

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ ПРЕЛИМИНАРНОГО ПЕРИОДА

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

В статье представлены результаты психотерапевтической коррекции психоэмоциональных нарушений у женщин с патологическим течением прелиминарного периода.

Ключевые слова: психотерапевтическая коррекция, патологический прелиминарный период, беременные женщины.

A.V. Hodzhaev

POSSIBILITIES OF PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF THE PSYCHOEMOTIONAL STATUS AT PREGNANT WOMEN WITH A PATHOLOGICAL CURRENT OF THE PRELIMINARY PERIOD

The article presents the results of psychotherapeutic correction of psycho-emotional disorders in pregnant women with a pathological current of the preliminary period.

Key words: psychotherapeutic correction, The pathological preliminary period.

Патологический прелиминарный период является одним из видов аномалии родовой деятельности. Одной из причин патологического течения прелиминарного периода является нервный стресс. У беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом вдвое чаще отмечаются отрицательные переживания и состояние тревоги по сравнению с беременными с физиологическим прелиминарным периодом. Клинически выраженный длительно текущий прелиминарный период достаточно часто нарушает суточный ритм сна и бодрствования женщины (у 60% беременных прелиминарные схватки начинаются в ночное время), что приводит к утомлению беременной [4]. Характерной особенностью патологического прелиминарного периода являются продолжающиеся от 12 ч до нескольких суток у 51,3% беременных прелиминарные схватки, возникшие ночью, а при возникновении днем такая их длительность наблюдает-

ся лишь у 13,7 % женщин [1]. Многими исследователями отмечается, что усталость и расстройства сна в поздние сроки беременности приводят к развитию осложнений в родах и увеличению их продолжительности. Так, установлено, что у женщин, спавших перед родами менее шести часов, помимо удлинения родов, в 4,5 раза увеличивается вероятность завершения их операцией кесарева сечения. У женщин, сон которых неоднократно прерывался, эта вероятность увеличивается в 5,2 раза. Стоит отметить, что длительное нахождение беременной в акушерском стационаре при ее дородовой госпитализации может усиливать риск формирования родового стресса, что в свою очередь может приводить к развитию патологического прелиминарного периода.

По данным разных источников, частота аномалий родовой деятельности после перенесенного патологического прелиминарного периода, составляет от 12 до 60% [4]. Так, сла-

бость родовой деятельности диагностируется в 11,4-58% родов, а дискоординация сократительной деятельности матки в прелиминарный период ведет к ее рецидиву в родах в 30-67% случаев. При этом тяжесть дискоординации напрямую зависит от длительности предшествовавшего патологического прелиминарного периода и успешности его коррекции. Коррекция течения прелиминарного периода при «зрелой» шейке матки может приводить, либо к прекращению прелиминарных схваток с последующим развитием нормальной родовой деятельности, либо прелиминарные схватки перманентно переходят в регулярную родовую деятельность. При «незрелой» шейке матки лечение чаще приводит к прекращению прелиминарных схваток на продолжительное время (от одних до четырех суток) [1, 3, 5, 7, 8].

Роды, развившиеся после клинически выраженного патологического прелиминарного периода, значительно чаще осложняются несвоевременным излитием околоплодных вод (13,4%), родовым травматизмом матери (40,1%), кровотечениями (4,9%). При этом количество оперативных вмешательств в родах составляет от 8,4 до 41%. Осложнения течения послеродового периода у этих женщин встречаются в 1,5 раза чаще, чем при нормальном течении прелиминарного периода [5, 6, 9, 12, 14].

Таким образом, в настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что патологический прелиминарный период требует всестороннего сопровождения беременной, в том числе с привлечением психотерапевтов, так как те клинические проявления, которые сопровождают данный период (нарушения сна, гипертонус матки, повышенная тревожность), могут свидетельствовать о наличии психологических проблем, требующих применения психотерапевтических методов.

Учитывая неблагоприятное влияние психической патологии на течение и исход беременности, остается важным вопрос об оптимальных вариантах коррекции подобных расстройств и путях их профилактики. Так как ни одно из психотропных средств не является полностью безвредным при беременности, психотерапия может являться наиболее приемлемым вариантом лечения невротических расстройств.

На данный момент использование психотерапии и методов психологической коррекции в акушерстве и гинекологии отличается большим разнообразием [11, 13, 15]. Появились исследования подтверждающие эффективность применения психотерапии в лечении осложнений беременности [10]. Методы, используемые психологами и психотерапевтами, распространяются от традиционного гипноза до арт-терапии, музыкотерапии. Сочетание методов отражает общую тенденцию психотерапии на современном этапе-её интегративный характер [2]. Однако остается актуальным вопрос создания и внедрения психотерапевтических программ при разных видах как акушерской патологии, так и психопатологии.

Цель исследования. Разработать метод психотерапевтической коррекции психоэмоционального состояния у беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом на основании клинико-психологического исследования.

Задачи

1. Изучить клинические характеристики беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом.
2. Изучить психологические особенности беременных жен-

Таблица 1 – Распределение беременных женщин по степени тяжести тревоги в основной и контрольной группе по результатам шкалы тревоги Шихана

Результаты	Основная группа				Контроль	
	подгруппа 1А		подгруппа 1Б		п	%
	п	%	п	%		
0-19 баллов	7	22,6	10	27,8	35	83,3
20-29 баллов	16	51,6	17	47,2	7	16,7
30 и более баллов	8	25,8	9	25	-	-

щин с патологическим прелиминарным периодом.

3. Разработать и обосновать метод психотерапевтической коррекции.

Материал и методы

Изучены 109 беременных с нормальным и патологическим течением прелиминарного периода, с доношенной беременностью и сроком гестации 38-42 недели.

В основную группу были включены 67 беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом. Основная группа была разделена на две подгруппы. В подгруппу 1А была включена 31 пациентка, которым психотерапевтическое лечение не проводилось и в подгруппу 1Б – 36 беременных, которым проводилась психотерапевтическая коррекция.

Контрольную группу составили 42 беременные женщины с физиологическим течением прелиминарного периода.

Общими критериями включения являлись:

-отсутствие тяжелой акушерской экстрагенитальной патологии;

-планирование родоразрешения через естественные родовые пути;

-информированное согласие беременной на участие в исследовании.

Средний возраст беременных в подгруппе 1А составил 26,03±1,84 лет, в подгруппе 1Б – 26,67±1,29 лет, в контрольной группе – 26,86±1,04 лет. Группы однородны по возрастному составу (p>0,05).

Для диагностики спектра психических расстройств у беременных женщин проводилось клиническое интервью, основанное на критериях МКБ-10. Заполнение анкеты, которая включала в себя структурированное интервью, шкалу депрессии Бека, шкалу тревоги Шихана.

У пациенток основной и контрольной группы проведено исследование социально-демографического статуса, акушерского анамнеза, особенностей психического статуса при нормальном и патологическом течении прелиминарного периода, а также до и после применения психотерапевтической коррекции.

Источниками информации служили интервью с пациентками, медицинская документация, данные анкет.

Исследование социально-демографического статуса и акушерского анамнеза проводилось при помощи структурированного интервью, которое включало вопросы по изучению состава семьи, образования, планирование и очередность беременности, очередность родов, акушерская патология во время настоящей беременности. Структурированное интервью заполнялось один раз на первой консультации врача-психотерапевта. Межгрупповые различия оценивались при сравнении шкальных оценок каждого из пунктов.

Изучение степени выраженности психопатологического синдрома депрессии проводилось с использованием шкалы депрессии Бека.

Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory) предложена А.Т. Беком в 1961 г. и включает в себя 21 категорию симптомов и жалоб. Каждая категория состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного вклада симптома в общую степень тяжести депрессии. В соответствии со степенью выраженности симптома, каждому пункту присвоены значения от 0 (симптом отсутствует, или выражен минимально) до 3 (максимальная выраженность симптома). Некоторые категории включают в себя альтернативные утверждения, обладающие эквивалентным удельным весом. При интерпретации шкалы депрессии А. Бека учитывается суммарный балл по всем категориям: 0-9 – отсутствие депрессивных симптомов; 10-15 – легкая депрессия (субдепрессия); 16-19 – умеренная депрессия; 20-29 – выраженная депрессия (средней тяжести); 30-63 –

выраженная депрессия (средней тяжести); 30-63 –

ле тяжелая депрессия. Межгрупповые различия оценивались по средним баллам суммы шкалы.

Шкала депрессии Бека заполнялась беременными женщинами всех групп три раза. Пациентки основной группы подгруппы 1А и контрольной группы заполняли первый раз шкалы на консультации врача-психотерапевта, второй – перед родами, третий – на 2-3 сутки после родов. Беременные основной группы подгруппы 1Б заполняли шкалы впервые на консультации врача-психотерапевта, второй раз – после проведения психотерапевтической коррекции перед родами, третий – на 2-3 сутки после родов.

Изучение степени выраженности психопатологического синдрома тревоги проводилось с использованием шкалы тревоги Шихана. Симптомы шкалы тревоги Шихана соответствуют диагностическим критериям МКБ-10. Высокие уровни тревоги по шкале с большой долей вероятности свидетельствуют о наличии того или иного тревожного расстройства. Минимальный уровень тревоги при оценке по данной шкале составляет 0 баллов, максимальный – 140 баллов. Чем больше уровень тревоги отличается от нормального (до 20 баллов), тем более необходима консультация психиатра (психотерапевта). Показанием для направления к психиатру (психотерапевту) являются также ответы «Довольно сильно» или «Крайне сильно» на 2 и более вопросов из первых 16-ти. Уровень тревоги выше 30 баллов обычно считают клинически значимым. Средний уровень при паническом расстройстве составляет 57 баллов. Целью лечения должно быть достижение уровня тревоги ниже 20 баллов. Межгрупповые различия оценивались по средним баллам суммы шкалы и при сравнении баллов отдельных пунктов шкалы.

Шкала тревоги Шихана заполнялась беременными женщинами всех групп три раза. Пациентки основной группы подгруппы 1А и контрольной группы заполняли первый раз шкалы на консультации врача-психотерапевта, второй – перед родами, третий – на 2-3 сутки после родов. Беременные основной группы подгруппы 1Б заполняли шкалы впервые на консультации врача-психотерапевта, второй раз – после проведения психотерапевтической коррекции перед родами, третий – на 2-3 сутки после родов.

Результаты и обсуждение

Распределение беременных женщин по степени тяжести тревоги в основной и контрольной группе по результатам шкалы тревоги Шихана представлено в таблице 1.

Беременных женщин, набравших 0-9 баллов, что соответствовало отсутствию тревоги, в подгруппе 1А было 7 (22,6%), в подгруппе 1Б – 10 (27,8%), в контрольной группе – 35 (83,3%). Пациенток, результат которых по шкале тревоги Шихана был равен 10-15 баллов – средний уровень тревоги – было 16 (51,6%) в группе патологического прелиминарного периода без психотерапевтического лечения, 17 (47,2%) – в группе патологического прелиминарного периода с психотерапевтической коррекцией, 7 (16,7%) – в группе физиологического прелиминарного периода. Женщин с результатом 16-19 баллов и более – высокий уровень тревоги – в подгруппе 1А было 8 (25,8%), в подгруппе 1Б – 9 (25%) и 0 (0%) в контрольной группе. Достоверно чаще тревога по шка-

ле Шихана встречалась в основной группе, чем в контрольной ($\chi^2=36,31$, $p<0,05$). Достоверных различий между подгруппами не было ($\chi^2=0,25$, $p>0,05$).

Распределение беременных женщин по степени тяжести депрессии в основной и контрольной группе по результатам шкалы депрессии Бека представлено в таблице 2.

Беременных женщин, набравших 0-9 баллов, что соответствовало отсутствию депрессии, в подгруппе 1А было 1 (3,2%), в подгруппе 1Б – 0 (0%), в контрольной группе – 37 (88,1%). Пациенток, результат которых по шкале депрессии Бека был равен 10-15 баллов – легкая депрессия – было 9 (29%) в группе патологического прелиминарного периода без психотерапевтического лечения, 14 (38,8%) – в группе патологического прелиминарного периода с психотерапевтическим лечением, 2 (4,8%) – в группе физиологического прелиминарного периода. Женщин с результатом 16-19 баллов – умеренная депрессия – в подгруппе 1А было 15 (48,5%), в подгруппе 1Б – 20 (55,6%) и 3 (7,1%) в контрольной группе. Тяжелая депрессия – 20 баллов и более – по результатам шкалы депрессии Бека была у 6 (19,4%) беременных женщин основной группы подгруппы 1А, у 2 (5,6%) – подгруппы 1Б и 0 (0%) в контрольной группе. Достоверно чаще депрессия по шкале Бека встречалась в основной группе, чем в контроле ($\chi^2=85,45$, $p<0,05$). Достоверных различий между подгруппами не было ($\chi^2=4,45$, $p>0,05$).

При разработке программы психотерапевтической помощи беременным с патологическим прелиминарным периодом учитывались общие принципы психотерапевтического вмешательства:

1. Обеспечение безопасности;
2. Терапевтическая интервенция – проработка психологических проблем;
3. Интеграция полученного опыта.

Основным объектом психотерапевтического вмешательства были жалобы, предъявляемые пациентками, повышенный уровень тревоги и депрессии по сравнению с контрольной группой.

Основу разработанного нами метода коррекции психических расстройств составила рационально-эмоциональная психотерапия, так как продолжительность стационарного лечения беременных женщин с патологическим течением прелиминарного периода ограничено в связи с повышенным риском акушерской и перинатальной патологии.

Работа психотерапевта сводилась к опознанию иррациональных установок, к конфронтации с ними, их пересмотру и, наконец, к закреплению функционирования рациональных, уже гибких (а не первоначально абсолютистских) установок. Рационально-эмоциональная психотерапия в первую очередь применялась к тем беременным женщинам, которые были способны к интроспекции и самоанализу, так как данный вид психотерапии предполагает активное участие пациента на всех этапах консультирования, установление с ним отношений партнёрского типа. Этому способствовало совместное обсуждение возможных целей консультирования, проблем, которые бы хотела разрешить женщина.

Основной целью психотерапии было необходимость перевода беременной женщины в проблемной ситуации с иррациональных установок на рациональные.

На первом этапе психотерапии проводилась квалификация, то есть прояснение параметров тех событий, которые наиболее затронули беременную или вызвали неадекватную реакцию. Целью консультирования на этом этапе являлось не поощрение беременной к уходу от столкновения с событием, не изменение его, а осознание системы оценочных когниций, затрудняющих разрешение этого конфликта, перестройка её и только после этого этапа – принятие решения об изменении ситуации. В противном случае беременная

Таблица 2 – Распределение беременных женщин по степени тяжести депрессии в основной и контрольной группе по результатам шкалы депрессии Бека

Результаты	Основная группа				Контроль	
	подгруппа 1А		подгруппа 1Б		п	%
	п	%	п	%		
0-9 баллов	1	3,2	-	-	37	88,1
10-15 баллов	9	29	14	38,8	2	4,8
16-19 баллов	15	48,4	20	55,6	3	7,1
20 и более баллов	6	19,4	2	5,6	-	-

Таблица 3 – Сравнительная характеристика показателей тревоги и депрессии в подгруппах 1А и 1Б после психотерапевтической коррекции

Характеристика	Основная группа				p
	подгруппа 1А		подгруппа 1Б		
	После постановки д-за ППП	С началом регулярной родовой деятельности	После постановки д-за ППП	После п/т коррекции	
Шкала Бека	16,90±1,20	14,90±1,47	16,19±0,72	8,78±0,87	<0,05
0-9 баллов	1	5	-	26	
10-15 баллов	9	12	14	8	
16-19 баллов	15	9	20	2	
20 и более баллов	6	5	2	-	
Шкала Шихана	23,71±2,70	21,68±2,72	23,14±3,05	13,83±1,80	<0,05
0-19 баллов	7	10	10	31	
20-29 баллов	16	17	17	5	
30 и более баллов	8	4	9	-	

сохраняла потенциальную уязвимость в сходных ситуациях.

Затем наступал следующий этап консультирования – идентификация следствий, выявление всех эмоциональных реакций на событие. Этот этап проводился, чтобы распознать эмоции, не осознаваемые беременной из-за включения той или иной психологической защиты. У некоторых женщин осознание и вербализация испытываемых эмоций затруднены, в связи со словарным или поведенческим дефицитом, а также возможным “вторичным выигрышем”. Психотерапевт наблюдал за экспрессией и невербальным поведением беременной при рассказе ею о событии, предоставлял обратную

связь, говоря о своём восприятии характера эмоциональной реакции клиента, высказывал предположения о чувствах и мыслях обычного человека в похожей ситуации (что помогало клиенту осознать свои эмоции, прежде неосознаваемые).

Цель этапа считалась достигнутой, когда в области проблемы были выявлены иррациональные установки.

На следующем этапе проводилась реконструкция иррациональных установок, которая может протекать на когнитивном уровне, на уровне воображения, на уровне поведения. Реконструкция на когнитивном уровне включало доказательство беременной истинности установки и необходимости её сохранения в данной ситуации. Обычно в процессе такого рода доказательства женщина ещё более отчётливо видела негативные последствия сохранения своей установки. На уровне воображения мысленно погружалась в психотравмирующую ситуацию. При негативном воображении она должна была максимально полно испытать прежнюю эмоцию, а затем попытаться

уменьшить её уровень, осознав, за счёт каких новых установок ей этого удалось достичь.

Во всех видах когнитивной психотерапии действовали сходные факторы:

1. Установление особого контакта между психотерапевтом и пациентом;

2. Ослабление напряженности на начальной стадии, основанное на способности пациента обсуждать свою проблему с психотерапевтом;

3. Расширение репертуара когнитивных схем на основе выявленных индивидуальных психологических защит;

4. Изменение поведения пациента за счет нового эмоционального опыта, полученного в общении с психотерапевтом;

5. Приобретение социальных навыков на модели поведения психотерапевта;

6. Убеждение и внушение, явное или скрытое;

7. Усвоенное или осознанное отношение к новым формам поведения, осуществляемое

Таблица 4 – Сравнительная характеристика показателей тревоги и депрессии подгруппы 1Б и контрольной группы до и после родов

Характеристика	подгруппа 1Б		контрольная группа		p
	После п/т коррекции	После родов	С началом регулярной родовой деятельности	После родов	
Шкала Бека	8,78±1,34	6,53±0,84	6,55±0,87	5,86±0,81	>0,05
0-9 баллов	26	33	39	39	
10-15 баллов	8	3	3	3	
16-19 баллов	2	-	-	-	
20 и более баллов	-	-	-	-	
Шкала Шихана	13,83±1,8	11,0±1,48	12,74±1,49	11,8±1,39	>0,05
0-19 баллов	31	34	39	39	
20-29 баллов	5	2	3	3	
30 и более баллов	-	-	-	-	

при эмоциональной поддержке со стороны психотерапевта.

На первой консультации с целью диагностики отдельных характеристик психического состояния беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом использовались методы стандартизованного интервью, наблюдения и тестирования.

При проведении стандартизованного интервью психотерапевт обращал внимание на особенности вербальной и невербальной коммуникации пациента, на степень его открытости, искренности, заинтересованности в результатах исследования. В ходе интервью основной задачей специалиста являлось установление доверительного контакта, способствовавшего увеличению позитивной мотивации испытуемого к

при эмоциональной поддержке со стороны психотерапевта.

На первой консультации с целью диагностики отдельных характеристик психического состояния беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом использовались методы стандартизованного интервью, наблюдения и тестирования.

При проведении стандартизованного интервью психотерапевт обращал внимание на особенности вербальной и невербальной коммуникации пациента, на степень его открытости, искренности, заинтересованности в результатах исследования. В ходе интервью основной задачей специалиста являлось установление доверительного контакта, способствовавшего увеличению позитивной мотивации испытуемого к

Таблица 5 – Удельный вес родоразрешений через естественные родовые пути и путем операции кесарева сечения у беременных в основной и контрольной группе

Родоразрешение	Основная группа				Контрольная группа	
	подгруппа 1А		подгруппа 1Б		группа	
	n	%	n	%	n	%
Через естественные родовые пути	21	67,7	32	88,9	39	92,9
Путем операции кесарева сечения	10	32,3	4	11,1	3	7,1

дальнейшему исследованию.

Тестирование проводилось с помощью шкалы тревоги Шихана, шкалы депрессии Бека, теста на удовлетворенность браком, вопросника адаптации к беременности. После стандартизованного интервью беременной женщине предлагалось самостоятельно пройти тестирование, зачитывалась инструкция, выдавалась анкета. В конце приема по желанию беременной женщины с ней могли быть обсуждены результаты анкеты.

Вторая консультация включала в себя блок когнитивных методов, направленный на процессы осознания, на мыслительные процессы. Продолжительность сеанса была не менее 90 минут. В процессе работы проводилось информирование беременной о родах, послеродовом периоде, что вносило в представления женщины ясность и конкретность, позволяло опрелдметить генерализованную тревогу. По мере информирования пугающие моменты становились рационально осознанными. Знания разрушают мифы, окружающие саму беременность и роды, вселяют чувство уверенности и ощущение защищенности женщинам. В ходе работы группы участницам рекомендовалась литература, периодические издания, освещающие актуальные вопросы и сходные беременным проблемы. Осуществлялся просмотр видеофильмов, где описывались те темы, которые чаще всего вызывают тревогу. В данном процессе использовался принцип эмоционального сопереживания, который позволял беременным женщинам опосредованно делать выводы о собственных ситуациях, получая ответы на волнующие вопросы. Проводился анализ имеющихся и возможных ситуаций в ходе беседы. В случае актуальных проблемных ситуаций психотерапевт помогал установить причинно-следственные связи, причины поведения. Предполагались как групповые, так и индивидуальные формы работы. Кроме того, участницы программы рассматривали возможные ситуации, что позволяло научиться видеть ситуацию изнутри, разбирать мотивы поведения различных сторон.

Во время третьей консультации использовался блок поведенческих методов. Продолжительность сеанса была не менее 90 минут (10 минут проводилось информирование, 50 минут – работа с пациентом, 30 минут – обратная связь). Акцент данного блока был сделан на перекоординацию неэффективных моделей поведения и формирование новых моделей. К данному блоку относились ролевые игры. Например, беременной предлагалось представить себя в актуальной на данный момент времени роли. Женщины получали опыт переживания состояния материнства, моделировали собственное поведение в отношении ребенка, анализировали эффективность различных моделей родительского поведения. Сеансы проводились ежедневно, при общем количестве не менее трех.

Оценка результатов проведенного лечения производилась путем повторного клинического, а также заполнения анкеты, включавшей шкалу тревоги Шихана и шкалу депрессии Бека интервью после психотерапевтической коррекции до родов и на 2-3 сутки после родов. Также оценивались акушерские показатели: количество операций кесарева сечения, кровопотеря, количество койко-дней проведенных после родов в стационаре матери и ребенка.

Сравнительная характеристика показателей тревоги и депрессии подгруппы 1А и 1Б после психотерапевтической коррекции представлена в таблице 3.

После проведения психотерапевтической коррекции в подгруппе 1Б средний уровень депрессии достоверно уменьшился с $16,19 \pm 0,72$ до $8,78 \pm 0,87$ балла, что соответствовало отсутствию депрессии по шкале депрессии Бека. Также достоверно увеличилось количество пациенток, набравших 0-9 баллов, которых было до лечения 0, а после психотерапевтической коррекции – 26. После проведенной коррекции

значительно уменьшилось количество беременных, набравших 10-15 баллов с 14 до 8 и 16-19 баллов с 20 до 2. Пациенток набравших 20 и более баллов не оказалось. В подгруппе 1А достоверно ниже был уровень депрессии с началом регулярной родовой деятельности – $14,90 \pm 1,47$ балла, по сравнению с уровнем депрессии после постановки диагноза патологический прелиминарный период – $16,90 \pm 1,20$ балла. Стоит отметить, что уровень депрессии $14,90 \pm 1,47$ балла соответствовал легкой депрессии по шкале депрессии Бека. Незначительно изменилось количество женщин, набравших 10-15 баллов с 9 до 12, 16-19 баллов – с 15 до 9, 20 и более баллов набрали 5 пациентки, было 6.

Уровень тревоги в подгруппе 1Б достоверно снизился с $23,14 \pm 3,05$ до $13,83 \pm 1,80$ балла, что соответствовало отсутствию тревоги. Количество пациенток, набравших 0-19 баллов (отсутствие тревоги) достоверно увеличилось с 10 до 31 после коррекции. Количество беременных, набравших 20-29 баллов, значительно уменьшилось с 17 до 5, пациенток, результат которых был равен 30 и более баллов не оказалось. Уровень тревоги в подгруппе 1А также достоверно снизился с $23,71 \pm 2,70$ до $21,68 \pm 2,72$ балла (средний уровень тревоги). Незначительно изменилось количество женщин, набравших 0-19 баллов с 7 до 10, 20-29 баллов – с 16 до 17, 30 и более баллов набрали 4 пациентки, было 8.

Сравнительная характеристика показателей тревоги и депрессии подгруппы 1Б и контрольной группы до и после родов представлена в таблице 4.

На 2-3 сутки после родов в подгруппе 1Б и контроле средний уровень депрессии соответствовал отсутствию депрессии и был равен $6,53 \pm 0,84$ и $5,86 \pm 0,81$ балла соответственно. Достоверных различий не было. Количество беременных женщин в подгруппе 1Б, набравших 0-9 баллов, увеличилось с 26 до 33, а 16-19 баллов уменьшилось с 8 до 3, что было сопоставимо с контролем – 0-9 баллов набрали 39 беременных, 10-15 баллов – 3.

Средний уровень тревоги в подгруппе 1Б был $11,0 \pm 1,48$ балла и достоверно не различался с контрольной группой – $11,8 \pm 1,39$ балла, что соответствовало отсутствию тревоги. Пациенток, набравших 0-19 баллов в подгруппе 1Б, было 34 и 2 – набравших 20-29 баллов. В контрольной группе 39 беременных набрали 0-19 баллов, 3 – 20-29 баллов.

Удельный вес родоразрешений через естественные родовые пути и путем операции кесарева сечения у беременных в основной и контрольной группе представлен в таблице 5.

Путем операции кесарева сечения в подгруппе 1А родоразрешение было у 10 (32,3%) беременных женщин, в подгруппе 1Б – у 4 (11,1). В контрольной группе операция кесарева сечения была у 3 (7,1%) пациенток. Родоразрешение через естественные родовые пути было проведено у 21 (67,7%) пациентки в подгруппе 1А и 32 (88,9%) – в подгруппе 1Б, 39 (92,9%) было в контрольной группе.

Достоверно чаще операция кесарева сечения была проведена в подгруппе 1А, по сравнению с подгруппой 1Б и контрольной группой ($\chi^2_{(подгруппа\ 1А,\ подгруппа\ 1Б)} = 4,5, p < 0,05$, $\chi^2_{(подгруппа\ 1А,\ контроль)} = 7,69, p < 0,05$). Между подгруппой 1Б и контрольной группой достоверных различий не было ($\chi^2_{(подгруппа\ 1Б,\ контроль)} = 0,37, p > 0,05$).

Средний объем кровопотери в группе патологического прелиминарного периода без лечения был равен $387,10 \pm 82,25$ мл, что достоверно выше ($p < 0,05$), чем в основной и контрольной группе ($278,33 \pm 58,04$ и $270,95 \pm 54,61$ мл соответственно), между которыми достоверных различий не было ($p > 0,05$).

Средняя продолжительность стационарного пребывания матери после рождения ребенка в подгруппе 1А составила $6,74 \pm 0,76$ койко-дня, в подгруппе 1Б – $6,86 \pm 0,53$ койко-дня и $6,76 \pm 0,51$ койко-дня в контрольной группе. Достовер-

ных различий между группами не было ($p>0,05$).

Средняя продолжительность стационарного пребывания ребенка в подгруппе 1А составило $5,94\pm 0,49$ койко-дня, в подгруппе 1Б – $6,67\pm 0,56$ койко-дня и $6,29\pm 0,62$ койко-дня в контрольной группе. Достоверных различий между группами не было ($p>0,05$).

Выводы

1. У беременных с патологическим прелиминарным периодом, по сравнению с контрольной группой, имеется более высокий уровень тревожности, соответствующий средней степени тяжести;

2. У беременных с патологическим прелиминарным периодом, по сравнению с контрольной группой, имеется более высокий уровень депрессии, соответствующий средней степени тяжести;

3. Тревожное и депрессивное состояние влияет на протекание беременности и нуждается в коррекции;

4. С учетом особенностей протекания прелиминарного периода и условий оказания помощи женщинам с патологическим прелиминарным периодом обоснована и предложена краткосрочная программа психотерапевтической помощи, которая является наиболее адекватной для данного контингента;

5. Предложенная программа является достаточно эффективной, что статистически доказано на достоверном снижении уровней тревоги и депрессии при ее применении, снижении оперативных родоразрешений;

6. Программа легкодоступна в освоении и может широко использоваться в работе специалистов соответствующего профиля.

Литература

1. *Абрамченко, В. В.* Патологический прелиминарный период: руководство для врачей / В. В. Абрамченко. СПб.: Элби, 2006. 287 с.

2. *Амон, Г.* Психосоматическая терапия. СПб.: Изд. «Речь», I 2002. 236 с.

3. *Котайш, Г. А.* Эффективность прогноза и комплексного лечения дискоординации родовой деятельности: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.00.01 / Г.А. Котайш; Рос. ун-т дружбы народов. М., 2003. 26 с.

4. *Раскунатов, Ю. В.* Аномалии родовой деятельности (особенности патогенеза, клиники и терапии в зависимости от характера прелиминарного периода): автореф. дис.... д-ра

мед. наук: 14.00.01 / Ю. В. Раскунатов. Твер. мед. акад. СПб., 1995. 32 с.

5. *Ремнева, О. В.* Современный подход к патогенезу, диагностике, профилактике и лечению патологического прелиминарного периода: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.00.01 / О. В. Ремнева; Алт. гос. мед. ун-т. Барнаул, 1996. 16 с.

6. *Савицкий, А. Г.* Патологический прелиминарный период / Г. А. Савицкий // Журн. акушерства и женских болезней. 2003. Т. 52, № 2. С. 139 – 144.

7. *Сидорова, И. С.* Гипертоническая дисфункция матки (дискоординация родовой деятельности) / И. С. Сидорова // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. 1997. № 4. С. 104 – 111.

8. *Сидорова И. С.* Физиология и патология родовой деятельности / И.С. Сидорова. М.: Медпресс, 2000. 320 с.

9. *Швецов, М. В.* Факторы риска невынашивания и вклад телесно-ориентированной психотерапии в комплексное лечение беременных женщин: Автореф. дис.... докт. мед. наук: 14.00. 01 Томск, 2002. 35 с.

10. *Эйныш Е. А.* Изменение уровня депрессии в процессе лечения музыкотерапией у беременных с поздним гестозом // Адаптационно-компенсаторные механизмы регуляции функций в современных экологических условиях: Материалы научно-практической конференции молодых ученых и студентов, поев. 10-тилетию образования Гомельского гос. мед. института. Мозырь: «Белый ветер», 2000. С. 181-184.

11. *Chelmon, D.* Maternal and neonatal outcomes after prolonged latent phase / D. Chelmon, S. J. Kilpatrick, R. K. Laros // Obstet. Gynecol. 1993. Vol. 81, №4. P. 486 – 491.

12. *Kathryn, A. L.* Sleep in late pregnancy predicts length of labor and type of delivery / A. L. Kathryn., C. L. Gay // Am. J. Obstet. Gynecol. 2004. Vol. 191, №3. P. 2041 – 2047.

13. *Maghoma, J.* Maternal and fetal risks associated with prolonged latent phase of labor / J. Maghoma, J. Buchmann, // J. Obstet. Gynaecol. 2002. Vol. 22, № I. P. 16 – 25.

14. *Mamelle, N.* Prevention of preterm birth in patients with symptoms of preterm labor / The benefit of psychological support / N. Mamelle, M. Segueilla, F. Munoz // Am. J. Obstet. Gynecol. 1997. October. P. 947 – 952.

15. *Tay S. K.* Spurious labor: a high risk factor for dysfunctional labor and fetal distress / S. K. Tay // Int. J. Gynaecol. Obstet. 1991. Vol. 36, № 3. P. 209 – 213.

Поступила 19.08.2011 г.