

## **Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у женщин с различным психосоматическим статусом**

В современном акушерстве многими исследователями установлено большое значение психосоматического статуса в течение беременности и родов. Прежде всего, нас интересовало изучение влияния психосоматического статуса с точки зрения прогнозирования осложнений беременности, родов и послеродового периода. Наши исследования показывают, что влияние данного фактора является значимым. Нами также было определено влияние различных признаков среди групп женщин с различным психосоматическим статусом. Результаты исследований показали, что имеется взаимосвязь между психическим состоянием женщины и некоторыми особенностями течения беременности, родов и послеродового периода.

Так как доля влияния психосоматического статуса на эти параметры значительна, необходимо учитывать его при прогнозировании и профилактике осложнений беременности и родов, послеродового периода.

Ключевые слова: психосоматический статус, беременность, роды, послеродовый период, эндометрит, иммунитет, профилактика, лечение, прогнозирование.

На течение беременности и родов, а, соответственно, и на течение послеродового периода огромное влияние оказывает психическое состояние женщины. Проблема соотношения души и тела, психического и физиологического всегда интересовала ученых и врачей. На современном этапе не вызывает сомнения влияние психоэмоционального состояния женщины на течение беременности и родов, однако, малоизученной остается течение послеродового периода у женщин с различным психосоматическим статусом. Актуальность исследований психосоматического состояния беременной определена задачами современного акушерства: профилактикой осложнений во время беременности, родов и послеродового периода, снижением частоты послеродовых нарушений психического здоровья, снижением перинатальных потерь.

Особый интерес вызывает у перинатальных психологов, психотерапевтов и акушеров-гинекологов изучение психологического компонента гестационной доминанты. Основы психического здоровья закладываются еще в период внутриутробного развития, именно поэтому в последнее время начало уделяться серьезное внимание валеологическим аспектам перинатальной психологии. В современном акушерстве многими исследователями установлено большое значение «доминанты беременности». Гестационная доминанта приходит на смену доминанты зачатия и необходима для нормального течения беременности, и, в свою очередь, сменяется родовой доминантой, так необходимой для нормального течения родов. Различают физиологический и психологический компоненты гестационной и родовой доминанты, которые определяются биологическими или психическими изменениями, происходящими в организме женщины, направленными на вынашивание и рождение ребенка. Доминанта

беременности формируется из исходного психосоматического статуса, акушерской и соматической патологии. Сформированная доминанта беременности способствовала неосложненному течению родов и послеродового периода, что является следствием своевременной ее смены доминантой родов. Доминанта родов зависит от выраженности доминанты беременности и влияет на клиническое течение родов, послеродового периода и состояние здоровья новорожденного. Доминанта лактации – следствие полноценности доминанты беременности и родов и выраженность ее влияет на продолжительность лактации. Коррекция психосоматического статуса беременной с ранних сроков гестации способствует своевременному формированию доминанты материнства. (Н.И. Лазарева, 2006 г.) [7].

Многие отечественные и зарубежные авторы обращали внимание на необходимость во время посещения беременной врача акушера-гинеколога, получить также данные о состоянии ее эмоциональной сферы [1,2,3,4,11]. При помощи специальных психологических опросников и шкал можно оценить особенности общего состояния беременной, выявить жалобы со стороны различных органов и систем. Ряд шкал помогает изучить нервно-психическое состояние, соматическое здоровье, социальное положение и отношение беременной женщины к предстоящим родам и материнству, что позволяет рассматривать жалобы беременной под психосоматическим аспектом [4, 6]. Психологические особенности беременных женщин могут быть представлены негативными и позитивными психоэмоциональными состояниями, зависят от исходного психологического статуса и отношения к беременности. Для большинства женщин время беременности является периодом сильных эмоциональных переживаний, которые могут сопровождать дальнейшее становление и созревание собственного «Я» беременной, ее развитие в полноценного взрослого человека, могущего в дальнейшем заботиться о беспомощном и требовательном младенце. Для других же беременных это время, когда созревают болезненные и пугающие переживания, приводящие к регрессу на более ранней стадии развития, и осложняющие как процесс вынашивания ребенка (различные патологии течения беременности), так и течение родов и последующие детско-родительские отношения, делая их патологическими и деструктивными [4,5]. Заслуживает внимания состояние психоэмоционального статуса женщины и во время родов. Родовой стресс сопровождается значительным напряжением и определённой физиологической дисфункцией нейроэндокринной системы, нарушением процессов адаптации, что может приводить к развитию неадекватных реакций во время родов, а также при перестройке организма женщины в послеродовом периоде и процессе лактации. До настоящего времени не предложен единый пакет психологических методик, позволяющих комплексно изучить психологическое состояние беременной женщины, роженицы и родильницы, не изучено влияние формирования ПКГД на течение родов и послеродового периода.

Тип ПКГД отражает прежде всего личностные изменения и реакции женщины, то есть изменения в системе ее отношений. О типе ПКГД можно судить,

основываясь на результатах исследования значимых отношений беременной. На этом основан разработанный Добряковым И.В. (1996 г.) и модифицированный нами тест отношений беременной ТОБ. Для определения типа психологического компонента гестационной доминанты мы использовали тест отношений беременной (ТОБ) (Добряков И.В., по которому женщин можно разделить на группы, в зависимости от типа ПКГД. Всего определяют пять типов: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный [6,8,9].

Эти данные представлены схематично на рис.4.1.



Рис.1 Типы ПКГД

Тест дает возможность выявить не только беременных с оптимальным типом ПКГД (женщины, находящиеся в состоянии психологического комфорта), но и “группу риска”, включающую в себя беременных с эйфорическим, гипогестогнозическим, тревожным или депрессивным типом ПКГД, а также выявить нуждающихся в индивидуальном наблюдении и лечении у психотерапевта или психиатра. Для упрощения мы на основании этого теста выделили группу женщин с ОТ ПКГД и другими типами – “группа риска” (в основном эти испытуемые не могли быть отнесены ни к одному из перечисленных типов). Благодаря простоте использования, тест может быть внедрен в практику работы женских консультаций и акушерских стационаров. Для выявления типологических особенностей личности кроме определения типа психологического компонента гестационной доминанты (тест отношений беременной) использовались:

- тест «Самооценка психических состояний» (по Г.Айзенку). С помощью этого теста, состоящего из четырех блоков по 10 вопросов, мы оценивали такие состояния, как тревожность, фрустрация, агрессивность, ригидность,
- опросник EPQ Опросник EPQ включает 101 вопрос и содержит всего четыре шкалы: 1) экстраверсия – интроверсия; 2) нейротизм – стабильность; 3) психотизм; 4) специфическая шкала, позволяющая оценить искренность

испытуемого. С помощью матричной типологии личностей по методике EPQ можно определить принадлежность человека к одному из типов личности.

· тест «Самооценка экстравертности, ригидности, тревожности (состоит из 35 вопросов, позволяющих оценить в бальном пересчете тревожность, экстравертность и ригидность).

Дестабилизированное состояние психологической адаптации сочетается с напряжением в системе иммунитета, что является прогностически неблагоприятным. У больных с выраженной депрессией и тревогой отмечено достоверное снижение Т-общих лимфоцитов и Т-лимфоцитов (29°C).[10]

Материалы и методы исследования: Предметом нашего изучения явились результаты клиничко-лабораторного обследования и наблюдения 106 женщин в возрасте 18-40 лет, состоявших на учете по беременности в женских консультациях №6 и №21 г. Минска в 2003-2004 гг., которым проводилось психологическое тестирование в 3-ем триместре беременности по общепринятым методикам.

Распределение женщин по типу личности среди опрошенных по ТООБ не отличалось от распределения по матричной типологии личностей по методике EPQ. Среди женщин с ОТ ПКГД и другими типами ПКГД, преобладали меланхолики – сдержанный, пессимистичный, трезвый, ригидный тип личности, их доля составляет соответственно 56,7% и 55,3%, и женщины с холерически-сангвистическим типом – оптимистический, активный, экстравертированный, общительный, доступный, 20% и 27,6% соответственно.

С учетом теста «Самооценка психических состояний» (по Г.Айзенку) можно сказать, что среди испытуемых с ОТ ПКГД преобладали женщины с низким и средним уровнем тревожности (53,3% и 43,3%) и агрессивности (60% и 40%); низким и средним уровнем фрустрации (63,3% и 33,3%). Оценивая уровень ригидности в группах с ОТ ПКГД и другими типами ПКГД можно отметить достоверно более высокий уровень ригидности, не свойственный испытуемым с ОТ ПКГД. (табл.1).

Таблица 1. Распределение женщин с разными типами ПКГД по уровню ригидности с учетом теста «Самооценка психических состояний» (по (по Г.Айзенку)

Уровень ригидности	ОТ ПКГД n=30		Другие типы ПКГД n=76		Всего n=106	
	n	%	n	%		
высокий	10	33,3	40	52,6	50	47,2
низкий	7	23,3	7	9,2	14	13,2
средний	17	43,4	29	38,2	46	39,6

( $\chi^2 = 4.9$ ,  $p < 0.05$ ), (Phi-square Fisher = 0,027,  $p = 0,0897$ )

Но уровень ригидности, оцененный с помощью теста “Самооценка экстравертности, ригидности, тревожности” существенно не отличался среди групп с различным ПКГД, так же не отличался и уровень тревожности и экстравертности.

По тесту «Самооценка экстравертности, ригидности, тревожности» среди женщин с ОТ ПКГД и «группой риска» преобладали испытуемые с высоким (70% и 73,7%) и средним уровнем (30% и 23,7%) тревожности, средним (63,3% и 56,6%) и высоким (30% и 42,1%) уровнем экстравертности.

Нами за основу нами был взят ТОВ, как наиболее простой для практической деятельности и адаптированный к состоянию гестации, с учетом которого мы разделили женщин на группу с ОТ ПКГД и “группу риска”, куда вошли все остальные испытуемые с типом ПКГД не являющимся оптимальным.

Среди обследованных женщин всего 30 (28,3%) имеют ОТ ПКГД, а 76 (71,7%) по результатам тестирования вошли в «группу риска».

Следует отметить, что социальное положение женщин в группах со статусом 1 и 2 различается по образованию ( $\chi^2= 4.9$ ,  $p<0.05$ ), но не по семейному положению в браке (Phi-square Fisher =0,027,  $p=0,0897$ ). Среди испытуемых, имеющих ОТ ПКГД, преобладают женщины с высшим образованием (66,7%) и со средним образованием (26,7%) (см. рис.4.1.), состоят в браке все женщины (100%). Среди женщин со статусом «групп риска» только 30,3% женщин имеют высшее образование, среднее специальное образование (28,95%) и среднее (27,6%); 90,8% женщин состоят в браке.

Различаются женщины и по возрасту начала половой жизни. Средний возраст начала половой жизни у женщин с ОТ ПКГД составляет  $19,1 \pm 0,4$  года, а среди женщин других типов –  $18,1 \pm 0,2$  лет ( $p<0,05$ ).

Распределение женщин по количеству беременностей также различно у женщин с различным психосоматическим статусом. Среди испытуемых с ОТ ПКГД преобладают женщины, у которых данная беременность третья и более, их удельный вес составляет 29,1%, а среди женщин с другими типами ПКГД – женщины, у которых данная беременность вторая (21,2%) ( $\chi^2= 6$ ,  $p<0.05$ ).

Среди испытуемых с ОТ ПКГД процент первородящих составил 80,3%, с другими типами ПКГД 73,3%, повторнородящих соответственно было 19,7% и 26,7%.

Среди женщин с ОТ ПКГД и другими типами отмечается достоверное различие количества экстрагенитальных заболеваний (Phi-square Fisher =0,0467,  $p=0,0215$ ), которые были отмечены у 70% женщин с оптимальным типом ПКГД и у 53,6% – «группы риска».

Несмотря на то, что Среди женщин с различным психостатусом не отмечается достоверного различия наличия числа генитальных заболеваний (Phi-square Fisher (Фишер)=0,177,  $p=0,1912$ , табл.4.5), которые были выявлены у 15 (50%) женщин с ОТ ПКГД и у 49 (64,5%) – «группы риска», тем ни менее, среди этих двух групп достоверно отличалось количество перенесенных ЗППП 3 (2,83%) у женщин с ОТ ПКГД и у 30(28,32%) – «группы риска». (Phi-square Fisher =0,082,  $p=0,0021$ ,  $\chi^2=8,7$ ,  $p<0,01$ ). (рис.2)

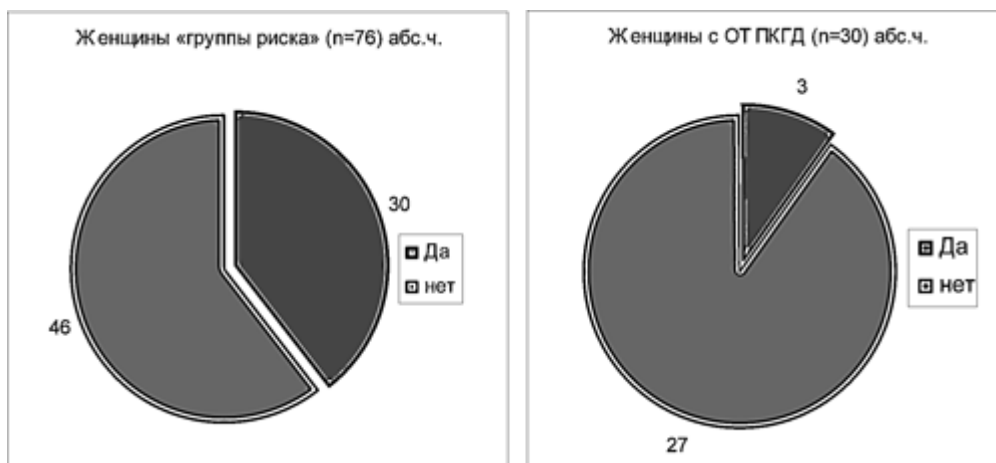


Рис. 2 – Наличие ЗППП до беременности у женщин с различными типами ПКГД.

Среди женщин с различным психостатусом отмечается достоверное различие числа осложнений беременности (двухвыборочный t-test по дисперсии,  $p < 0,5$ ). Среди женщин с ОТ ПКГД число осложнений беременности встречалось у 26 (86,7%) и составило – 1,03 ( $\sigma \pm 0,16$ ), а среди женщин с другими типами ПКГД – у 69 (90,8%) женщин и составило 2,3 ( $\sigma \pm 0,25$ ).

Такие осложнения, как гестозы (Phi-square Fisher =0,128,  $p=0,0001$ ), анемии (Phi-square Fisher=0,0483,  $p=0,032$ ), кольпиты (Phi-square Fisher =0,76 и  $p=0,46$ ) (по двухвыборочному t-test по дисперсии,  $p < 0,05$ ), встречаются реже среди группы женщин с ОТ ПКГД.

В группе женщин с ОТ ПКГД беременность не было осложнений беременности гестозом, тогда как у другой группы это осложнение встречалось у 34,2% ( $n=26$ ) женщин.

Анализируя распределение женщин с различным психостатусом по наличию анемии во время беременности, наличие анемии было выявлено у 27 женщин (35,5%) в «группе риска», и у 4 (13,3%) женщин, имеющих ОТ ПКГД. (Phi-square Fisher=0,0483,  $p=0,032$ )

Среди женщин с различным психостатусом отмечается достоверное различие в наличии осложнений родов ((Phi-square Фишер=0,03748,  $p=0,042$ ). (табл.2)

Таблица 2– Распределение женщин с различным психостатусом по наличию осложнений родов.

Осложнение родов	Женщины с другими типами ПКГД		Женщины с ОТ ПКГД		Достоверность различия
	Абс.	%	Абс.	%	
Длительный безводный промежуток	17	22,4	1	3,3	Phi-square Fisher =0,0052, $p=0,02$ ,
Аномалии родовой деятельности	10	13,15	1	3,3	Phi-square Fisher =0,02106,

					p=0,1236
Разрывы мягких тканей родовых путей	49	64,5	10	33,3	Phi-square Fisher =0,079, p=0,004
Всего	60	78,9	18	60,0	Phi-square Fisher =0,03748, p=0,042

Несвоевременное излитие околоплодных вод во время родов реже встречалось у женщин с ОТ ПКГД.

Среди осложнений родов следует отметить, что среди женщин с отличным от ОТ ПКГД у 22,4% безводный период составил более 6 часов, а у женщин с ОТ ПКГД всего лишь у 3,3% ( достоверное отличие, Phi-square Fisher =0,0052, p=0,02,)

Нами было замечено, что в течение родов группа испытуемых с ОТ ПКГД, отличалась меньшим числом аномалий родовой деятельности, однако достоверных различий выявлено не было.

Среди женщин с ОТ ПКГД в родах отмечался меньший травматизм (33,3%), чем у женщин с другими типами ПКГД – 64,5% (Phi-square Fisher =0,079, p=0,004).

Изучая течение послеродового периода у испытуемых женщин, нами было замечено, что субинволюции матки после родов встречались реже в группе имевших ОТ ПКГД - у 1 (3,33%), тогда, как в «группе риска» - у 17 (22,37%) (P=0,002)(рис.3).

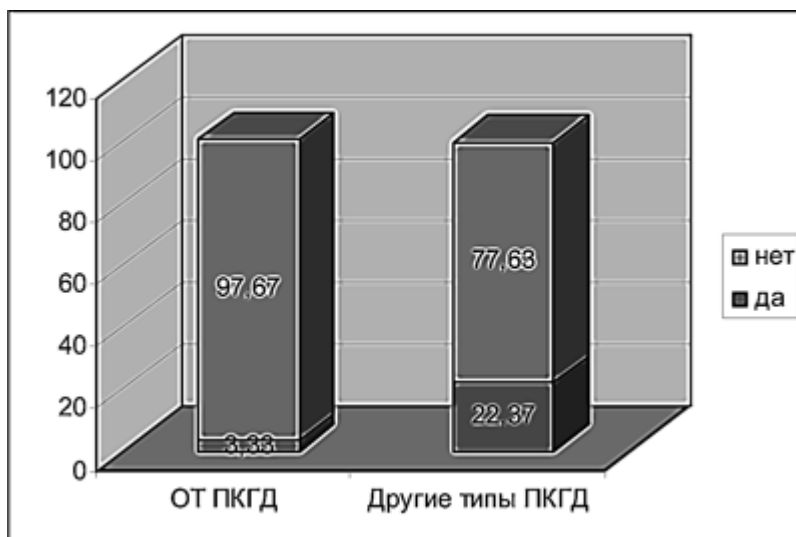


Рисунок 3 – Распределение женщин с различными типами ПКГД по развитию субинволюции матки после родов (%).

Оценивая состояние здоровья новорожденных, нами отмечена меньшая заболеваемость новорожденных в группе матерей, имевших во время беременности ОТ ПКГД – 1 (3,33%), тогда, как заболеваемость новорожденных у матерей другой группы составила 17 (22,4%) (P=0,002)(рис.4).

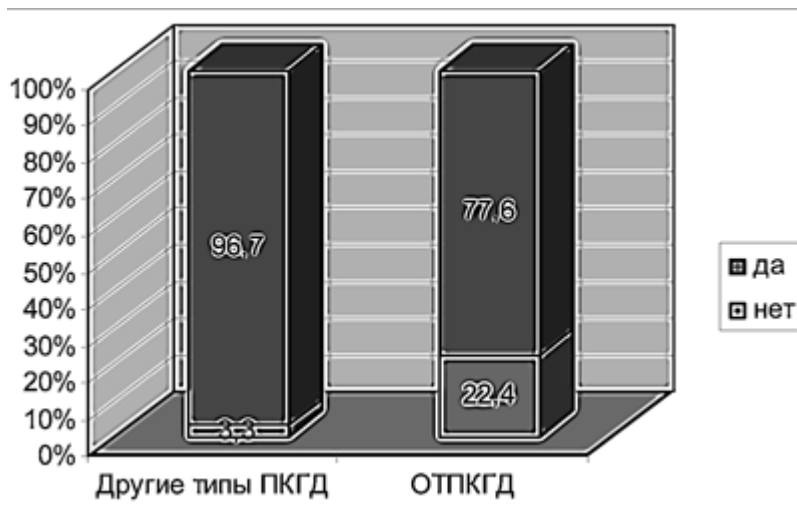


Рисунок 4 – Распределение женщин с различными типами ПКГД по заболеваемости новорожденных (%).

Результаты исследования с использованием однофакторного ANOVA показали, что имеется взаимосвязь между психическим состоянием женщины и следующими особенностями течения беременности, родов и послеродового периода (см. табл. 3).

Таблица 3 – Влияние психосоматического статуса на состояние здоровья женщины в период беременности, родов и послеродовый период

Название	Однофакторный ANOVA	Доля влияния фактора
	P	%
Возраст начала половой жизни	P=0,00001	95,3%
Количество беременностей	P=0,00001	98,8%
Экстрагенитальная патология	P=0,001	12,4%
Осложнения беременности	P=0,002	11,2%
Анемия	P=0,00001	99,8%
Гестозы	P=0,00001	99,8%
Осложнения родов	P=0,0029	10,63%
Безводный промежуток более 6 часов	P=0,00001	99,9%
Акушерский травматизм	P=0,0002	14,7%
Послеродовый эндометрит	P=0,0008	12,74%



Результаты исследований показали:

Имеется взаимосвязь между психическим состоянием женщины и некоторыми особенностями течения беременности, родов и послеродового периода.

Отклонения от оптимального типа ПКГД приводило к осложнениям течения беременности, среди которых основными были гестозы, анемии; осложняло течение родов и увеличивало акушерский травматизм; и увеличивало развитие осложнений в послеродовом периоде.

Так как доля влияния психосоматического статуса на эти параметры значительна, необходимо учитывать его при прогнозировании и профилактике осложнений беременности и родов, послеродового периода.

### Литература

1. Абрамченко, В. В. Принципы психопрофилактической подготовки беременных групп высокого риска к родам // Перинатальная психология и медицина: профилактика, психокоррекция, психотерапия нервно-психических расстройств: Сб. научных работ по мат. II-й Межд. Конф. по перинатальной психологии. / Институт акушерства и гинекологии РАМН им.Д.О. Отта. СПб.: Издательство Знаменитые Университеты. 2003. – С. 59–61.
2. Абрамченко, В. В. Психосоматическое акушерство. СПб.: СОТИС, 2001. 320 с.
3. Батуев, А. С., Соколова, Л. В. Учение о доминанте, как теоретическая основа формирования системы “Мать-дитя”// Вестник Санкт-Петербургского университета. СПб.: Изд-во СПбГУ, 1994. Вып. 2. С. 85–102.
4. Боровикова, Н. В., Посохова, С. Т. Психологическая помощь беременным // РМЖ. 2000. № 3. С. 10–14.
5. Захаров, А. И. Ребенок до рождения и психотерапия послеродовых психических травм. СПб.: СОЮЗ, 1998. 144 с.
6. Коваленко, Н. П., Скворцова, Я. М. Исследование психо-эмоционального состояния женщин до и после родов // Перинатальная психология и медицина: сб. мат. конф. по перинатальной психологии. СПб., 2001. С. 64–67.
7. Лазарева, Н. И. Оптимизация метода психопрофилактической подготовки беременных к родам: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2006; 29.
8. Лысенко, О. В. Психологическая диагностика в системе психопрофилактической подготовки беременных к родам // Охрана материнства и детства. 2004. № 4-5. С. 180–184.
9. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб., 1998.
10. Фомин, А. В. Взаимосвязь между показателями системы иммунитета и психологической адаптацией больных при хирургических заболеваниях брюшной полости // Иммунопатология. Аллергология. Инфектология. 2005. № 2. С. 23–27.

Normal 0 false false false RU X-NONE X-NONE MicrosoftInternetExplorer4 /\* Style Definitions \*/ table.MsoNormalTable {mso-style-name:"Обычная таблица"; mso-tstyle-rowband-size:0; mso-tstyle-colband-size:0; mso-style-noshow:yes; mso-style-priority:99; mso-style-qformat:yes; mso-style-parent:""; mso-padding-alt:0cm 5.4pt

0cm 5.4pt; mso-para-margin:0cm; mso-para-margin-bottom:.0001pt; mso-paginatation:widow-orphan; font-size:10.0pt; font-family:"Times New Roman","serif";}

11. Blenning, C. E., Paladine, H. An Approach to the Postpartum Office Visit // Am Fam Physician. 2005;72:2491-6, 2497-8. Vol. 72. №. 12 (December 15, 2005) / Blenning C. E., Heartner Paladine // Am. Fam. Physician / 2005. Vol. 72. P. 2491–2497