

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СОМАТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Проведено исследование частоты возникновения и степени тяжести основных соматических осложнений беременности и их взаимосвязи с состоянием эмоциональной сферы у 65 женщин. Показано позитивное влияние методов психотерапевтической коррекции со снижением интенсивности клинических проявлений, что позволяет снизить степень акушерского риска, увеличить процент самостоятельных родов и уменьшить число их осложнений.

Ключевые слова: беременность, соматические осложнения, непсихотические психические расстройства.

В последние годы становится актуальным изучение возможности психотерапевтической коррекции непсихотических психических расстройств (НПР), психосоматических расстройств и соматических осложнений у женщин во время беременности. НПР у беременных исследованы недостаточно. Большинство работ посвящено послеродовым депрессиям и **аффективным** расстройствам у беременных [1, 2]. На современном этапе выделяется много факторов, влияющих на формирование НПР у беременных [3, 5], а вопросы их динамического наблюдения практически не освещены, поскольку исследования в основном проводились в начале или в конце беременности [4]. Большинство исследователей отмечают у беременных **тревожный, астено-невротичный, депрессивный** синдромы [5–8]. Частота депрессивных феноменов разной степени тяжести варьирует от 10 до 14% и является одним из признаков преэклампсии у беременных, в связи с чем этих больных чаще наблюдают в условиях стационара [4]. **Известно, что длительные отрицательные эмоции (длительный стресс) оказывают негативное влияние на организм матери: увеличивается частота гестозов, невынашивания беременности, преждевременных родов** [1, 9, 10]. Они могут быть причиной нарушений нормального внутриутробного развития плода и влиять на функции его ЦНС, формирования различных психосоматических и соматических заболеваний у новорожденных [1, 9]. Первые работы, которые были посвящены психотерапевтическому вмешательству у беременных, появились в 1963 г. В исследованиях И. З. Вельвовского была представлена система психотерапевтического обезболивания в родах [11]. В работах [2, 11] отмечали, что невротические расстройства у беременных в 90% случаев проявляются как привычная рвота, повышенная чувствительность к запахам и вкусу, что еще больше ее усиливает. Проведение психотерапии таким женщинам было очень

эффективным [12]. Показано, что психические и психосоматические осложнения беременности зависят от преморбидных особенностей личности, от социальных и семейных условий жизни, наличия стрессовых ситуаций в беременности и переживаний, связанных с ними. **Основные нарушения, которые могут быть скорректированы** путем медико-психологического вмешательства: патологическая прибавка в весе у беременной, головные боли, колебания артериального давления (АД), угроза прерывания беременности и преждевременных родов.

Цель исследования — изучить НПР у беременных, их влияние на формирование соматических осложнений беременности, определить эффективность психокоррекционных методов, применяемых у таких пациенток.

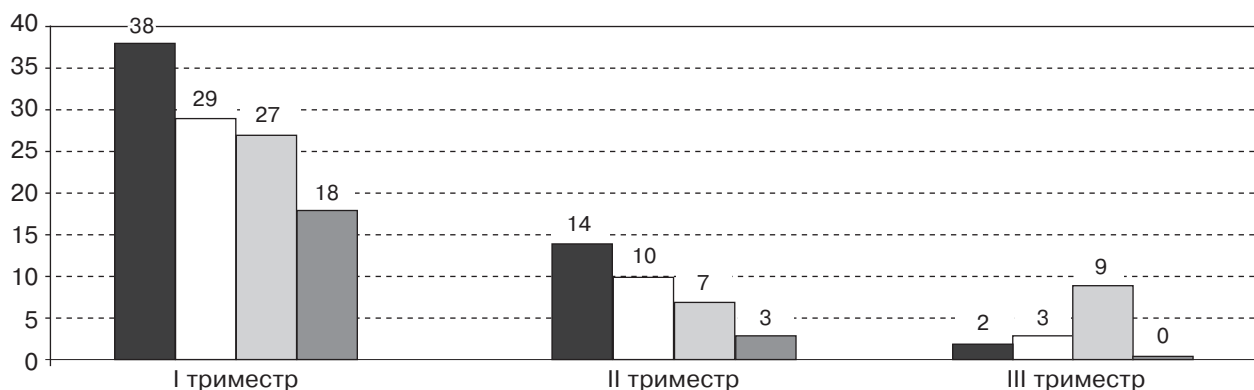
Проведено исследование состояния психоэмоциональной сферы 65 беременных в I–III триместры, взаимосвязь НПР с соматическими осложнениями беременности: повышением АД, цефалгией, угрозой прерывания беременности, патологической прибавкой веса и токсикозом.

Наблюдение женщин проводилось согласно приказу МЗ Украины от 15.07.2011 г. № 417, они получили комплексное медико-психологическое сопровождение на протяжении всей беременности, в которое были включены психотерапевтические методы коррекции — релаксация, аутогенная тренировка, индивидуальные и **групповые психотерапевтические занятия** и другие.

Среди наблюдаемых женщин в I триместре беременности психическое состояние соответствовало психологически устойчивой норме у каждой третьей и составляло 36,9% случаев, у оставшихся 63,1% беременных наблюдались различные по виду и интенсивности НПР. Превалировали астено-невротический (41,5%) и диссомнический (41,5%) синдромы. Тревожно-фобический синдром отмечен у 15,4% женщин, синдром эмоциональной лабильности — у 13,8%.

Частота соматических осложнений беременности по триместрам

Соматические осложнения беременности	I триместр		II триместр		III триместр	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Токсикоз	18	27,7	3	4,6	—	—
Цефалгии	38	58,5	14	21,5	2	3,1
Угроза прерывания	29	44,6	10	15,4	3	4,6
Колебания АД	27	41,5	7	10,8	9	13,8



Динамика проявления соматических осложнений беременности по триместрам: ■ — цефалгии; □ — угроза прерывания; ▒ — колебания АД; ■ — токсикоз

Установлено, что у повторнородящих, даже при наличии отягощенного акушерского анамнеза, частота встречаемости основных синдромов была ниже, чем у первородящих женщин: диссомнический — в 35,7% случаев по сравнению с 41,5%, тревожно-фобический — в 7,1% по сравнению с 33,3%, эмоциональной лабильности — в 7,1% по сравнению с 19,6%.

Наиболее ригидным оказался тревожно-фобический синдром, который в течение всей беременности сохранялся у 11,1% женщин. Остальные синдромы поддавались психотерапевтической коррекции: астено-невротический снизился к III триместру с 41 до 1,5%, диссомнический — с 41,5 до 20%, эмоциональной лабильности — с 13,8 до 3,1%. Такие результаты свидетельствует о том, что своевременное медико-психологическое вмешательство дает возможность уменьшить НПР к моменту родов и стабилизировать психоэмоциональное состояние у 69,2% женщин.

«Мишенями» для психотерапевтического воздействия соматических осложнений беременности были: цефалгии, токсикоз, патологическая прибавка веса, угроза прерывания и преждевременных родов, колебания АД. Частота встречаемости этих нарушений представлена в табл. 1, а динамика их проявления по триместрам беременности — на рисунке.

В I триместре основной группы наиболее распространенными из них были цефалгии (58,5%) и угроза прерывания беременности (44,6%). К III триместру эти показатели существенно снизились, а одним из самых распространенных нарушений стали перепады АД (13,8%).

Основными жалобами при токсикозе были тошнота, иногда рвота, повышенная чувствительность к запахам, у некоторых женщин снижение аппетита или избирательное отношение к пище. Как самостоятельная жалоба токсикоз проявлялся у 27,7% женщин (в начале беременности с последующим полным исчезновением этой симптоматики), а у остальных сочетался с другими синдромами. Из соматических жалоб в I триместре наиболее распространенным был цефалгический синдром (58,5% женщин), а в III триместре он наблюдался лишь у 2 (3,1%) беременных.

На головокружение жаловалось 3,1±% женщин. Боли распределялись по характеру: давяще-ноющие — в 42,1% случаев, ощущение тяжести — в 26,3%, пульсирующие — в 23,7%, мигренозные — в 5,3%, распирающие — в 2,6%; по причине возникновения: «на погоду» — у 68,4% женщин, вследствие стресса — у 13,2%, утомляемости — у 10,5%, без видимой причины — у 10,5%.

Одними из самых важных показателей, которые могут приводить к тяжелым осложнениям и на которые ориентируются акушеры при веде-

нии беременности, являются величина АД и прибавка в весе.

Известно, что во время беременности в организме женщины включаются адаптационные механизмы сердечно-сосудистой системы. Из гемодинамических изменений можно выделить увеличение объема крови и **сердечного выброса**, повышение частоты сердечных сокращений и венозного давления. При физиологическом течении беременности систолическое и диастолическое давление понижаются в I триместре на 5–15 мм рт. ст. После 28-й нед беременности эти показатели увеличивается, но, как правило, не превышают таковых вне беременности. Если АД у женщины повышается во время беременности (по сравнению с показателями, которые были до того), то это свидетельствует о **формировании такого тяжелого осложнения**, как претоксикоз, который переходит в поздний гестоз. Наибольшее напряжение на сердечно-сосудистую систему приходится на 28–32-ю недели беременности. **К факторам, которые приводят к осложнениям, но которые можно регулировать, относятся:** увеличение массы циркулирующей крови, нарастание веса тела, снижение психоэмоционального напряжения.

Колебания АД (табл. 2) наблюдались в I триместре у 41,5% беременных (у большинства женщин показатели снижались до 80/50–90/60 мм рт. ст., однако у некоторых отмечалось повышение АД до 130/90–140/90 мм рт. ст.), во II триместре у большинства женщин цифры АД стабилизировались и оставались таковыми и в III триместре. Повышение АД на 20–30 мм рт. ст. наблюдалось у 13,8±5,3% обследованных, однократно оно поднималось до 130/90–140/90 мм рт. ст. с последующей нормализацией показателей у женщин с патологической прибавкой в весе и вегето-сосудистой дистонией по гипертоническому типу.

При угрозе прерывания беременности основная жалоба женщин была на боли внизу живота. Беременные осматривались акушером-гинекологом и им назначалось соответствующее лечение.

Оценка прибавки в весе у беременных нами проводилась не по динамическим показателям, а по количеству набранного веса к моменту родов (табл. 3). Масса тела беременной прогрессивно возрастает, что обусловлено не только увеличением матки и плода, но и молочных желез, некоторых органов, объема циркулирующей крови, гипертрофией мышц, гидратацией тканей, отложением жира. В норме масса тела за всю беременность не должна увеличиваться больше, чем на 8–10 кг, превышение этого показателя считается патологической прибавкой в весе.

Увеличение массы тела беременной более чем на 14 кг считается одним из важных симптомов

Таблица 2

Варианты колебаний артериального давления женщин на протяжении беременности

Колебания АД	Беременные, n = 65	
	абс. ч.	%
Стабильное	2	3,1
На 10 мм рт. ст.	24	36,9
На 20 мм рт. ст.	30	46,2
На 30 мм рт. ст.	9	13,8

Таблица 3

Результаты прибавки в весе у беременных к моменту родов

Прибавка в весе	Беременные, n = 65	
	абс. ч.	%
До 10 кг	28	43,1
11–14 кг	26	40,0
15 кг (патология)	11	16,9

Таблица 4

Сопоставление исходов родов со шкалой акушерского риска Coorland

Вид родоразрешения	Беременные, n = 65		Акушерская шкала Coorland (в баллах)		
	абс. ч.	%	0–2	3–6	7–8
Роды без осложнений	34	52,3	29	5	—
Роды с осложнениями	19	29,2	12	7	—
Кесарево сечение	12	18,5	3	8	1

формирования такого осложнения, как претоксикоз, который, в свою очередь, может развиваться в поздний гестоз.

Мы проанализировали исходы родов у наблюдаемых беременных и сопоставили их со шкалой Coorland по акушерскому риску к концу беременности (табл. 4). Роды без осложнения поведены у 52,3% женщин, из них к моменту родов 85,3% имели низкие баллы акушерского риска. В 29,2% случаев роды проходили естественным путем, однако имели осложнения (эпизиотомия, преждевременный разрыв плодных оболочек, ранняя послеродовая гипотония; обвитие пуповины вокруг шеи плода, дефект дольки последа). Кесарево сечение выполнено у 18,5% женщин, причем 75,0% из них имели высокий акушерский риск.

Результаты исследования показали, что соматические осложнения беременности, проявлявшиеся токсикозом, цефалгиями, колебаниями АД

и патологической прибавкой в весе, поддавались психотерапевтической коррекции у 29–37% женщин, которая повлияла на формирование более стабильного состояния беременных. По шкале акушерского риска Соорланд у 70,0% женщин отмечались от 0 до 2 баллов, что дало возможность проводить родоразрешение естественным путем.

Список литературы

1. Multiprofessional care and mental health in pregnant women / V. M. Falcone, C. V. de Nobrega Mader, Ch. F. Nascimento, J. M. Santos // Revista de Saúde Pública.— 2005.— Vol. 39, № 4.— P. 146–149.
2. Сорокина Т. Т. Роды и психика: практ. руководство / Т. Т. Сорокина.— Минск: Новое знание, 2003.— 352 с.
3. Associations of depression and depressive symptoms with preeclampsia: results from a Peruvian case-control study BMC / Q. Chunfand, E. Sixto Sanchez Nelly Lam, P. Garcia, M. A. Williams // Womens Health.— 2007.— № 7.— P. 15.
4. Prevention of childhood injuries: evaluation of the Statewide Childhood Injury Prevention Program (SCIPP) / C. Caplan, B. Guyer, S. S. Gallagher [et al.] // Public Health.— 1982.— № 79 (11).— P. 1521–1527.
5. Каменецкая Г. Я. Тревога у беременных. Диагностика и коррекция / Г. Я. Каменецкая // Акушерский практикум.— 2006.— № 12.— 201 с.
6. Коваленко Н. П. Психопрофилактика и психокоррекция женщин в период беременности и родов / Н. П. Коваленко // Перинатальная психология, медико-социальные проблемы.— СПб., 2001.— 318 с.
7. Криворотько Я. В. Динаміка формування непсихотичних психічних розладів у вагітних по триместрах вагітності / Я. В. Криворотько // Укр. вісн. психоневрології.— 2011.— Т. 19, вип. 1 (66).— С. 54–60.
8. Психотерапия и медицинская психология в реабилитации женщин: клин. рук. / И. А. Бабюк, Б. В. Михайлов, Г. А. Селезнева [и др.].— Донецк, Харьков, 2003.— 350 с.
9. Янус Л. Эхо из лона. Стойкий эффект родового опыта / Янус Л. — К.: Компринт, 2013.— 290 с.
10. Zucchi M. H. Depressão gravidez electric prematuridade. Aspectos epistomológicos de investigação / M. H. Zucchi // Cad Saúde Pública.— 1999.— № 5.— P. 89–97.
11. Вельвовский И. З. Система психопрофилактического обезболивания родов / И. З. Вельвовский.— М.: Медгиз, 1963.— 308 с.
12. Криворотько Я. В. Психогигиена, психопрофилактика и психотерапия беременных / Я. В. Криворотько // Мед. психология.— 2010.— Т. 5, № 4.— С. 81–84.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ СОМАТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ВАГІТНОСТІ

Я. В. КРИВОРОТЬКО

Проведено дослідження частоти виникнення та ступеня тяжкості основних соматичних ускладнень вагітності та їх взаємозв'язку зі станом емоційної сфери у 65 жінок. Показано позитивний вплив методів психотерапевтичної корекції зі зниженням інтенсивності клінічних проявів, що дає змогу знизити ступінь акушерського ризику, збільшити відсоток самостійних пологів і зменшити число їх ускладнень.

Ключові слова: вагітність, соматичні ускладнення, непсихотичні психічні розлади.

PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF SOMATIC COMPLICATIONS OF PREGNANCY

Ya. V. KRYVOROTKO

The frequency and severity of major physical complications of pregnancy and their relationship with the state of the emotional sphere of patients were investigated. Positive influence of methods of psychological correction with reduction of the clinical manifestations allowing reduction of the degree of obstetric risk, increase of the percentage spontaneous labor and reduction of the number of complications was shown.

Key words: pregnancy, physical complications, nonpsychotic mental disorders.

Поступила 23.09.2014