

истории в сторону патриотического воспитания школьников;

4) Введение для учащихся Основ религиозной культуры (как возможный вариант — светской этики);

5) Усиление воспитательного начала в современной школе; усиление внеклассной работы; обращение к принципу сотворчества учителя и ученика, разрабатывавшегося еще

К.Д. Ушинским, А.С. Макаренко, В.А. Сухомлинским и другими выдающимися педагогами; предоставление широкой возможности для реализации этого принципа в современной школе.

Выполнение хотя бы этих важнейших пяти принципов, по нашему убеждению, может предотвратить дальнейшую деградацию российской системы исторического образования.

Медицинские науки

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Великанова Л.П., Бахмутова Л.А.,
Костина Л.А.

*ГОУ ВПО «Астраханская государственная
медицинская академия» Росздрава*

Все большее число психологических исследований показывает, что психологическое состояние женщины, ее отношение к будущему ребенку и поведение во время беременности имеют решающее значение как для течения самой беременности, так и для дальнейшего роста и развития ребенка [1, 19]. Как правило, у детей, рожденных от беременности, сопровождавшейся психологическим неблагополучием, наблюдается ранняя задержка физического и нервно-психического развития, а также нарушения речи, что в конечном итоге приводит к ослаблению интеллекта в более поздние периоды их развития [2-4, 7].

Целью настоящего исследования являлась оценка эффективности методики медико-психологического сопровождения беременности с хронической фетоплацентарной недостаточностью (ХФПН), хронической внутриутробной гипоксией плода (ХВГП) и синдромом задержки развития плода (СЗРП).

Пациенты и методы

Выборку составили 95 беременных женщин в возрасте от 24 до 36 лет с отягощенным акушерским анамнезом с ХФПН, ХВГ и СЗРП. Срок беременности на момент включения в программу медико-психологического сопровождения варьировал от 18 до 32 недель. 70% составляли первородящие, 30% ожидали второго ребенка.

В основу программы медико-психологического сопровождения были положены резуль-

таты современных исследований в области перинатальной психологии [1, 5, 6, 8, 9]. Ее отличали комплексность и индивидуальный подход. Обязательным условием проведения психокоррекционных мероприятий являлось добровольное информированное согласие пациенток. Занятия проводились врачом и психологом в малых группах (10-15 человек), сформированных с учетом психологической совместимости и положительного принятия друг другом, а также индивидуально. Использовались различные релаксационные методики: музыкальное сопровождение, элементы аутогенной тренировки, ситуационное и ролевое моделирование. Программа включала 8 сессий (1 занятие в неделю) продолжительностью 1-1,5 часа и самостоятельные занятия (прослушивание аудиокассет, просмотр видеоматериалов).

Для оценки эффективности коррекционных воздействий использовались клинические, иммунохимические — определение концентраций трофобластического β -глобулина (ТБГ), α -2-гликопротеина (СБАГ), инструментальные (ультразвуковое исследование, доплерометрия сосудов плаценты), психодиагностические (тест ситуативной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера — Ю.Л. Ханина) методы.

Результаты исследования и их обсуждение

В зависимости от уровня тревожности вся выборка была разделена на три группы: с низким (14 чел.), средним (20 чел.) и высоким (61 чел.) уровнем тревожности. Причиной тревоги были новые ощущения в связи с беременностью, изменения внешности, социального функционирования, отношение окружающих, супругов, искаженной интерпретацией результатов клинического обследования. После проведения коррекционных мероприятий у 85,7% женщин уровень реактивной тревожности значительно снизился. У 14,3% показатели тревож-

ности оставались высокими, однако наблюдаемые изменения в психической и соматической сферах свидетельствовали о положительной динамике: у беременных улучшалось настроение, сон, аппетит, расширялся круг общения, нормализовалось артериальное давление и тонус матки, уменьшались поведенческие проявления тревожности. Динамика личностной тревожности была менее демонстративна, что представляется вполне закономерным ввиду ее принадлежности к конституциональным, относительно устойчивым характеристикам личности.

При доплерометрии сосудов плаценты определялось значительное улучшение плацентарно-плодового кровотока. Уровень белков «зоны беременности», характеризующих ее течение и состояние здоровья плода и новорожденного (СБАГ и ТВГ), приближался к физиологическому. Этот факт дает основания полагать, что снижение эмоционального напряжения, нормализация психологического состояния положительно влияет на течение гестационного процесса.

Результаты наблюдения за течением и исходом родов в основной группе и группе сравнения также демонстрировали положительную динамику. В группе женщин, участвовавших в программе, реже отмечалось преждевременное излитие околоплодных вод (в 3 раза), патологические примеси в водах (в 10 раз), слабость родовой деятельности (в 8 раз), быстрые роды (в 3 раза). В основной группе дети без признаков задержки внутриутробного развития составили 46,4%, тогда как в группе сравнения — только 18%.

Новорожденные от матерей, получивших во время беременности МПСБ, отличались от детей группы сравнения более гладким течением ранней неонатальной адаптации: реже отмечалась патологическая максимальная первоначальная убыль массы тела, была характерна более быстрая динамика восстановления первоначальной массы, чаще отмечался гормональный криз, реже возникала гипербилирубинемия, быстрее купировалась желтуха. В целом можно отметить, что эти новорожденные были более зрелы, лучше подготовлены к адаптации и внеутробной жизни.

Заключение

Таким образом, результаты проведенных исследований показали значимую роль психологической составляющей при патологии беременности и положительное влияние медико-

психологической коррекции не только на течение осложненной беременности (ХФПН, ХВГ и СЗРП) и исход родов, но и на течение периода ранней адаптации новорожденных детей. Медико-психологическое сопровождение беременности (МПСБ) не только способствует клиническому улучшению состояния здоровья и качества жизни матерей и новорожденных, но и оптимизирует объективные биохимические и инструментальные показатели течения беременности, родов и постнатальной адаптации. МПСБ целесообразно включать в комплексную программу терапии осложненного течения беременности и родов, что позволит значительно улучшить их исход.

Список литературы

1. Абрамченко В.В., Коваленко Н.П. Перинатальная психология: Теория, методология, опыт. — Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. — с. 13-44.
2. Ахмадеева Э.Н. Влияние перинатальных факторов риска на формирование личности и интеллектуальный потенциал ребенка. — Материалы конгресса по детской психиатрии, 25-28 сентября 2001 г. — С. 25-26.
3. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Всеволожская Н.М. Руководство по неврологии раннего детского возраста. — Киев.: Здоров'я, 1980. — 528 с.
4. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. — М.: Триада-Х, 2001. — 638 с.
5. Брехман Г.И., Лапочкина Н.П. Эмоционально-психологическая характеристика женщин с физиологическим течением и угрозой невынашивания в 1 триместре беременности по данным цветовых выборов // Журнал практического психолога, 1996. — № 5. — С. 16-19.
6. Брутман В.И., Радионова М.С. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопросы психологии, 1997. — № 6. — С. 38-47.
7. Володин Н.Н. Перинатальная медицина: проблемы, пути разрешения / Н.Н. Володин / Педиатрия. — 2004. — № 5. — С. 18-23.
8. Коваленко Н.П. Структура интегральной концепции развития перинатальной психологии // Материалы 3 Всеросс. съезда психологов. — СПб., 2003. — Т. 4. — С. 279-280.
9. Сорокина Т.Т. Роды и психика. — Практ. рук-во. — Минск.: Новое знание. — 2003. — 352 с.