

УДК 615.851:[618.3:159.942]-047.44

В.Г. Сюсюка

Оцінка впливу програми медико-психологічної корекції психоемоційної дезадаптації у вагітних на перинатальні наслідки їх розродження

Запорізький державний медичний університет, Україна

PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA. 2016.3(67):43-48; doi 10.15574/PP.2016.67.43

Мета — впровадити та оцінити вплив програми медико-психологічної корекції психоемоційної дезадаптації у вагітних на перинатальні наслідки їх розродження.

Пацієнти та методи. Обстежено 125 вагітних у II та III триместрах гестації. I група — 28 вагітних із середнім та високим рівнем ситуативної тривожності, які взяли участь у програмі медико-психологічної корекції. II група — 62 вагітні, які відмовилися від участі у програмі медикопсихологічної корекції. До III групи включені 29 вагітних із рівнем тривожності 30 балів і нижче, що характеризує низький рівень ситуативної тривожності. Критерієм виключення були тяжкі соматичні захворювання, а також виключені 6 (4,8%) вагітних із дисгармонічним типом ставлення до соматичної хвороби. Індивідуально-психологічні особливості вагітних та їхній психоемоційний стан оцінювали з використанням комплексу психодіагностичних методів.

Результати. Встановлено, що частота ускладнених пологів мала безпосередній вплив на зростання відсотка перинатальної патології, частота якої у II групі становила 42% та в 1,5 разу перевищувала показник I групи (28,6%) та III групи (27,6%). Дистрес плода в пологах мав місце у 2 випадках лише у II групі, що дорівнювало 3,2%. У I та III групах випадків дистресу плода не було. Характеризуючи результати оцінки за шкалою Апгар, встановлено, що загальний показник на 1-й хвилині був статистично достовірно ($p < 0,05$) вищим у I групі порівняно з відповідним показником II групи. Частота затримки росту плода, при розрахунку за масо-ростовими параметрами, у II групі становила 30,7% та була вищою за відповідний показник I (21,4%) і III (20,7%) груп. Відсоток недоношених новонароджених у II групі (8,1%) більш ніж у 2 рази ($p < 0,05$) перевищував відповідний показник у I (3,6%) та III (3,5%) групах. Слід зазначити, що у II групі відмічалася антенатальна загибель плода в терміні 39 тижнів.

Висновки. Застосування розробленої та впровадженої програми медико-психологічної корекції психоемоційної дезадаптації у вагітних сприяє статистично достовірному ($p < 0,05$) зниженню частоти ускладнень у пологах і перинатальних ускладнень порівняно з жінками, які відмовилися від участі у програмі. Враховуючи позитивний результат застосування програми медико-психологічної корекції психоемоційної дезадаптації у вагітних, впровадження в практику охорони здоров'я запропонованої медичної технології сприятиме поліпшенню результату розродження для матері та плода.

Ключові слова: вагітність, психоемоційний стан, медико-психологічна корекція, акушерські та перинатальні ускладнення.

Вступ

Здоров'я матерів акумулює вплив численних факторів природного, економічного та соціального характеру. Стан здоров'я та характеристики системи охорони здоров'я — традиційно серед найважливіших індикаторів для характеристики рівня людського потенціалу в цілому та його материнської складової зокрема [4]. Так, показник перинатальної смертності залежить як від стану здоров'я жінки до запліднення та під час вагітності, так і від стану надання медичної допомоги в жіночих консультаціях, акушерських та педіатричних (неонатологічних) стаціонарах і широко використовується для оцінки якості надання медичної допомоги вагітним, роділлям і немовлятам у ранньому неонатальному періоді [5, 19]. Як відомо, система психопрофілактики в пологовому будинку включає комплекс заходів для створення спеціального охоронного режиму для вагітних та породіль із максимальним виключенням ятрогенії і психічних травм. Крім того, необхідно враховувати особистісні особливості жінок, проводити психокорекцію стану емоційної напруги і тривоги вагітних, залучати чоловіків до спільної роботи щодо гармонізації сімейних відносин [12]. Незважаючи на значущість вищезазначених фактів, нашими попередніми дослідженнями встановлено, що тільки половина жінок, які народжували при підтримці чоловіка, відвідували «Школу підготовки сім'ї до пологів». Щодо опитаних чоловіків, то лише 16,3% пройшли підготовку спільно з дружинами, а всі партнери, які не вважали за потрібне взяти участь у підготовці сімейної пари до пологів, не мали досвіду присутності на пологах раніше [14]. Анкетування проводилось сімейним парам у ранньому післяпологовому періоді.

Динамічний розвиток клінічної психології в останні роки призвів до розуміння необхідності інтенсивної розробки і впровадження в акушерську практику науково обґрунтованих програм роботи з вагітними жінками

з метою забезпечення психологічного супроводу вагітності, формування гармонізації материнської сфери, благополучного розродження і створення основи істинно материнського ставлення до своєї дитини [7]. У жіночих консультаціях, пологових будинках не передбачено отримання пацієнтками психотерапевтичної допомоги.

Нерідко ці установи співпрацюють із психологами, але завдання останніх зводяться до участі в підготовці жінок до пологів. Діагностикою нервово-психічних розладів і психотерапією вони, як правило, не займаються. У результаті лише одиниці з тих, кому це необхідно, отримують своєчасну психотерапевтичну допомогу [4]. Психологічна підготовленість жінки до пологів є чинником зменшення больових відчуттів і зменшення ймовірності виникнення різноманітних ускладнень під час народження дитини і в післяпологовому періоді. З огляду на існуючу медико-соціальну потребу в поєднанні методів медико-психологічної корекції та немедикаментозних методів профілактики патології вагітності і пологів у жінок при різних порушеннях психоемоційного стану, нами розроблено комплексну програму медико-психологічної корекції психоемоційної дезадаптації у вагітних [11], яка впроваджена на етапі санаторної реабілітації вагітних та має позитивний результат щодо зниження акушерських і перинатальних ускладнень [9, 15].

Одним із важливих моментів у профілактиці психосоматичних розладів у дітей слід передбачати забезпечення якісних симбіотичних зв'язків у діаді «мати-дитя» і підвищення рівня материнської компетентності в питаннях відповідального батьківства, починаючи з пренатального періоду [10]. Високий рівень сприйняття стресу є фактором ризику розвитку ускладнень другої половини вагітності. Саме тому психологічне консультування є фактором прогнозування порушень формування психологічного компоненту домінанти вагітності, а пси-

хотерапія є ефективною складовою в комплексі заходів попередження перинатальних втрат [8].

Мета роботи — впровадити та оцінити вплив програми медико-психологічної корекції психоемоційної дезадаптації у вагітних на перинатальні наслідки їх розродження.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 125 вагітних у II та III триместрах, які перебували на обліку в жіночих консультаціях м. Запоріжжя.

Індивідуально-психологічні особливості вагітних та їхній психоемоційний стан досліджено з використанням комплексу психодіагностичних методів: шкала ситуативної (СТ) та особистісної тривожності (ОТ) Ч.Д. Спілбергера, адаптована Ю.Л. Ханіним [2, 13]. Для встановлення типу ставлення до хвороби та інших, пов'язаних із нею особистісних відносин у вагітних із хронічними соматичними захворюваннями, використано особистісний опитувальник Бехтерєвського інституту (ООБІ) [6]. Вагітні з дисгармонічним типом ставлення до соматичної хвороби не були включені в дослідження.

Групи дослідження розділено залежно від рівня СТ, яка є проявом так званої емоційної реакції на стресову ситуацію та характеризується суб'єктивно пережитими емоціями. За Ханіним Ю.Л., стан тривоги, або СТ, виникають як реакція людини на різні, найчастіше соціально-психологічні стресори. Навпаки, особистісна тривожність (ОТ) як риса, властивість, диспозиція дає уявлення про індивідуальні відмінності у схильності дії різних стресорів.

До I групи включено 28 вагітних із середнім і високим рівнем СТ, які взяли участь у програмі медико-психологічної корекції. Програма медико-психологічної корекції має свідоцтво на авторське право Державної служби інтелектуальної власності України № 47 260 від 16.01.2013 р. та нововведення у сфері охорони здоров'я [11].

Програма включає: співбесіду з вагітними; аутогенне тренування; сеанси релаксації; нейролінгвістичне програмування; «якоріння»; раціонально-кінетичні практики; візуалізацію; тілесно-орієнтовані вправи; казко-, музико- та арт-терапію. Програма складається з 12 занять. Заняття з вагітними проводяться у другій половині дня, у приміщенні, яке добре освітлене та має достатню кількість зручних крісел або стільців. Після знайомства з учасниками та розповіді про основні цілі програми, вагітним пропонується поставити запитання лікарям акушеру-гінекологу та педіатру. Враховуючи психологічні особливості кожної жінки, одним із варіантів, що дає змогу при подальших зустрічах обговорити питання, які турбують, є анонімне опитування в письмовій формі.

Заняття складається з 2 інформаційних частин по 20–25 хвилин із невеликими перервами (10 хвилин) для запобігання перевтоми вагітних. У кінці інформаційної частини кожна жінка має можливість поставити запитання лектору.

Форма роботи з акушером-гінекологом та педіатром (неонатологом) — лекція та співбесіда з вагітними (8–12 жінок), комп'ютерна візуалізація у вигляді слайд-шоу, практична демонстрація з використанням фантому та ляльки, а також освоєння вагітними, за бажання, основних навичок догляду за дитиною. Загальна тривалість співбесіди — 40–45 хвилин. Темі для обговорення визначаються після анонімного опитування жінок про питання, які найбільше турбують, лікарю акушеру-гінекологу та педіатру (неонатологу).

Форма роботи з психологом — співбесіда з вагітними (10–15 жінок). Кожне заняття розраховане на 1,5 год. з частотою проведення — 2 рази на тиждень.

До II групи включено 62 вагітних із середнім та високим рівнем СТ, які не брали участь у програмі медико-психологічної корекції.

До III групи — 29 вагітних із рівнем тривоги 30 балів і нижче, що характеризує низький рівень СТ, із метою порівняння результату розродження залежно від рівня тривожності.

Середній вік жінок у групах дослідження статистично не відрізнявся ($p > 0,05$) та становив: у I групі — $26,79 \pm 1,60$ року, у II групі — $26,40 \pm 1,17$ року, в III групі — $25,97 \pm 1,72$ року. Суттєвої різниці за соціальним та професійним складом не встановлено.

Критерієм виключення були тяжкі соматичні захворювання, а також виключені 6 (4,8%) вагітних із дисгармонічним типом ставлення до соматичної хвороби.

Ведення вагітності та розродження жінок, що входили до груп дослідження, первинна оцінка стану новонароджених, їх рання фізіологічна адаптація та медичний догляд за ними здійснені згідно з чинними наказами МОЗ України. Усі новонароджені оцінені за шкалою Апгар, ступінь дихальної недостатності визначений за шкалою Downes згідно з наказом МОЗ України від 29.08.2006 р. № 584.

При виявленні порушень ранньої фізіологічної адаптації та патологічних станів медичний догляд здійснено згідно з відповідним протоколом МОЗ України.

З кожною вагітною проведено бесіду про доцільність додаткових методів дослідження та отримано згоду на їх проведення. Дослідження побудовано відповідно до сучасних вимог морально-етичних норм щодо правил ІСН / GCP, Гельсінкської декларації (1964), Конференції Ради Європи про права людини і біомедицини, а також положень законодавчих актів України.

Варіаційно-статистична обробка результатів здійснена з використанням ліцензованих стандартних пакетів прикладних програм багатовимірного статистичного аналізу «STATISTICA 6.0» (ліцензійний номер AXXR712D833214FAN5).

Обраний напрямок дослідження тісно пов'язаний з планом науково-дослідної роботи кафедри акушерства і гінекології Запорізького державного медичного університету та є фрагментом докторської дисертації.

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами аналізу частоти екстрагенітальної патології (ЕГП) встановлено, що у I групі цей показник дорівнював 46,4%, у II групі — 37,1%, у III групі — 24,1% ($p > 0,05$). Частота гінекологічної патології серед вагітних I (67,9%) і II (67,7%) груп була майже однаковою та дещо нижчою в III групі (62,1%).

Оцінка психологічного стану вагітних дала змогу встановити, що середній показник як СТ, так і ОТ серед вагітних I та II групи статистично не відрізнявся ($p > 0,05$) і був статистично достовірно вищим ($p < 0,05$) порівняно з вагітними III групи (рис. 1).

За результатами оцінки ефективності програми медико-психологічної корекції, у вагітних I групи в 78,6% мало місце статистично достовірне ($p < 0,05$) зниження СТ ($32,11 \pm 3,21$ балу).

Ускладнення перебігу вагітності наведено на рис. 2. Так, слід зазначити, що частота загрози передчасних пологів була значно нижчою серед вагітних I (3,6%) та III (3,5%) груп порівняно з вагітними II групи (9,7%). Відсо-

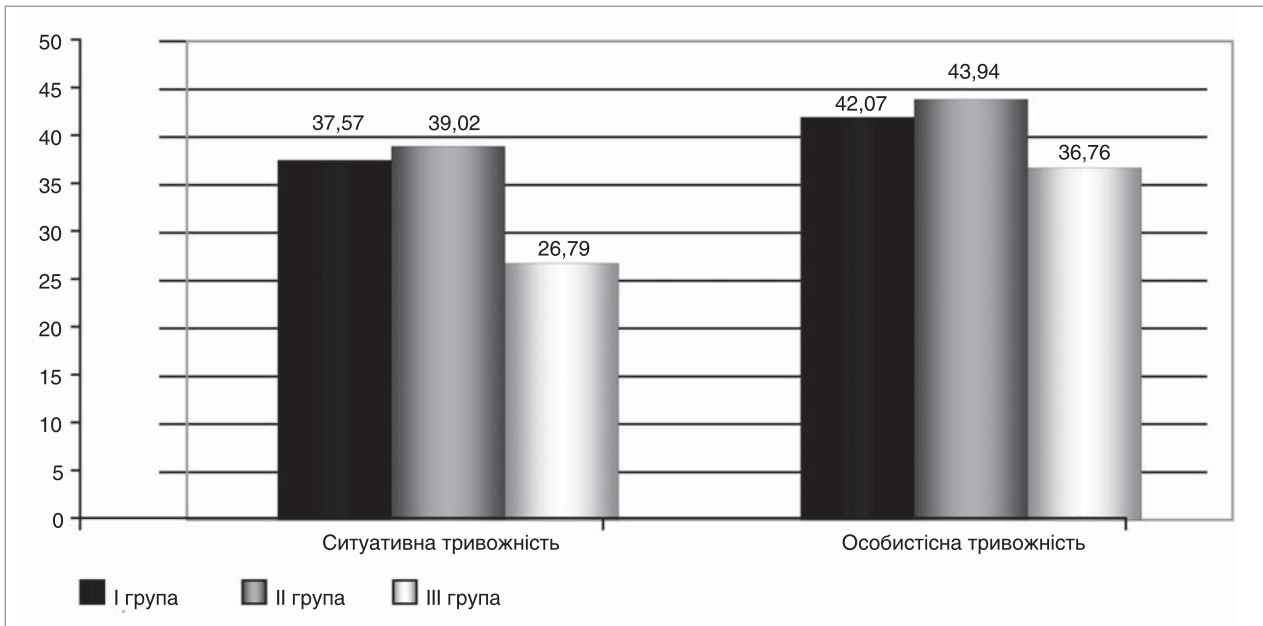


Рис. 1. Рівень ситуативної та особистісної тривожності в жінок груп дослідження

ток гіпертензивних розладів під час вагітності та протеїнурії у II групі (8,1%) дещо перевищував відповідний показник III групи (6,9%), а в I групі був відсутнім. Частота анемії вагітних зростала відповідно до терміну гестації і становила у I групі 21,4%, у II групі – 22,6%, у III групі – 24,1%. Незважаючи на лікування анемії в період вагітності, її відсоток на момент розродження в I, II та III групах був майже однаковим і дорівнював 14,3%, 14,5% та 13,8% відповідно. Серед особливостей перебігу вагітності слід зазначити досить високу частоту гострих респіраторних вірусних інфекцій, частота яких у I групі становила 17,9%, у II групі – 19,4%, у III групі – 24,1%.

Під час вагітності, ЗРП за даними гравідограми та УЗД діагностовано в 1 (3,57%) випадку у I групі та у 2 (3,23%) випадках у II групі. Багатоводдя в 2 рази частіше діагностувалося серед вагітних II групи (16,13%) порівняно з I (7,1%) та III (6,9%) групами. Наявність маловоддя встановлено серед вагітних I (7,1%) та II (8,06%) груп.

У 96,4% жінок I групи та 96,6% жінок III групи пологи були терміновими. У II групі частота термінових поло-

гів становила 91,9%, а передчасних – відповідно 8,1% (рис. 3), що більш ніж у 2 рази перевищувало відповідний показник у I та III групах. Порівнюючи перебіг пологів у групах дослідження, встановлено статистично достовірне ($p < 0,05$) переважання ускладнень серед жінок II групи (42%) порівняно з жінками I (17,9%) та III (17,2%) груп.

Загальна частота абдомінального розродження у I групі становила 17,7%. Ургентний кесарів розтин (КР) у 1,6% жінок проведено у зв'язку зі слабкістю пологової діяльності, у 3,2% – з приводу клінічно вузького тазу. Серед показань до планового абдомінального розродження були рубець на матці та тазове передлежання. Абдомінальним шляхом у I та III групах розроджені 10,7% та 6,9% жінок відповідно. Планове оперативне розродження у I групі проведено з приводу тазового передлежання, а у III групі – рубця на матці. Слід зазначити, що зростання частоти операцій КР у I групі обумовлено 2 (7,1%) випадками клінічно вузького тазу. У 4,8% роділь II групи пологи закінчилися вакуум-екстракцією плода з приводу слабкості пологової діяльності та дистресу. У I та III групах випадків дистресу плода у пологах не було.

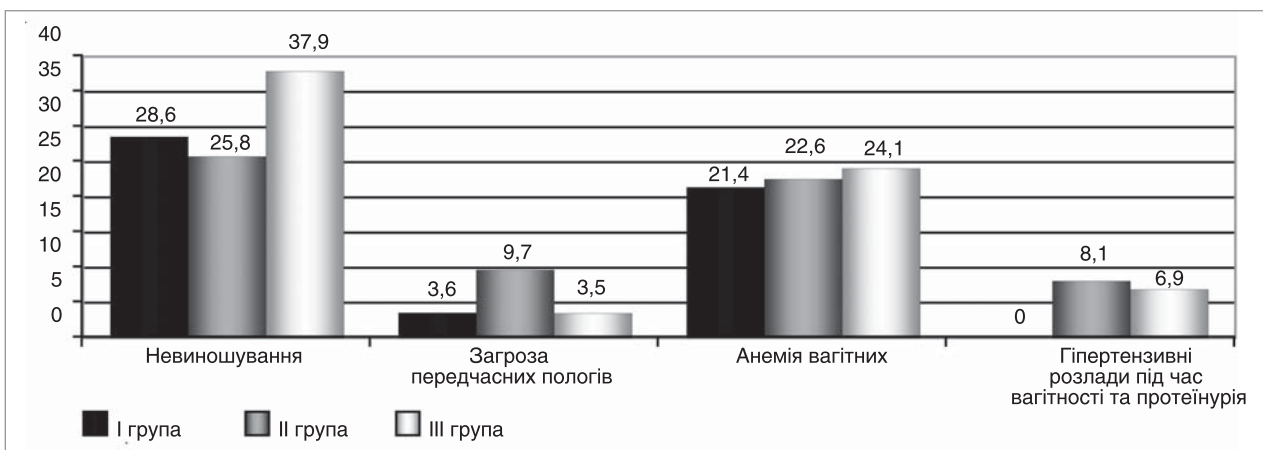


Рис. 2. Характеристика ускладнень гестації в групах дослідження (%)

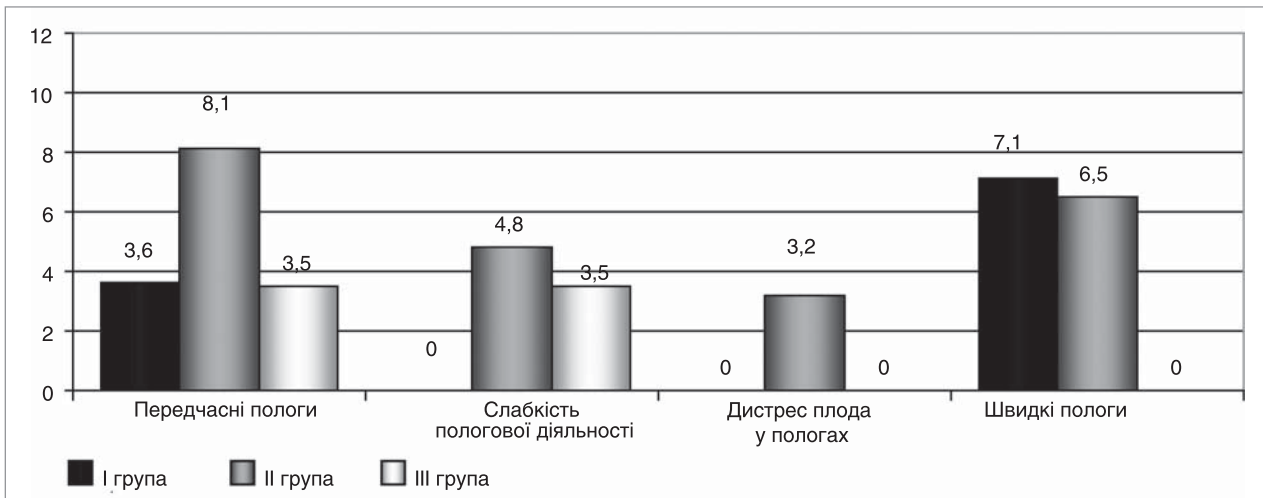


Рис. 3. Характеристика ускладнень в пологах у групах дослідження (%)

Характеризуючи стан новонароджених встановлено, що у всіх жінок I та III групи, і у 61 (98,4%) II групи народилися живі немовлята. В 1 випадку у II групі мала місце антенатальна загибель плода в терміні 39 тижнів.

За результатами оцінки за шкалою Апгар встановлено, що загальний показник на першій хвилині був статистично достовірно ($p < 0,05$) вищим у I групі, порівнюючи з відповідним показником II групи (рис. 4).

Задовільний стан новонароджених за шкалою Апгар (8–10 балів) як на першій, так і на п'ятій хвилині життя у II групі спостерігався рідше (74,19% та 91,94%), ніж у I (92,7% та 96,4%) і III (89,66% та 100%) групах відповідно.

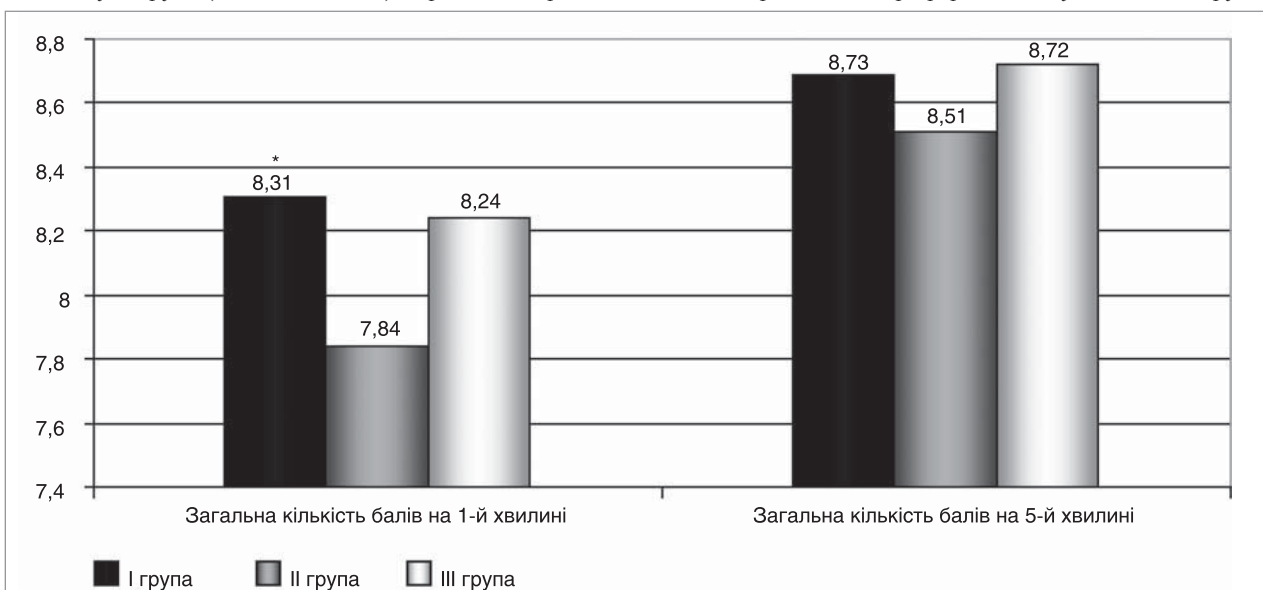
Частота перинатальної патології (рис. 5), яка у II групі становила 42% та майже у 1,5 разу перевищувала показник I (28,6%) та II (27,59%) груп.

Одним із суттєвих показників є відсоток недоношених новонароджених, який у II групі (8,1%) більш ніж у 2 рази перевищував відповідний показник у I (3,6%) та III (3,5%) групах.

На підставі антропометричних досліджень новонароджених у I групі ($3451,07 \pm 250,2$ г) переважав середній

показник маси новонароджених порівняно з показниками II групи ($3305,81 \pm 132,23$ г) та III групи ($3218,97 \pm 138,47$ г), але статистично значущої різниці не встановлено ($p > 0,05$). Переважання загального показника маси новонароджених у I групі може бути обумовлене частотою макросомії, яка становила 14,2%, проти 9,8% у II групі, а в III групі була відсутня взагалі.

Частота затримки росту плода (ЗРП), при розрахунку за масо-ростовими параметрами, у II групі дорівнювала 30,7% та була вищою за відповідний показник I (21,4%) і III (20,7%) груп. Слід зазначити, що в розвитку ЗРП значною є роль хронічного психоемоційного стресу, під впливом якого залежно від рівня стресостійкості з'являються прояви дистресу як із боку вагітної, так і плода. Це, своєю чергою, приводить до виникнення дезадаптації в системі «мати—плацента—плід», найнеприятливішою ознакою чого є порушення росту плода [1]. Морфофункціональні зміни в плаценті при психоемоційному стресі вагітних, який супроводжується високою реактивною і особистісною тривожністю, обумовлюють зростання периферичного судинного опору в



Примітка: * – статистично достовірна різниця ($p < 0,05$) з показниками II групи.

Рис. 4. Оцінка новонароджених за шкалою Апгар

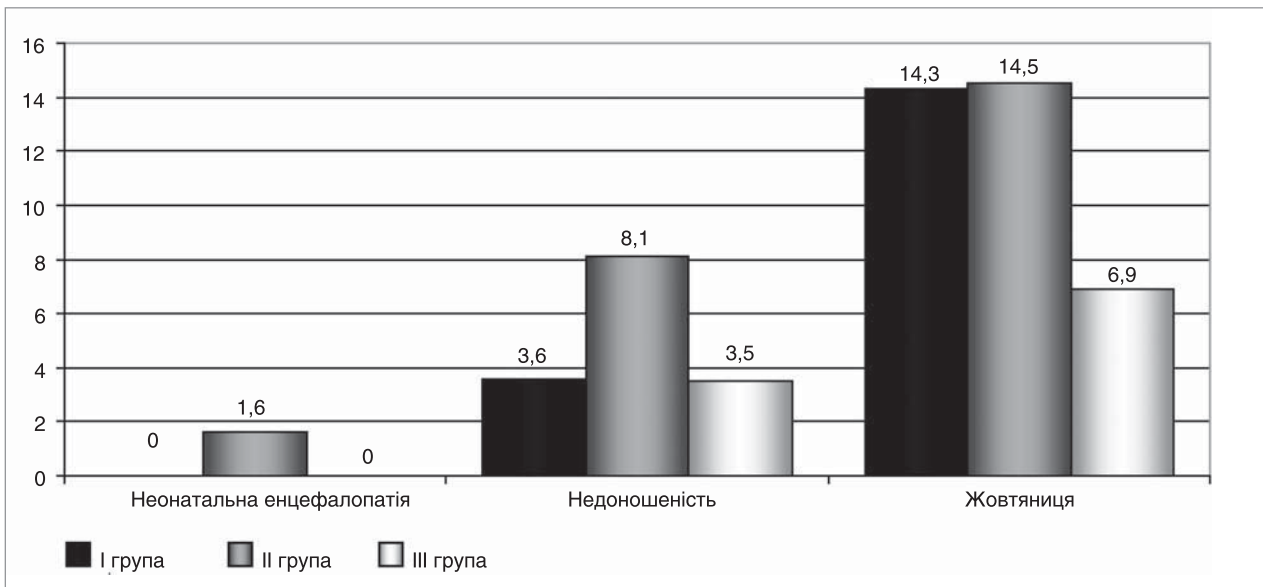


Рис. 5. Патологічні стани новонароджених у групах дослідження

маткових артеріях, артеріях пуповини і низхідній аорті плода з компенсаторним зменшенням резистентності судин головного мозку, спрямованим на можливе поліпшення кровопостачання мозку [16, 17]. На сьогодні доведено, що материнська тривога під час вагітності, передчасні пологи та народження дітей з низькою масою тіла пов'язані [18, 20]. Отримані результати та дані літератури ще раз засвідчують доцільність діагностики психоемоційного порушень у вагітних та залучення їх до психокорекційних програм.

Висновки

Застосування розробленої та впровадженої програми медико-психологічної корекції психоемоційної дезадаптації

серед вагітних I групи, яка є медичною технологією, сприяло статистично достовірному зниженню ($p < 0,05$) показника ситуативної тривожності у 78,6% жінок.

Програма медико-психологічної корекції психоемоційної дезадаптації у вагітних, впливаючи на рівень тривожності, сприяє статистично достовірному ($p < 0,05$) зниженню частоти ускладнень у пологах та перинатальних ускладнень порівняно з жінками, які не брали участі в програмі.

Враховуючи позитивний результат застосування програми медико-психологічної корекції психоемоційної дезадаптації у вагітних, впровадження в практику охорони здоров'я запропонованої медичної технології сприятиме поліпшенню результату розродження для матері та плода.

ЛІТЕРАТУРА

1. Акушерство та гінекологія: у 4т.: нац. підручник / кол. авт.; за ред. акад. НАМН України, проф. В.М. Запорожана. — Т. 1: Акушерство / В.М. Запорожан, В.К. Чайка, Л.Б. Маркін [та ін.]. — Київ: ВСВ «Медицина», 2013. — 1032 с.
2. Астахов В.М. Методи психодіагностики індивідуально-психологічних особливостей жінок в акушерсько-гінекологічній клініці / В.М. Астахов, І.В. Быцзылева, І.В. Пузь; под ред. В.М. Астахова. — Донець: Норд-Пресс, 2010. — 199 с.
3. Знаменская Т.К. Приоритетные направления развития перинатальной службы в Украине / Т.К. Знаменская // Неонатология, хірургія та перинатальна медицина. — 2011. — № 2. — С. 6—11.
4. Курило І.О. Народжуваність та материнство в Україні: регіональний аспект / І.О. Курило, С.Ю. Аксьонова, Б.О. Крімер // Демографія та соціальна економіка. — 2016. — № 1 (26). — С. 65—79.
5. Лехан В.М. Перинатальна смертність в Україні: досягнення та проблеми / В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург // Україна. Здоров'я нації. — 2012. — № 1 (21). — С. 15—25.
6. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: учебное пособие / В.Д. Менделевич. — Москва: МЕДпресс-информ, 2008. — 432 с.
7. Нечаева М.А. Психологические факторы онтогенеза материнской сферы, внутренней картины беременности и перинатального развития / М.А. Нечаева, Л.Ф. Рыбалова, А.В. Штрахова. — Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2005. — 59 с.
8. Особливості впливу деяких психологічних характеристик на формування пізніх акушерських ускладнень / В.Б. Ткаченко, І.І. Воробйова, К.А. Коломійцева, Т.С. Черненко // Неонатология, хірургія та перинатальна медицина. — 2012. — № 2 (4). — С. 69—74.
9. Оцінювання ефективності програми медико-психологічної корекції і санаторної реабілітації вагітних та її впливу на результати розродження / В.О. Потапов, В.Г. Сюсюка, Н.О. Губа, Ю.В. Котлова // Здоров'я жінчини. — 2015. — №1. — С. 91—95.
10. Пасечник І.П. Психосоматические расстройства у новорожденных и материнская компетентность / И.П. Пасечник // Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике: материалы XII конференции, Санкт-Петербург, 16 ноября 2012 г. — Санкт-Петербург, 2012. — Вып. 12. — С. 193—197.
11. Програма медико-психологічної корекції психоемоційної дезадаптації у вагітних: метод. рекомендації / В.О. Потапов, В.В. Чугунов, В.Г. Сюсюка [та ін.]. — Київ, 2015. — 28 с.
12. Психологическая адаптация женщин во время беременности и после родов / А.Н. Рыбалка, И.С. Глазков, И.Б. Глазкова [и др.] // Медицинские аспекты здоровья женщины. — 2011. — № 3 (42). — С. 45—49.
13. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособие / Д.Я. Райгородский (редактор составитель). — Самара: Бахрах-М, 2002. — 672 с.
14. Семейные роды: оценка роли женской консультации в подготовке партнеров к участию в родоразрешении / В.Г. Сюсюка, Е.В. Пейчева, Е.В. Комарова, Е.Г. Аверченко // Здоров'я жінчини. — 2015. — №2. — С. 15—18.
15. Сюсюка В.Г. Оцінка впливу програми медико-психологічної корекції та санаторної реабілітації вагітних на стан новонароджених і перебіг їх

- раннего неонатального периода / В.Г. Сюсюка, Ю.В. Котлова // Современная педиатрия. — 2014. — № 8. — С. 31—35.
16. Худавердян А.Д. Гистологическая характеристика плаценты женщин, перенесших острый и хронический психоэмоциональный стресс / А.Д. Худавердян, А.В. Азнаурян // Новый Армянский Медицинский Журнал. — 2016. — № 10. — С. 11—23.
 17. Худавердян А.Д. Состояние плодового кровотока у беременных женщин, переносящих психоэмоциональный стресс с высокой степенью личностной тревожности / А.Д. Худавердян // Журнал Акушерства и женских болезней. — 2013. — Т. LXII, № 4. — С. 66—69.
 18. Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies / X.X. Ding, Y.L. Wu, S.J. Xu [et. al.] // J. Affect. Disord. — 2014. — Vol. 159. — P. 103—110.
 19. Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global World Health Organization Geneva 2006. — 75 p. [Electronic resource]. — Access mode: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241563206_eng.pdf. — Title from screen.
 20. Rose M.S. Prenatal Maternal Anxiety as a Risk Factor for Preterm Birth and the Effects of Heterogeneity on This Relationship: A Systematic Review and Meta-Analysis / M.S. Rose, G. Pana, S. Premji // Biomed. Res. Int. — 2016:8312158. doi: 10.1155/2016/8312158. Epub 2016 May 19.

Оценка влияния программы медико-психологической коррекции психоэмоциональной дезадаптации у беременных на перинатальные исходы их родоразрешения

В.Г. Сюсюка

Запорожский государственный медицинский университет, Украина

Цель — внедрить и дать оценку влияния программы медико-психологической коррекции психоэмоциональной дезадаптации у беременных на перинатальные исходы их родоразрешения.

Пациенты и методы. Обследовано 125 беременных во II и III триместрах. I группа — 28 беременных со средним и высоким уровнем ситуативной тревожности, которые приняли участие в программе медико-психологической коррекции. II группа — 62 беременные, которые отказались от участия в программе медико-психологической коррекции. В III группу включены 29 беременных с уровнем тревожности 30 баллов и ниже, характеризующим низкий уровень ситуативной тревожности. Критерием исключения были тяжелые соматические заболевания, а также исключены 6 (4,8%) беременных с дисгармоничным типом отношения к соматической болезни. Индивидуально-психологические особенности беременных и их психоэмоциональное состояние оценивали с использованием комплекса психодиагностических методов.

Результаты. Установлено, что частота осложненных родов имела непосредственное влияние на процент перинатальной патологии, частота которой во II группе составила 42% и в 1,5 раза превышала показатель I группы (28,6%) и группы контроля (27,6%). Дистресс плода в родах имел место в 2 случаях только во II группе, что составило 3,2%. В I и III группах случаев дистресса плода не было. Характеризуя результаты оценки по шкале Апгар, установлено, что общий показатель на 1-й минуте был статистически достоверно ($p < 0,05$) выше в I группе по сравнению с соответствующим показателем II группы. Частота задержки роста плода, при расчете по массо-ростовым параметрам, во II группе составила 30,7% и была выше соответствующего показателя I группы (21,4%) и III группы (20,7%). Процент недоношенных новорожденных во II группе (8,1%) более чем в 2 раза ($p < 0,05$) превышал соответствующий показатель в I (3,6%) и III (3,5%) группах. Следует отметить, что во II группе имела место антенатальная гибель плода в сроке 39 недели.

Выводы. Применение разработанной и внедренной программы медико-психологической коррекции психоэмоциональной дезадаптации у беременных способствует статистически достоверному ($p < 0,05$) снижению частоты осложнений в родах и перинатальных осложнений по сравнению с женщинами, которые отказались от участия в программе. Учитывая положительный результат применения программы медико-психологической коррекции психоэмоциональной дезадаптации у беременных, внедрение в практику здравоохранения предложенной медицинской технологии будет способствовать улучшению исхода родоразрешения для матери и плода.

Ключевые слова: беременность, психоэмоциональное состояние, медико-психологическая коррекция, акушерские и перинатальные осложнения.

Estimation of influence of introduced program of medical and psychological correction of psychoemotional disadaptation of pregnant women on perinatal consequences of their delivery

V.G. Syusyuka

State Medical University of Zaporozhye, Ukraine

Purpose — to introduce and estimate influence of program of medical and psychological correction of psychoemotional disadaptation of pregnant women on perinatal consequences of their delivery.

Patients and methods. 125 pregnant women were examined in II and III trimesters. Group I — is 28 pregnant women with middle and high level of the state anxiety (SA) who participated in complex program of medical and psychological correction. Group II — is 62 pregnant women who refused to participate in medical and psychological correction. III group included 29 pregnant women with anxiety level of 30 points and lower which characterizes low level of the SA. Exclusion criteria were severe somatic diseases, and excluded 6 pregnant women (4.8%) with the type of disharmonious relationships to physical illness. Individual and psychological features of pregnant women and their psychological and emotional state were investigated by means of set of psychological and diagnostic methods.

Results. Results of performed investigation show that the rate of complicated deliveries had direct influence on increase of percentage of perinatal pathology the rate of which in group II made 42% and was 1.5 times higher than index of group I (28.6%) and III group (27.6%). Fetus distress during labour had occurred 2 times only in group II and that made 3.2%. In I group and control group the fetus distress didn't occur. By means of distinguishing the results of estimation according to Apgar scale it was determined that general index at first minute was ($p < 0.05$) higher in group I comparing to appropriate index of group II. Rate of intrauterine growth restriction (IGR) in case of calculation by means of mass-height parameters in group II made 30.7% and exceeded index of group I (21.4%) and group II (20.7%). Percent of premature newborns in group II (8.1%) is more than 2 times higher ($p < 0.05$) than appropriate index in group I (3.6%) and III (3.5%) group. It should be noted that antenatal death of fetus occurred at term of 39 weeks in group II.

Conclusions. Use of developed and introduced program of medical and psychological correction of psychoemotional disadaptation of pregnant women enables statistically proved ($p < 0.05$) decrease of rate of complications during delivery and of perinatal complications comparing to women who refused to participate in the program. Taking into account positive result of application of program of medical and psychological correction of psychoemotional disadaptation of pregnant women, introduction of proposed medical method in health protection practice enables to improve results of successful labour process for mother and fetus.

Key words: pregnancy, psychoemotional state, medical and psychological correction, obstetric and perinatal complications.

Сведения об авторах:

Сюсюка Владимир Григорьевич — к.мед.н., доц. каф. акушерства и гинекологии ЗДМУ. Адрес: г. Запорожье, пр. Маяковского, 26. Статья поступила в редакцию 22.08.2016 г.