

9. Комисарова Л.М., Карачаева А.Н., Кесова М.И. Течение беременности и родов при дисплазии соединительной ткани. – Ж. Акуш. и гин. - 2012. - № 3 - С.4-7.
10. Руднихина Н.К., Васильева А.В., Новикова И.М. и соавт. Нарушения ритма сердца у беременных с дисплазией соединительной ткани. – Ж. Акуш. и гин. – 2012. - №3.- С.97-100.
11. Торшин И.Ю., Громова О.А. Дисплазия соединительной ткани, клеточная биология и молекулярные механизмы воздействия магния. – Ж. РМЖ. - 2008.- Т.16, №4. - С.3-11.
12. Филипенко П.С., Малоокая Ю.С. Роль дисплазии соединительной ткани в формировании пролапса митрального клапана. Ж. Клин. мед. - М. - 2006. - №84(12) - С.13-19.
13. Цуканов Ю.Т., Цуканов А.Ю. Варикоз нижних конечностей как результат дисплазии соединительной ткани. Ж. Ангиол. сосуд. хир. -2004 - №10 (2). - С.84 - 89.
14. Kisters K., Barenbrock M., Louwen F. И соавт. – Membrane intracellular and plasma magnesium and calcium concentrations in preeclampsia // Am. J. Hypertens. – 2000. - Vol.13. №7. - P. 765-769.

УДК 618.3+618.5+618.7]-06-036-084.

ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ С ПОЗИЦИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

*ДУБОССАРСКАЯ Ю.А., ДУБОССАРСКАЯ З.М.,
ЗАХАРЧЕНКО Л.Г., БОРОВКОВА Л.Г.*

г. Днепропетровск

Одна из причин снижения репродуктивного здоровья - низкий культурный уровень в области семейных сексуальных отношений, игнорирование здорового образа жизни. Но главной, на наш взгляд, причиной является отсутствие культуры деторождения как таковой. Деторождение, находясь в зоне медицины, не имеет возможности развиваться как семейная культура и пока остается формой медицинских услуг. Необходимо обосновать и обеспечить гармоничную связь между семьей и системой родовспоможения, где семейные традиции и установки могут сочетаться и сотрудничать с медицинскими услугами. Учитывая, что первичная психопрофилактика включает охрану здоровья будущих поколений, гигиену брака и зачатия, охрану матери от возможных вредных влияний на плод и организацию родовспоможения, можно сделать вывод о необходимости развития современных форм психопрофилактики у женщин в период беременности и рождения ребенка, повышения статуса семьи, материнства и отцовства [7, 9].

Эмоциональная сфера не может формироваться в отрыве от микросоциума - семьи, в которой живет беременная, и от будущего в ней представления о «роли матери» и «роли отца». Возникает необходимость в формировании новой семейной культуры. В этом контексте осуществляется подбор психокоррекционных методик для беременных и рожениц, способствующих освоению материнской роли. В результате анализа современных методов психопрофилактики с их достоинствами и недостатками был сделан вывод, что к достоинствам современных методов можно отнести глубокий подход к физиологической готовности женщины с предписанием активной работы над укреплением общефизического состояния (закаливание, растяжки мышц, релаксация и др.) [1, 4, 5].

К недостаткам современных методов можно отнести игнорирование эмоциональной сферы женщины, которая, как показали исследования, является определяющей в формировании общей стабильности и здоровья. В результате анализа выявилась значимость активизации творческого потенциала женщины для достижения эмоциональной гармонии и

физической стабильности для получения дополнительных ресурсов при вынашивании ребенка и его рождении.

В результате многолетних наблюдений был сделан вывод о необходимости внедрения в современные методы психопрофилактики беременной женщины творческой компоненты, насыщенной позитивным эмоциональным опытом. Ведь важность перинатального периода развития ребенка и влияние на этот процесс состояния беременной женщины подчеркивают известные исследователи [3, 6].

По данным литературы, в психоэмоциональном состоянии женщин с патологическим течением беременности отмечаются чувство внутреннего напряжения, беспокойство, раздражительность, повышенная чувствительность и ранимость, а также быстрая утомляемость, разбитость, подавленное настроение [8, 10].

Между тем, наблюдается недостаток данных, полученных клиническим путем. Это и послужило основанием для проведения психологического исследования женщин с осложненным течением беременности с использованием специальных тестовых методов, направленных на выявление уровня (степени выраженности) эмоциональных особенностей и нарушений в состоянии этих женщин [12, 13].

Материалы и методы исследования

Задачей настоящего исследования явилось изучение особенностей эмоционального состояния женщин при беременности, осложненной поздним гестозом, в сопоставлении с женщинами при физиологическом течении беременности. С этой целью в исследовании была использована «шкала тревожности» Спилберга - Ханина, которая позволяет измерить уровень тревоги в данный момент (реактивная, ситуативная тревога как временное состояние - РТ) и уровень личностной тревожности (тревожность как устойчивая личностно-типологическая характеристика человека - ЛТ) [6, 10]. При интерпретации результатов учитывалось, что диапазон принимаемых значений шкальных оценок от 20 до 30 свидетельствует о низком уровне реактивной тревоги и личностной тревожности, диапазон от 31 до 45 баллов - об умеренном уровне реактивной тревоги и личностной тревожности, 46 баллов и более - о высоком уровне реактивной тревоги и личностной тревожности.

Анализ полученных результатов проводился в двух направлениях: сопоставление психологических показателей в двух группах исследованных беременных и выявление динамики психоэмоционального состояния беременных женщин, вошедших в основную группу, в процессе психокоррекции.

Всего было обследовано 45 беременных женщин в возрасте от 21 до 37 лет, в сроки от 28/29 до 37/41 недели беременности. Исследованные женщины были разделены на 2 группы: в основную группу вошли беременные женщины с поздним гестозом (35 человек); контрольную группу составили женщины с физиологическим течением беременности в III триместре (10 человек). В обе исследуемые группы были включены женщины без выраженной экстрагенитальной патологии, чтобы исключить возможное влияние на психику женщины хронически и тяжело протекающей экстрагенитальной патологии, возникшей до беременности.

Результаты исследования и их обсуждения

Анализ результатов проведенного клинико-психологического исследования показал следующее. В основной группе показатель уровня реактивной тревожности был достоверно ($p < 0,002$) выше аналогичного показателя в контрольной группе и составил в среднем 47,7 балла, в то время как в контрольной группе показатель уровня реактивной тревожности находился в пределах так называемой умеренной тревожности и составил в среднем 39,1 балла. Полученные данные свидетельствуют о том, что женщины с осложненным течением беременности по сравнению с женщинами, у которых беременность протекала без патологии, чаще были склонны испытывать сильное беспокойство по поводу возможных неудач, были не уверены в собственных силах для успешного преодоления возникших трудностей, испытывали чувство внутреннего напряжения, нервозности, скованности и озабоченности. Женщины с физиологическим течением беременности были более оптимистически настроены относительно ближайшей перспективы, более уверены в себе, чувствовали в себе до-

статочного сил для успешного преодоления возможных препятствий, испытывали чувство внутреннего удовлетворения и в целом были довольны своим состоянием.

Естественно, что опасения в отношении возникших осложнений беременности действуют на психическое состояние женщины угнетающим образом и, как правило, при устранении акушерской патологии уровень реактивной тревожности у большинства женщин, вошедших в основную группу, значительно снижался. В случаях, когда проведенного медикаментозного лечения и нормализации акушерского статуса было недостаточно для стабилизации эмоционального состояния - подобные психологические явления можно отнести к категории следовых реакций, - с пациентками проводилась психокоррекционная индивидуальная работа (разъяснительные беседы) в целях преодоления неверного представления о состоянии здоровья, с выработкой конкретных психологических рекомендаций. Было замечено, что предоставление беременной женщине информации о причинах возникновения, особенностях течения и возможном исходе того или иного осложнения беременности, а также объективных результатов исследования способствует лучшему пониманию характера происходящих патологических процессов в организме женщины.

В результате создается возможность установления более доверительных отношений между врачом и пациенткой, снижается эмоциональная напряженность женщины, повышается ответственность пациентки за свое здоровье, что, в свою очередь, способствует более активному участию беременной женщины в лечебном процессе.

По данным клинико-психологического исследования выявлено, что в основной группе уровень личностной тревожности также достоверно ($p < 0,0005$) выше уровня личностной тревожности в контрольной группе. У женщин, в течении беременности которых наблюдалась клиника позднего гестоза, выявлен высокий уровень личностной тревожности (49,3 балла). Они характеризовались как эмоционально неуравновешенные, не уверенные в себе, весьма ранимые, впечатлительные и тревожные личности; отмечалась также трудность в выборе альтернативных решений, склонность к фиксации на отрицательных переживаниях. В ответах на вопросы тестовых заданий женщины основной группы чаще подчеркивали, что они склонны «слишком сильно переживать из-за пустяков» и «принимать все близко к сердцу». Зачастую даже незначительные неудачи воспринимались ими как трагедии и надолго приковывали внимание, отнимая много эмоциональных сил, которые могли бы быть направлены на преодоление возникших трудностей.

Следует отметить, что очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными расстройствами и с психосоматическими заболеваниями. При этом снижаются адаптационные возможности организма, в связи с чем психотерапевтическое воздействие в работе с этими женщинами было направлено на максимальную мобилизацию защитно-приспособительных механизмов и постепенное снижение эмоционального напряжения.

Женщины с физиологическим течением беременности в среднем обладали умеренным уровнем личностной тревожности (33,7 балла), что характеризовало их как более уравновешенных, уверенных в себе и в собственных силах людей. При осложнении ситуации они также испытывали чувство беспокойства, напряжения, но это состояние находилось под разумным контролем личности и они были способны достаточно быстро, без психотерапевтической помощи восстановить эмоциональное равновесие, не фиксируясь на неудачах.

Как показывают данные литературы [2, 11] и опыт психологической работы с беременными женщинами, нередко различные осложнения в течении беременности становятся причиной психогенных травмирующих и глубинных личностных переживаний, что, в свою очередь, накладывает негативный отпечаток на общее соматическое состояние, в результате образуя порочный круг. Такое сложное сплетение патологии весьма трудно разрешить только односторонним вмешательством акушерского характера. Даже успешное медикаментозное лечение, приводящее к нормализации акушерского статуса, не всегда обеспечивает уравновешивание эмоционального состояния и разрешение возникших глубинных личностных переживаний беременной женщины. В подобных случаях рекомендуется наряду с традиционным лечением проводить психотерапевтическое воздействие для ликвидации ряда психотравмирующих факторов.

В связи с этим, в процессе настоящей работы с женщинами, вошедшими в основную группу, у которых был выявлен очень высокий уровень реактивной и/или личностной тревожности, помимо поддерживающей психотерапии, направленной на смягчение психологических переживаний, способствующих фиксации болезненной симптоматики, проводилась когнитивная психокоррекция [15] в индивидуальной форме. Данное направление психокоррекционной работы было выбрано в связи с ее высокой эффективностью [14].

Индивидуальные занятия проводились 3-4 раза в неделю в течении 1-1,5 часов. С каждой женщиной в среднем было проведено по 9-10 сеансов. Когнитивная психокоррекция подразумевает совместную работу с пациенткой по выявлению ее «автоматических» (непроизвольных, спонтанных) мыслей, при анализе которых обнаруживаются когнитивные ошибки, возникающие под влиянием дисфункциональных убеждений. В результате формируется систематическое предубеждение и фактически все события интерпретируют негативно. Все это предрасполагает к возникновению и поддержанию невротических расстройств тревожно-депрессивного характера.

Основной целью когнитивной психокоррекции явилась работа над систематическими предубеждениями, их нейтрализация и исправление для изменения отношения пациентки к самой себе, формирования самопринятия, чувства собственного достоинства и уверенности в себе. Клинико-психологическое исследование в данной группе беременных (35 человек) проводилось дважды: до проведения психокоррекции и по ее окончании. Результаты свидетельствуют о статистически достоверном ($p < 0,001$) уменьшении уровня реактивной тревожности: до проведенной психокоррекции уровень реактивной тревожности составлял в среднем 50,7 балла, после психокоррекции – 32,4 балла. Также в процессе проведенной индивидуальной когнитивной психокоррекции было выявлено достоверное ($p < 0,05$) уменьшение уровня личностной тревожности. Так, до начала психокоррекционного воздействия уровень личностной тревожности составлял в среднем 51,3 балла, к моменту его окончания показатель по данной шкале составил в среднем 49,8 балла.

Выводы

Полученные данные свидетельствуют, что в результате психокоррекции повышается уверенность пациентки в себе, формируется способность объективно оценить ситуацию, быстро восстановить эмоциональное равновесие. Учитывая то, что тревожные личности характеризуются тенденцией преувеличивать вероятность и серьезность угрозы, при этом недооценивать свои ресурсы и возможности справиться с возникшими трудностями, в процессе психокоррекции осуществлялась переориентация с боязни неудачи на успешное преодоление препятствий.

В процессе комбинированного медикаментозного лечения и психотерапевтического воздействия у большинства больных отмечалось значительное улучшение общего состояния, уменьшалось чувство беспокойства, тревожности, внутреннего напряжения, уменьшался масштаб и глубина личностных переживаний, стабилизировалось эмоциональное состояние. Больные отмечали улучшение настроения, бодрость духа, что свидетельствовало о потенцировании адаптационных возможностей организма и личности беременной женщины.

Результаты настоящего исследования привели нас к выводу о целесообразности включения в комплекс терапевтических мероприятий психотерапевтического воздействия, которое способствует повышению эффективности проводимого стационарного лечения.

ЛІТЕРАТУРА

1. Батуев А. С., Соколова Л. В. Учение о доминанте как теоретическая основа формирования системы «мать-дитя» // Вестник СПб. университета. - СПб.: Изд. СПб. ГУ, 1994. - Вып. 2. - С. 85-102.
2. Берадзе Т. И. Депрессия во время и после беременности // Медицинские аспекты здоровья женщины. - 2007. - № 1 (14). - С. 63-67.

3. Винникотт Д. В. Маленькие дети и их матери. - М.: Класс, 1998. - 80 с.
4. Гроф С. За пределами мозга. - М.: Изд. Трансперсонального института, 1993. - 504 с.
5. Дин-Рид Г. Роды без страха. - М.: Столица-Принт, 2005. - 304 с.
6. Добряков И. В. Психотерапия и перинатальная психология // Сборник материалов конференции по перинатальной психологии. - СПб., 1999 - С. 18-37.
7. Дубоссарская З.М., Дубоссарская Ю.А. Репродуктивная эндокринология (перинатальные, акушерские и гинекологические аспекты) 2008. Лира ЛТД. С.7-28.
8. Крейг Г. Психология развития: 7-е международное издание. - СПб.: Питер, 2000. - 992 с.
9. Лебуайе Ф. За рождение без насилия: Пер. с франц. - М.: Изд-во «Репринт», 1988. - 32 с.
10. Мурашко О. О. Перинатальная психология // Репродуктивное здоровье женщины. - 2004. -№1(17).- С. 27-30.
11. Оден М. Возрожденные роды. - ДООО СКЦ «Аист», 2005. - 132 с.
12. Тайсон Ф., Тайсон Р. Психологические теории развития. - Екатеринбург: Деловая книга, 1998,-169с.
13. Филиппова Г. Г. Перинатальная психология и психология развития - новая область исследования в психологии // Журнал практического психолога. - 2003. - № 4-5. - С. 3-22.
14. Филиппова Г. Г. Психология материнства. - М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. - 238 с.
15. Фрейд З. Психология бессознательного. - М.: Просвещение, 1989. - 265 с.

УДК: 618.29-618.33-618.53

ДОСВІД ВЕДЕННЯ БАГАТОПЛІДНОЇ ВАГІТНОСТІ В УМОВАХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРУ

ДУКА Ю.М., ШИРІНКІНА Н.К., ХАЛО М.В., КОЧІЄВА С.Г.

м. Дніпропетровськ

Тривалість вагітності залежить від числа плодів. Перебіг багатоплідної вагітності (БВ) несприятливіший при монохоріальному (особливо при поєднанні з моноамніотичним) типі плацентазії порівняно з біхоріальним.

При багатоплідній вагітності до організму жінки пред'являються підвищені вимоги. Усі органи і системи функціонують з великою напругою. При багатоплідній вагітності і в пологах ускладнення розвиваються значно частіше, ніж при одноплідній, тому її слід віднести до станів, що займають пограничне положення між фізіологією і патологією [1,3].

Багатоплідна вагітність зустрічається у 0,4-1,6% випадків. Нині спостерігається тенденція до збільшення частоти її настання у зв'язку з активнішим застосуванням технологій допоміжної репродукції. Співвідношення спонтанної і індукованої багатоплідної вагітності при цьому складає 1:1 [1,2].

Підвищена частота ускладнень при багатоплідній вагітності як з боку матері, так і плода веде до значного збільшення перинатальної смертності. Перинатальна смертність при багатоплідній вагітності в 6-10 разів вище, ніж при одноплідній, і знаходиться в прямій залежності від маси тіла дітей [2,3].

Саме тому вивчення особливостей перебігу вагітності та пологів при багатоплідній вагітності є дуже актуальним напрямком сучасного акушерства.