $15,56 \pm 0,66$.

При анализе структуры тревожности высокие значения показателя личностной тревожности (ЛТ) отмечались у 31 (28,2%), реактивной тревожности (РТ) - у 30 (27,2%) женщин. Была выявлена высокая частота пациенток с низкими значениями показателя тревожности (по ЛТ - 20 (18,2%), по РТ- 18 (16,4%) беременных), что может рассматриваться как защитная реакция, возникающая у больной с целью показать себя в «лучшем свете». Динамика больных с высокими уровнями тревожности в процессе лечения представлена на рис. 3.

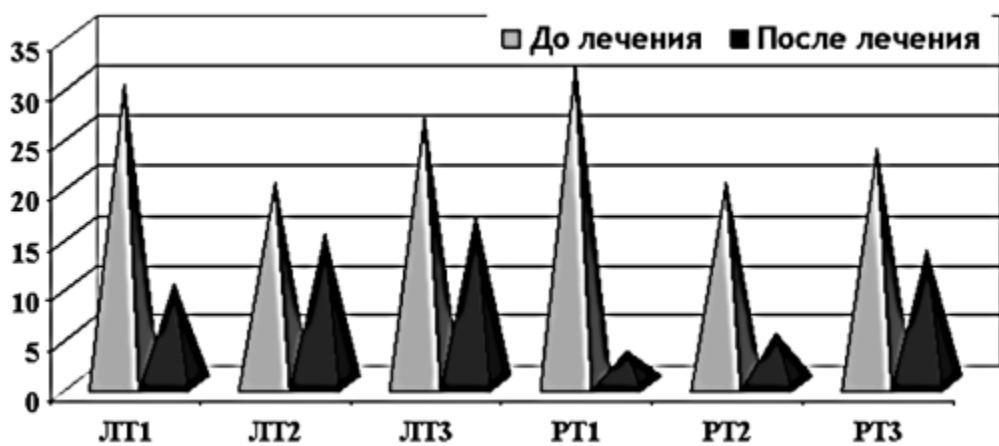


Рис. 3. Динамика пациенток с высокой тревожностью в процессе лечения

Подавляющее большинство лиц с высокой тревожностью составляли интроверты: в I группе их было в 2,9 раза больше, чем экстравертов, во 2 – в 3,0 раза, в 3 – в 1,5 раза. После проведенного лечения максимальное снижение количества пациенток с высокими уровнями ЛТ и РТ отмечалось в 1 группе, в том числе среди экстравертов в 4,5 раза, среди интровертов – в 4,7 раза. Во 2 и 3 группах аналогичные показатели составили соответственно лишь 2,0 и 1,5 раза.

Средние значения показателя депрессии у беременных всех групп до лечения были статистически однородными и характеризовали их состояние как «без депрессии». В процессе лечения лишь в 1 и 2 группах наблюдалась достоверное снижение показателя, у беременных 3 группы достоверных изменений уровня депрессии в процессе лечения не наблюдалось. При анализе значений депрессии по шкале экстра-интроверсии выявлено, что у интровертов всех групп уровни депрессии до лечения были достоверно выше ($p < 0,05$), а их состояние характеризовалось как наличие легкой депрессии ситуативного или невротического генеза. В 1 группе после лечения отмечалось достоверное снижение показателя депрессии у интровертов и экстравертов ($p < 0,001$). Во 2 группе в подгруппе интровертов отмечалось достоверное уменьшение показателя ($p < 0,01$). У больных 3 группы не отмечалось достоверных изменений показателя депрессии.

На ЭЭГ, полученных при исследовании беременных, наблюдалось снижение относительной мощности альфа-диапозона, увеличение относительной мощность бета- и тета-диапозонов, снижение величины альфа-индекса, возрастание частотно-амплитудного коэффициента, изменялось распределение основных частот по зонам и полушариям коры головного мозга. увеличивалась встречаемость дезорганизованных ЭЭГ. У значительного количества больных наблюдалась полиритмия и асимметрия потенциалов, что является признаками снижения адаптационных возможностей организма. У 14 (46,7%) пациенток отмечено отсутствие или извращение реакций на проведение функциональных проб. Повторные исследования ЭЭГ показали, что в результате включения МТ в комплексное лечение наблюдалось нормализация фоновой ЭЭГ у большинства беременных с ПГ. Так после лечения у 24 (80,0%) беременных наблюдались более выраженные изменения биоэлектрической активности мозга (увеличение альфа-индекса, уменьшение медленных волн, нормализация зональных различий, снижение межполушарной асимметрии) при проведении лечения с РМТ. Повторные исследования ЭЭГ у беременных, получавших медикаментозное лечение ПГ, не выявили выраженных изменений.

В процессе слушания музыки на ЭЭГ происходила частичная смена характерной для исходного состояния альфа-ритмической активности активностью в диапазоне бета-частот, перемежавшихся медленными ритмами, в том числе тета- и дельта-волнами, нередко сгруппированными как альфа-волны в височных и лобных областях, угасание реакции активации альфа-ритма. Данные изменения были более выражены на фоне РМТ. Возникновение медленных ритмов указывает на сдвиги в сторону снижения корковой активности. Наличие дельта- и особенно тета-активности многие авторы рассматривают как электроэнцефалографическое отражение эмоций[6].

Проведенное исследование выявило большое количество эмоциональных и висцеровегетативных нарушений у пациенток с ПГ. Психоэмоциональные расстройства характеризовались нарушениями качества и количества сна (80,9 % больных), снижением настроения (71,8%), затрудненной психологической адаптацией (обидчивость - 40,9%, неуверенность в себе - 41,8%), концентрацией внимания на соматическом состоянии (74,5%), эмоциональной неустойчивостью (72,7%). Среди висцеровегетативных нарушений преобладали потливость

(73,6%) и головная боль (63,6%). У 84 (76,4%) пациенток наблюдалось сочетание 2 - 6 симптомов соматоформной вегетативной дисфункции (СВД).

В процессе лечения значительное снижение частоты показателей СВД отмечалось лишь у беременных 1 группы. 20,0% больных 2 группы продолжали жаловаться на головную боль, головокружение, 35,0% женщин отмечали потливость, у каждой 3 больной сохранялись нарушения психоэмоционального состояния. У больных 3 группы наблюдалось лишь снижение частоты отдельных висцеро вегетативных показателей, психоэмоциональные нарушения после лечения сохранялись у большинства женщин. Анализируя динамику наиболее распространенных жалоб в процессе лечения, необходимо указать, что их исчезновение происходило быстрее на фоне РМТ. Так нарушения сна у 45 (93,8,0%) пациенток 1 группы исчезали уже на 2 сутки лечения.

У 87 (71,8%) беременных до лечения было наблюдалось изменение ВИ. Число беременных-дистоников в 1 группе составило 46 (76,7%), во 2 – 16 (80,0%), в 3 – 25 (83,3%). Обращает на себя внимание, что среди беременных большинство составляли женщины с преимущественным парасимпатическим влиянием. Выявлено, что среди пациенток с интроверсией дистония ВНС наблюдалась значительно чаще, чем у пациенток-экстравертов. В процессе лечения наиболее выраженные изменения вегетативного тонуса наблюдались в 1 клинической группе, где число беременных с эйтонией возросло в 2,4 раза, в то время как во 2 и 3 группах число эйтоников увеличилось лишь соответственно в 2,25 и 2,17 раза (рис.4).

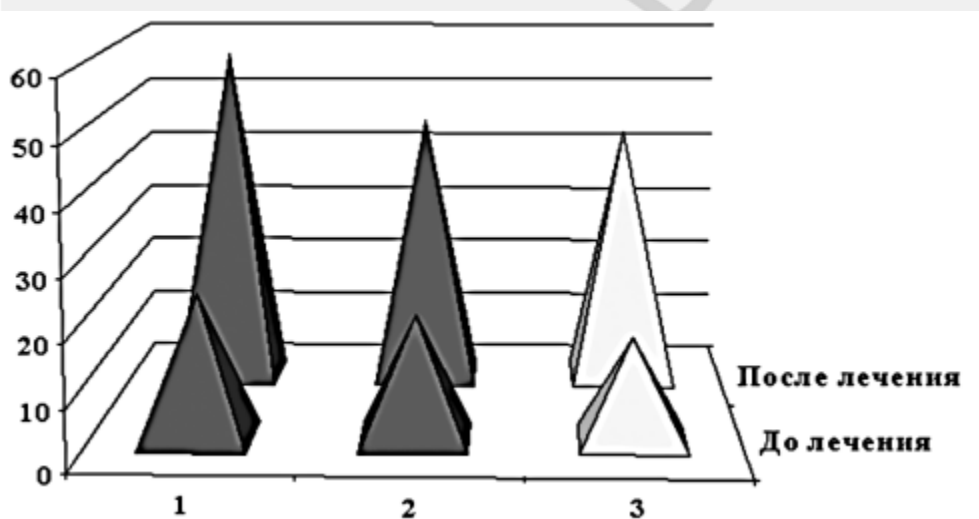


Рис. 4. Динамика больных с эйтонией в процессе лечения

Средние балльные значения параметров КТГ до лечения у беременных всех групп не имели статистически достоверных различий ($p < 0,05$) и составили по шкале Фишера у больных 1 группы - $7,42 \pm 0,36$ балла, 2- $7,51 \pm 0,25$ балла, 3- $7,48 \pm 0,43$ балла, что позволило расценить состояние плода как нормальное. Во время сеанса МТ и одновременной регистрации сердечной деятельности плода у беременных 1 и 2 групп достоверных изменений параметров КТГ по сравнению с таковыми до лечения не выявлено. При проведении КТГ во время сеанса РМТ при положении наушников на передней брюшной стенке женщины в области проекции головки плода у 32 (29,1%) больных отмечалось снижение частоты

спорадических акцелераций вплоть до их полного исчезновения. Данный факт рассматривался нами не как признак гипоксии плода, а как эпизод кратковременного внутриутробного сна, что подтверждалось восстановлением ритма сердцебиений после трансляции фонограмм. При трансляции классической музыки на ту же область у 8 (40,0%) беременных 2 группы на КТГ отмечалась умеренно выраженная кратковременная транзиторная тахикардия. У больных 3 группы тип КТГ в процессе лечения не изменялся.

После проведенного комплексного лечения у беременных 1 группы отмечалось достоверное увеличение ряда параметров КТГ по сравнению с аналогичными до лечения – частоты и амплитуды осцилляций ($p < 0,05$, $p < 0,01$), амплитуды и длительности спорадических акцелераций за 30 минут ($p < 0,05$). Достоверные различия в параметрах КТГ у беременных 2 и 3 групп после проведенного лечения отсутствовали. НСТ у всех женщин 1 группы после лечения был реактивным, в то время как у 5 (25,0%) больных 2 и 7 (35,0%) беременных 3 группы НСТ продолжал оставаться сомнительным.

В результате проведенного лечения балльная оценка КТГ у беременных 1 группы составила $8,52 \pm 0,54$ балла, что достоверно выше, чем до лечения ($p < 0,05$) и составил соответственно $7,82 \pm 0,26$ и $7,80 \pm 0,34$ балла, что достоверно ниже ($p < 0,05$), чем у женщин, получавших лечение с РМТ.

Изучение эндокринной функции ФПС в разные сроки беременности выявило наличие ее дисфункции у беременных всех исследуемых групп. Установлена тенденция к снижению уровней эстриола и прогестерона, а средние уровни кортизола соответствовали верхней границе нормы для данного срока беременности или несколько ее превышали. После проведенного лечения у женщин всех исследуемых групп вне зависимости от метода лечения уровни эстриола и прогестерона несколько повысились ($p > 0,05$) и были в пределах нормы для данного срока беременности. В 1 группе больных зарегистрировано достоверное снижение концентрации кортизола после 36 недель беременности до нормальных значений показателя указывает на положительное регуляторное влияние РМТ на эндокринную функцию ФПС.

Результаты проведенных исследований показали, что МТ в комплексном лечении больных с ПГ по сравнению с традиционной терапией приводит к более быстрому, выраженному и стойкому лечебному эффекту. Наиболее эффективным оказалось лечение с применением РМТ. Основным отличием РМТ от музыкотерапии классическими произведениями, вероятно, можно считать проявление лечебного эффекта за счет реализации преимущественно вибротактильного действия. Это подтверждается быстрым наступлением естественного сна у матери и плода при прослушивании РМТ, возникающего, возможно, за счет преобладания определенных частотных характеристик в произведениях Хюбнера. Высокая эффективность РМТ возможно обусловлена определенными нейрогуморальными сдвигами в организме беременных (изменением секреции опиоидных веществ, катехоламинов), которые приводят к нормализации биоритмов, вызывают синхронизацию управляющих ритмических физиологических процессов, способствуют интеграции и консолидации всех систем и органов, повышая таким образом психофизиологическую защиту. Поэтому данный вид МТ оказывает выраженное действие как на экстравертов, так и на интровертов. Более «скромные» результаты лечения ПГ с

использованием МТ классическими произведениями можно объяснить тем, что лечебное действие осуществляется преимущественно за счет достижения «эмоционального» резонанса, так как классическая музыка характеризуется более высокой вариабельностью энергии акустического потока (динамичность, частотная, ладовая и темповая неоднородность), за счет которых достигается определенная «смысловая» нагрузка. Данный метод лечения требует определенного уровня культурного развития.

Невысокую эффективность традиционной терапии ПГ можно объяснить сохраняющимися после лечения нарушениями в психологическом, эмоциональном и вегетативном статусе пациенток, электрической активности головного мозга, гормональной функции ФПС.

Выводы

Применение музыкотерапии в комплексном лечении больных с поздним гестозом позволяет добиться более выраженного и стойкого лечебного эффекта, проявляющегося в более короткие сроки. В процессе лечения с применением МТ отмечается нормализация психологического профиля личности, положительная динамика на электроэнцефалограммах, улучшение показателей вегетативного и гормонального гомеостаза организма матери, оптимизация состояния плода. Эффективность применения МТ зависит от типологических особенностей личности пациентки и вида музыкального воздействия. Учитывая неодинаковую «чувствительность» больных с гестозами к музыкотерапии, выбор метода МТ может проводиться после предварительного психологического тестирования. Реакция плода на различные виды музыкального воздействия также неодинакова, что позволяет предположить наличие у него способности уже внутриутробно дифференцировать разные типы акустического воздействия и расширяет возможности для формирования личности. Музыкотерапия, применяемая в комплексной терапии гестозов, является эффективным методом лечения, который может быть рекомендован для широкого внедрения в практику.

Литература

1. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство. - СПб.: СОТИС, 2001. - 320 с..
2. Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение / А.М.Вейн, Т.Г.Вознесенская, О.В.Воробьева и др.; Под ред. А.М. Вейна. - М.: МИА, 1998. - 752 с
3. Рюгер К. Домашняя музыкальная аптечка. - Ростов-н/Д.: Феникс, 1998. -384 с.
4. Савельева Г.М., Кулаков В.И., Серов В.Н. и др. // Рос. вест. акушера-гинеколога. – 2001. – Т. 1, N 3 (5). – С. 66–72.
5. Сидоренко В.Н. // Мед. панорама. - 2003. – N 9. – С. 59-61.
6. Magee W.L., Davidson J.W. // J Music Ther. – 2002. – Vol.1, N 39. – P. 20-29.