

На правах рукописи

ШВЕЦОВ Михаил Валентинович

ФАКТОРЫ РИСКА НЕВЫНАШИВАНИЯ И ВКЛАД
ТЕЛЕСНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

14.00.01 Акушерство и гинекология
19.00.04 Медицинская психология

Автореферат диссертации на соискание учёной степени
доктора медицинских наук

Томск- 2002

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Пермская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Российской Федерации», Пермь

Научные консультанты:

доктор медицинских наук, профессор Старцева Н.В.

доктор медицинских наук, профессор Ташлыков В.А.

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Михеенко Г.А.

доктор медицинских наук Коломиец Л.А.

доктор медицинских наук, профессор Корнетов Н.А.

Ведущее учреждение: Государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург.

Защита диссертации состоится «__» _____ 2002 г.

в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.096.03 в Сибирском государственном медицинском университете по адресу: 634050 г. Томск, Московский тракт, 2. Факс: (3822) 53-33-09.

С диссертацией можно ознакомиться в научно-медицинской библиотеке Сибирского государственного медицинского университета 634050 г. Томск, ул. Ленина, 107.

Автореферат разослан «__» _____ 2002 г.

Ученый секретарь диссертационного совета, кандидат медицинских наук

Герасимов А.В.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Невынашивание беременности – один из основных видов акушерской патологии. Частота этого осложнения беременности остается стабильной в течение многих лет (Кошелева Н.Г., 1996; Сидельникова В.М., 1999) и колеблется от 7,5% до 25% в других регионах России. В структуре перинатальной смертности удельный вес детей, родившихся недоношенными, достигает 70%. У выживших недоношенных детей в последующем могут возникать, помимо соматических, тяжелые психоэмоциональные нарушения. Поэтому проблема невынашивания является не только медицинской, но и социальной (Абрамченко В.В., 1996; Lumley J., Astbury J., 1982; Villar J., Belizan J.M., 1982; McCormick M.C., 1985). Причины невынашивания предлагается (Ариас Ф., 1989) подразделять на обусловленные материнским организмом, плодом или плацентой. Однако едва ли эти факторы могут действовать изолированно. По мнению авторов (Беккер С.М., 1975; Сидельникова В.М., 1999) генитальные и экстрагенитальные воспалительные заболевания (40,2%), а также эндокринопатии (35,4%) вносят наибольший вклад в эту проблему, однако имеют значение социальные, экологические и психоэмоциональные факторы. Определенную роль в преждевременном прерывании беременности играет фето-плацентарная недостаточность, вызванная экстрагенитальной патологией, поздним гестозом, анемией (Абрамченко В.В., 1996; Сидорова И.С., Макаров И.О., 1999). Прогноз невынашивания беременности не обещает улучшения в связи с тем, что в XX веке появились новые опасные заболевания, такие, как СПИД, бактериальный вагиноз, эндометриоз, ухудшилась экологическая обстановка, снизилась иммунологическая реактивность (Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., 1996; Кира Е.Ф., 1998; Шубик В.М., 1998, 1999; Hillier Sh.L. *et al.*, 1995; McDonald H.M. *et al.*, 1997).

Признаки угрозы невынашивания беременности, проявляющиеся преждевременным развитием сократительной деятельности матки, повышением её тонуса, тяжестью и тянущими болями в низу живота и области крестца, задержкой стула (Сидельникова В.М., 1999) практически выявляются

(по клиническим данным, УЗИ, доплерометрии и кардиотокографии) у каждой второй беременной женщины. Плацентарная недостаточность - одна из главных причин и одновременно следствие угрожающих преждевременных родов, что сопряжено с изменением интенсивности свободно-радикального окисления, наличием гормональной недостаточности и нарушением иммунного гомеостаза (Савельева Г.М. и др., 1991). Поэтому наряду с нормализацией процессов перекисного окисления липидов, системы гемостаза большое значение имеют методы снижения возбудимости и тонуса матки и улучшения маточно-плацентарного кровообращения.

Сегодня признается наличие особого психологического состояния даже при нормально протекающей беременности (Айламазян Э.К., 1996). Выдающийся представитель телесно-ориентированной психотерапии (ТОТ) современности А. Лоуэн (Lowen A., 1993) писал, что женщина откликается на нее чувствами, которые испытывает к собственному телу. Но именно телу как целому в медицине уделяется гораздо меньшее внимание, чем отдельным органам. Состояние женщины с невынашиванием беременности характеризуется наличием пограничных психических расстройств, которые предшествуют симптомам угрозы прерывания беременности, в связи с чем, по крайней мере, каждая третья беременная нуждается в психотерапевтическом воздействии (Щеглова И.Ю., 1992). Сегодня невротические и депрессивные расстройства получают широкое распространение и являются причиной развития многих соматических заболеваний (Карвасарский Б.Д., 1990; Корнетов Н.А., 1993; Beutel M. et al., 1993; Neuhaus W. et al., 1993). Авторы указывают на нарушение функции центральной нервной системы, эмоциональное напряжение женщины в связи с неоднократным прерыванием желанной беременности, страхом перед новым выкидышем, неустойчивостью семейных отношений (Абрамченко В.В., 1997; Сидельникова В.М., 1999; Bergant A. et al., 1998). Однако, признавая важную роль психотерапевтической поддержки во время беременности, большинство исследователей и практических врачей ориентируется на медикаментозное лечение.

Следует отметить, что современная медицина в России – прежде всего клиническая. Вместе с тем крайне мало научных работ, выполненных в амбулаторных условиях. Психология здоровья, концепция которой в медицине в последние годы получает особое развитие, обращает внимание на способность организма к саморегуляции. Этим, в частности, обуславливается необходимость применения в женской консультации новых методов телесно-ориентированной психотерапии. Психотерапия в амбулаторных условиях позволяет раскрыть адаптационные резервы больных, использовать их для оздоровления и предупреждения осложнений беременности.

Цель настоящего исследования - разработка и научное обоснование использования методов телесно-ориентированной психотерапии в комплексном лечении при невынашивании беременности для коррекции и самокоррекции психоэмоционального состояния беременных женщин, улучшения качества течения беременности, снижения угрозы и частоты преждевременных родов.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности течения беременности при угрозе невынашивания и влияние соматических (в том числе анемии), психоэмоциональных, социальных и семейных факторов на состояние плода и исход родов.
2. Разработать методику структурированной беседы для диагностики невротического и психосоматического статуса женщин при угрозе невынашивания беременности и методики телесно-ориентированной психотерапии по А. Лоуэну для использования в амбулаторных и домашних условиях.
3. Определить роль перенапряжения брюшного пресса, его влияние на качество течения беременности и ее исходы.
4. С помощью методов кардиоинтервалографии исследовать влияние телесно-ориентированной психотерапии на адаптационные возможности, активность симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы.

5. Исследовать эффективность методов телесно-ориентированной психотерапии в отношении коррекции психоэмоционального состояния беременных, устранения у них симптомов угрозы невынашивания, пролонгирования беременности, улучшения состояния фето-плацентарного комплекса и снижения частоты преждевременных родов.

Научная новизна. Впервые для лечения женщин с угрозой невынашивания беременности разработаны новые подходы, основанные на использовании телесно-ориентированной психотерапии, и доказана высокая эффективность их в устранении симптомов угрозы невынашивания, абдоминального болевого синдрома и пролонгировании беременности. Обоснованы преимущества применения краткосрочной телесно-ориентированной терапии для улучшения психоэмоционального состояния беременных, а также возможность регуляции методами релаксации размеров матки, массы и длины новорожденного. Показано, что при прочих одинаковых условиях нарушение психоэмоционального состояния является одним из определяющих факторов в течении и исходах беременности. Впервые установлено участие невротического напряжения мышц брюшного пресса в развитии раннего токсикоза, артериальной гипертензии, угрозы невынашивания беременности и плацентарной недостаточности. Доказана возможность использования методов телесно-ориентированной психотерапии в предупреждении раннего токсикоза, устранении артериальной гипертензии, угрозы невынашивания беременности, гипотрофии плода и новорожденного.

Практическая значимость. Полученные результаты расширяют представления об адаптационных возможностях организма, а также способах предупреждения и лечения невынашивания беременности.

Показана необходимость и целесообразность включения в комплексное лечение невынашивания беременности методов психотерапии, основанных на индивидуализированном изучении психоэмоционального состояния беременных и оказывающих существенное влияние на адаптацию женщины к социальной и семейной среде, что может стать важным фактором сохранения

здоровья, благодаря предупреждению и лечению осложнений беременности: раннего токсикоза, артериальной гипертензии, гипотрофии и гипоксии плода. Предлагаемые подходы позволяют уменьшить риск развития инфекционных осложнений, обусловленных, в частности, избыточным употреблением препаратов железа.

Использование разработанных методов способствует существенному улучшению качества течения беременности, исхода родов, жизнеспособности и здоровья новорожденных.

На защиту выносятся следующие положения:

1. Одним из значимых факторов риска невынашивания является психоэмоциональное состояние беременных женщин, характеризующееся высоким уровнем нервно-мышечного напряжения, неудовлетворенностью, тревожностью и напряжением в семейной жизни, которые коррелируют с массой тела в начале беременности, проявлениями раннего токсикоза и позднего гестоза. Социальные и семейные факторы вносят значительный вклад в проблему невынашивания беременности.

2. Анемия у беременных преимущественно является результатом физиологической гемодилюции и носит нормохромный характер. При отсутствии сидеропении и уровне гемоглобина, превышающем 110-105 г/л, коррекция железосодержащими препаратами нецелесообразна ввиду того, что высокий уровень железа в сыворотке, как и применение препаратов железа, может провоцировать обострение хронических урогенитальных инфекций, пиелонефрита и развитие позднего гестоза.

3. Хроническое напряжение брюшного пресса - один из неучитываемых ранее важных факторов угрозы невынашивания беременности, развития раннего токсикоза, артериальной гипертензии, рождения детей малой массы и длины.

4. Телесно-ориентированная психотерапия способствует снижению показателей нервно-психического напряжения, алекситимического индекса,

улучшает качество семейной жизни. Телесно-ориентированная терапия оптимизирует вегетативную реактивность и вегетативное обеспечение, улучшает течение беременности, снижает частоту таких осложнений, как ранний токсикоз, артериальная гипертензия, внутриутробная гипоксия и гипотрофия плода, невынашивание беременности, способствует рождению в срок детей нормальной длины и массы тела.

Внедрение в практику. Материалы диссертации вошли в методические рекомендации «Использование телесно-ориентированной психотерапии для профилактики невынашивания беременности» (Пермь, 2001), а также внедрены в учебный процесс Волгоградской и Пермской государственных медицинских академий и используются на практических занятиях, семинарах и лекциях для студентов, ординаторов, интернов и аспирантов. Результаты настоящей работы внедрены в практику гинекологических и акушерских отделений и женских консультаций городских клинических больниц г.г. Перми, Челябинска, Волгограда, Санкт - Петербурга, Иваново, Москвы.

Апробация работы и публикации. Результаты исследований доложены и обсуждены на I-й Конференции ассоциации детских врачей Пермской области, Пермь, 1996; Научных сессиях Пермской государственной медицинской академии, Пермь, 1997, 1998, 2000; I-й Международной конференции по проблемам здоровья семьи, Анталья, Турция, 1997; III-й Всероссийской конференции по детской и подростковой гинекологии, Новосибирск, 1998; II-й и III-й Всероссийских учебно-практических конференциях по психотерапии, Москва, 1997, 1998; Конференции по перинатальной психологии, Санкт-Петербург, 1998; Международной конференции по репродуктивному здоровью подростков, Санкт-Петербург, 1999; Всероссийской конференции фармакологов, Пермь, 2000; Конференции гематологов, Санкт-Петербург, 2000; IV-й Международной конференции по проблемам здоровья семьи, Тунис, 2000; VI-й Поволжской конференции акушеров-гинекологов, Волгоград, 2000; II-м Российском форуме «Мать и дитя», Москва, 2000; Международной конференции European Iron Club (Стокгольм, Швеция, 2000; Международной

конференции по перинатальной психологии и медицине, Иваново, 2001, Международной конференции по энергетике, окружающей среде и здоровью, Тунис, 2001; Международном конгрессе общества психонейроэндокринологов, Санкт–Петербург, 2001.

По теме диссертации опубликовано 29 печатных работ, в том числе монография, два авторских свидетельства на интеллектуальный продукт, заявление о выдаче патента Российской Федерации на изобретение.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 276 стр. машинописи и состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов, четырех глав экспериментальных исследований, обсуждения, заключения, выводов, практических рекомендаций. Прилагаемый список литературы включает 523 наименования, в том числе 393 отечественных и 130 иностранных авторов. Диссертация содержит 59 таблиц и 9 рисунков.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клиническая характеристика беременных женщин. В работу включены данные обследования и наблюдения в течение беременности и после родов 422 женщин с угрозой невынашивания и неосложненным течением беременности, средний возраст которых 26,2 года. Из них первобеременных – 152, повторнородящих – 135, повторнобеременных первородящих – 135. Социальный статус характеризовался высоким уровнем образования: высшее образование имели 35% обследованных, среднее и среднее специальное – 55,2%.

Расчет баллов риска невынашивания беременности производили согласно «Протокола реабилитации беременных женщин» из приложения №1 к информационному письму Министерства Здравоохранения Российской Федерации № 2510/6068-98-32 от 07.07.1998 г. В соответствии с протоколом факторы риска невынашивания беременности были подразделены на 6 основных групп.

Результаты анализа показали, что балльный вклад факторов при невынашивании беременности различен. Так, доминирующими явились инфекционные генитальные и экстрагенитальные заболевания во время беременности (27,3-33,1%) и осложнения беременности (ранний токсикоз, поздний гестоз, многоводие, иммуноконфликтная беременность – 30,5-36,1%). Экстрагенитальные заболевания (анемия, нейроэндокринный синдром, гипертоническая болезнь, синдром вегетативной дистонии и другие) составили 6,2-9,2%; осложненный акушерско-гинекологический анамнез – 14,5-15,5%; социальные и семейные факторы – от 6,1% до 12,3%. Общая сумма баллов для каждой пациентки могла составлять от 15 до 50; степень риска рассматривалась как низкая при сумме до 15 баллов, средняя – 16-30 баллов, высокая – 31 и выше.

Изучение анамнеза показало, что возраст наступления менархе составил $13,3 \pm 0,1$ года, начала половой жизни – $19,2 \pm 0,3$ года. Паритет: родов – $0,41 \pm 0,09$; аборт – $1,11 \pm 0,11$. Самопроизвольные выкидыши в анамнезе отмечены у 5,8-23,7% пациенток, преждевременные роды – 1,6-6,2%, привычное невынашивание – 1,6-5,1%, бесплодие – 4,5-10,4%, нарушение менструальной функции – 31,5-37,4% обследованных. Течение беременности у обследованных женщин осложнялось ранним токсикозом в 48%, поздним гестозом (количество баллов 5 и более) – 61%, многоводием – 10% случаев. Хроническая урогенитальная инфекция до и во время беременности выявлена у 85,3% беременных.

Все беременные состояли на учете у участкового акушера-гинеколога женской консультации, в течение беременности по показаниям госпитализировались в дневной стационар или профильные родовспомогательные учреждения (дородовое отделение) в критические сроки беременности, с угрозой выкидыша, преждевременных родов, поздним гестозом, хронической гипоксией плода и другими осложнениями. Пациентки получали фармакологическое лечение, включавшее спазмолитики, β -адреномиметики, ингибиторы простагландинов, физиопроцедуры. Первое обращение к психотерапевту (чаще по рекомендации участкового врача) приходилось в среднем на 20 не-

дель беременности. При этом невротические расстройства выявлены у 90% беременных, причем неврастенические составили 33,8%, обсессивно-фобические - 44,6%, истерические - 0,5%. Клинически они были представлены в виде одного или нескольких основных синдромов: болевого (53,8%), фобического (51,8%), ипохондрического (23,6%), астенического (3,1%). Кроме того, анализ семейного состояния выявил, что на момент обращения к психотерапевту не состояли в браке 50% женщин.

В зависимости от вида применяемой психотерапии беременные женщины были подразделены на несколько групп (табл. 1). Деление на группы не зависело от преобладания тех или иных причинных факторов невынашивания. Пациентки с хирургической коррекцией истмико-цервикальной недостаточности из исследования исключены.

Следует отметить, что в первых двух группах беременных женщин (основной и сравнительной) вклад социальных и семейных факторов невынашивания был достоверно ($P < 0,05$) более значительным по отношению к контрольной (4-й) группе, что при прочих равных факторах увеличивало степень риска невынашивания и обосновывало целесообразность включения методов психотерапии.

Клинические методы обследования. Сбор, оценку общесоматического и акушерско-гинекологического анамнеза производили с учетом особенностей труда и быта, питания и вредных привычек, наследственности, перенесенных заболеваний и операций, гигиенических навыков, сексуального опыта, возраста наступления беременности, количества аборт, осложнений после аборт, течения раннего и позднего послеродового периодов предыдущих беременностей, интервала между родами, гормонального лечения по поводу бесплодия, течения настоящей беременности и терапии, которую получали женщины. Наружное акушерское исследование включало определение высоты стояния дна матки, окружности живота, индекса «К» (частное от деления окружности живота на высоту стояния дна матки), положения и

Распределение беременных в группах наблюдения

Номер группы	Характеристика групп наблюдения	Средний возраст	Кол-во человек
1	Беременные с угрозой невынашивания, леченные методами поведенческой и телесно-ориентированной терапии (основная)	26,6±0,3	271
2	Беременные с угрозой невынашивания, леченные методами поведенческой терапии и гипнотического транса (сравнительная)	24,9±0,5	81
3	Беременные без угрозы невынашивания, леченные методами поведенческой и телесно-ориентированной терапии (сравнительная)	29,0±1,4	22
4	Беременные с угрозой невынашивания, получавшие исключительно фармакологическое лечение (контрольная)	25,4±0,8	48

позиции плода при поздних сроках беременности. Осуществляли взятие материала для определения степени чистоты влагалища и бактериологического анализа из уретры и цервикального канала. Обязательный лабораторный минимум включал общий анализ крови (гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, скорость оседания эритроцитов), биохимический анализ крови, анализ мочи (удельный вес, наличие белка, эритроцитов, лейкоцитов, клеток плоского эпителия, бактерий, дрожжевых грибов), пробу Нечипоренко и бактериологический анализ.

Исследование сывороточного железа (СЖ; мкмоль/л) и общей железосвязывающей способности сыворотки крови (ОЖСС, мкмоль/л) проводили параллельно с использованием стандартных наборов для определения железа “IRON” и “IRON TIBC” (“OLVIX DIAGNOSTICUM”, Россия).

Состояние естественной резистентности организма и качество адаптации оценивали по методике Л.Х. Гаркави и соавт. (1998), позволяющей по морфологическому составу белой крови определить тип адаптационной реакции организма.

Степень выраженности позднего гестоза определяли по шкале Гоека в модификации Г.М. Савельевой (1989). Индекс гестоза до 7 баллов оценивали как легкий, 8 – 11 – средней тяжести, 12 и более – тяжелый. Вычисление индекса массы тела (ИМТ) в начале беременности (Brey G., 1978) производили по формуле: $\text{ИМТ} = \text{масса тела, кг} / (\text{длина тела, м})^2$.

Состояние плода оценивали с помощью кардиотокографического («Oxford», Англия), ультразвукового («Siemens», Германия) и доплерографического («GE Medical System LOGIQ™ 400 MD», Japan) оборудования по соответствующим критериям (Стрижаков А.Н. и др., 1990; Кулаков В.И. и др., 1998; Медведев М.В. и др., 1999). Параметры плода оценивали при ультразвуковом исследовании на протяжении беременности в I - (8-12 нед); II – (20-28 нед) и III (32-36 нед) триместрах. О гипотрофии плода судили по несоответствию одного или всех фетометрических показателей сроку беременности.

На наличие угрозы прерывания беременности в I и II триместре указывало сегментарное утолщение миометрия, диаметр внутреннего маточного зева и длина цервикального канала.

Поскольку хроническая угроза прерывания беременности является одной из причин плацентарной недостаточности (и наоборот, Т.Ю. Пестрикова, 1998), актуальной задачей было выявление частоты ее в группах обследованных. Критериями оценки были расположение, степень зрелости и толщина плаценты, наличие патологических включений.

Кардиотокография проводилась в сроках 32-36 нед беременности; применяли балльную оценку сердечной деятельности плода по Фишеру. Кроме того, тензометрическим датчиком, располагаемом в области дна матки, оценивали дополнительно ее базальный тонус (за норму принимали тонус до 20%).

Все перечисленные методы позволили определить частоту плацентарной недостаточности, синдрома задержки развития плода и угрозы невынашивания.

Изучение вегетативной нервной системы у беременных с угрозой невынашивания в I-II триместрах по методу Р.М. Баевского и соавт. (1984) включало кардиоинтервалографию и интегральную оценку волновой структуры синусового ритма при использовании компьютерной диагностической системы «Валента» (НПП «НЕО», С.-Петербург). Кардиоинтервалы в процессе выполнения функциональных проб записывались в два этапа по 150-160 каждый. Были выбраны две пробы – клиностагическая (КСП) и ортостагическая (ОСП). Исследование начиналось в положении лежа (первый эпизод), далее следовала собственно функциональная проба (второй эпизод). Оценку вегетативного тонуса, реактивности и обеспечения физической деятельности проводили на основании расчета частоты сердечных сокращений (ЧСС), математического ожидания (М), среднеквадратичного отклонения (СКО), моды (Мо), амплитуды моды (Амо), вариационного размаха (ВР), индекса вегетативного равновесия (ИВР), вегетативного показателя ритма (ВПР), индекса напряжения (ИН). Исследование волновой структуры синусового ритма включало определение медленных волн I типа (МВ1, длинных, вазомоторных), медленных волн II типа (МВ2, средних, отражающих симпатическую активность) и быстрых (БВ, коротких, характеризующих вагусное влияние).

Методы психологического обследования. В начале и конце курса психотерапии пациентки подвергались психологическому тестированию стандартными методами, а также опросу по схеме собственной разработки. Оценку личностной (ЛТ) и реактивной (РТ) тревожности производили при помощи шкалы самооценки Ч. Спилбергера, адаптированной Ю.Л. Ханиным (1978). Выделяли три степени выраженности ЛТ и РТ: низкую (менее 30 баллов), умеренную (31-45 балла) и высокую (46 и более баллов). Для оценки нервно-психического напряжения (НПН) использовали тест в разработке Т.Ю. Немчина (1983). Соответственно набранному числу баллов I (слабая) степень выраженности НПН составляла 30-50 баллов, II (умеренная) степень – 51-70 баллов, III степень (высокая) – 71-90 баллов.

Для выявления способности или затруднений в вербализации эмоциональных состояний использовалась Торонтская алекситимическая шкала. Обработку результатов теста «Типового семейного состояния» (ТСС) производили по трем шкалам: общей неудовлетворенности, нервно-психического напряжения и семейной тревожности.

Методика структурированной беседы разработана автором на основании теоретических и практических положений телесно-ориентированной психотерапии А. Лоуэна (1984, 1996, 1997, 1999). При этом использовалась стандартная схема опроса. Исследовалось наличие следующих симптомов в указанной последовательности: (1) головные боли; (2) боли внизу живота; (3) боли в пояснице; (4) нарушения сна; (5) тревога, страхи; (6) дискинезия толстой кишки (запор); (7) тошнота, рвота; (8) колебания артериального давления; (9) болезненные месячные в прошлом; (10) половой оргазм. У женщин, подверженных чрезмерному нервно-психическому напряжению, невротическим расстройствам, плод находится в жестком, многослойном «панцире», состоящем из сознательно укрепленного мышечного каркаса живота; бессознательно укрепленного мышечного каркаса как следствия невротических нарушений, сформировавшихся до беременности; дополнительно напряженных мышц вследствие страха беременности; напряженного брюшного пресса при появлении болей и признаков угрозы невынашивания беременности.

На основании структурированной беседы, включавшей опрос, наблюдение и самонаблюдение, все беременные были подразделены на 2 подгруппы:

1-я – женщины, **напрягающие** мышцы брюшного пресса при отсутствии физической нагрузки до и во время беременности (положительный тест абдоминальной мышечной компрессии – положительный ТАМК);

2-я – женщины, **не напрягающие** мышцы брюшного пресса при отсутствии физической нагрузки до или во время беременности (отрицательный тест абдоминальной мышечной компрессии – отрицательный ТАМК).

Концентрация внимания на тоне мышц и прежде всего брюшного пресса позволяла быстро вовлечь беременных в терапевтический процесс, которые обучались расслаблению пресса посредством его многократного «отдавливания» кнаружи на вдохе с последующим запоминанием состояния расслабления. Подобную процедуру предлагалось проделывать многократно в течение дня в любых подходящих бытовых или критических жизненных условиях. В конце первого занятия беременным демонстрировали для повседневного применения специальную стойку А. Лоуэна, которая позволяет эффективно расслабить все тело.

Психотерапевтические методы. В работе использовали комплекс психотерапевтических методов, ведущее место среди которых занимала телесно-ориентированная психотерапия А. Лоуэна, модифицированная нами для применения у беременных женщин в амбулаторных и домашних условиях. На втором и последующих обучающих занятиях с недельным интервалом женщинам предлагались специальные упражнения, разработанные для беременных женщин (Тобиас М., Стюарт М., 1994). Задача состояла в том, чтобы адаптировать их для применения у беременных с угрозой невынашивания.

Телесно-ориентированная терапия, будучи психоаналитической, может сочетаться с поведенческой психотерапией, которая имеет и ряд особенностей. Цель ее - главным образом, формирование и укрепление способности к действиям, приобретение техник, позволяющих улучшить самоконтроль. Эриксоновский гипноз применялся в сравнительной группе беременных как самостоятельный вид психотерапии.

Статистические методы. Обработку полученных данных производили с помощью пакета программ DIASTA (версия пакета STADIA МГУ, Россия) для ПК IBM, который включал в себя параметрический критерий Стьюдента, непараметрические тесты Вилкоксона суммы рангов, Вилкоксона знаковый, Колмогорова-Смирнова и Манна-Уитни. Использовали также критерий Стьюдента для оценки разности между долями (Лакин Г.Ф., 1990). Для изучения влияния признаков вычисляли коэффициент парной корреля-

ции (r) Пирсона (Афифи А., Эйзен С., 1982) с помощью программ Excel и Statistica (Windows).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты собственных психологических исследований. Исследование психоэмоционального состояния беременных с угрозой невынашивания показало, что оно характеризуется серьезными нарушениями. Так, в тесте Спилбергера-Ханина до начала лечения отмечали высокие уровни (более 45 баллов) реактивной и личностной тревожности – соответственно в 58% и 90%. В тесте нервно-психического напряжения Немчина умеренную и высокую степени выраженности симптомов имели 74% женщин.

Проведенная психотерапия снизила эти показатели: у 94% обследованных определялась слабая выраженность нервно-психического напряжения. Это особенно заметно для теста НПН, где различия были статистически высоко достоверны. Во 2-й (сравнительной) группе пациенток также отмечали достоверные изменения в тесте НПН по критерию Стьюдента ($p < 0,05$).

Исследование алекситимического индекса показало, что лишь 24% пациенток из 1-й группы и 16% из 2-й могли быть отнесены к алекситимическому типу личности (74 и более баллов). Среднее количество баллов до начала лечения составило соответственно $63,5 \pm 1,6$ и $64,5 \pm 1,5$. Однако, исходя из изменения этого показателя, результаты лечения были гораздо лучше в 1-й группе, где важнейшей целью психотерапии женщин являлось обучение адекватному выражению своих чувств. Обнаружена выраженная корреляция при сравнении результатов исследования алекситимии, РТ и ЛГ в тесте Спилбергера-Ханина: прямая с РТ ($r = + 0,995$) и обратная с ЛГ ($r = - 0,998$).

Исследование показателей типового семейного состояния выявило, что терапия оказала существенное влияние на семейные отношения беременных. Сравнение показателей ТСС по шкалам неудовлетворенности, тревожности, напряжения с вкладом социальных и семейных факторов в риск угрозы невынашивания выявило положительную связь ($r = 0,491; 0,564; 0,617$, соответственно). Выраженность нервно-психического напряжения в тесте

Немчина также коррелировала с показателями всех шкал ТСС ($r = 0,351; 0,471; 0,651$), что указывало на сопоставимость результатов применяемых тестов.

Результаты экспериментального изучения вегетативной нервной системы с помощью кардиоинтервалографии показали, что у беременных с угрозой невынашивания в покое (КСП) вегетативная нервная система находится в состоянии равновесия симпатического и парасимпатического звеньев (ВР, Амо) с тенденцией к умеренной симпатикотонии (ИН).

Выполнение расслабляющего упражнения оказывало существенное положительное влияние на вегетативное обеспечение в ходе выполнения ОСП. Так, если в 1-х эпизодах КСП и ОСП (в положении лежа) отсутствовала статистическая разница между частотой сердечных сокращений, то после упражнения значения ЧСС существенно снижались ($p < 0,05$) и математическое ожидание соответствовало нормокардии. Исходное состояние (1-й эпизод ОСП) характеризовалось вегетативным равновесием (судя по Амо, ИВР) с тенденцией к умеренной симпатикотонии (ИН). Выполнение собственно ОСП до упражнения показало истощение адаптационных резервов, так как ИН, ВР, Амо оставались в границах вегетативного равновесия. Лишь спектральный волновой анализ выявил достоверное увеличение медленных волн II типа. С другой стороны, выполнение расслабляющего упражнения оказало серьезное влияние на изменение вегетативного баланса. Так, в 1-м эпизоде ОСП отмечалось достоверное усиление вагальных влияний (по Мо, Амо), во втором также возрастали показатели ВР. Таким образом, отмечали возрастание активности автономного контура регуляции.

Сравнение вторых эпизодов ОСП до и после упражнения также показало усиление парасимпатического звена (по Мо, Амо, ВПР, ИВР, ИН). То есть мышечный тонус после упражнения становился ниже, чем в стандартном положении лежа в состоянии покоя. Последнее характеризовалось бесспорным преобладанием быстрых волн (парасимпатическая активность), тем не менее их мощность (табл.2) после упражнения еще больше возрастала в

1-м эпизоде ОСП. Вторым эпизодом ОСП выявил значительное преобладание вазомоторных волн у всех беременных. Сравнение выбранных методов

Таблица 2

Показатели волновой структуры синусового ритма у беременных с невынашиванием до и после упражнений ТОТ (M±m)

Показатели	Эпизод № п/п	Клиностатическая проба N=10	Ортостатическая проба до упражнения №1 N=10	Ортостатическая проба после упражнения №1 N=10
MB1	1	479.0±114.0	236.0±103.0*	550.0±92.6
	2		660.0±241.0	1060.0±255.0
MB2	1	211.0±63.5	143.0±43.5**	203.0±65.2
	2		321.0±87.1	328.0±78.7
БВ	1	748.0±356.0	482.0±150.0	1030.0±307.0
	2		416.0±93.6	446.0±85.1

Примечания:

* $P < 0,05$ - статистически достоверные различия при сравнении величин соответствующих эпизодов ОСП до и после упражнения.

** $P < 0,05$ - статистически достоверные различия при сравнении величин 1 и 2 эпизодов одной пробы.

кардиоинтервалографии в процессе проведения расслабляющих упражнений показало несомненное преимущество анализа на основе волновой структуры синусового ритма.

Таким образом, упражнения, включенные в комплекс ТОТ, после их завершения способствовали усилению парасимпатических и вазомоторных влияний у беременных женщин с угрозой невынашивания. С этими изменениями, вероятно, и связано положительное действие телесно-ориентированной психотерапии на течение беременности и исход родов.

Результаты собственных клинических исследований. Разделение обратившихся за психотерапевтической помощью беременных женщин на подгруппы с положительным и отрицательным тестом абдоминальной мышечной компрессии (ТАМК+ и ТАМК-) дало возможность получения

шечной компрессии (ТАМК+ и ТАМК-) дало возможность получения новых научных данных и оказало продуктивное влияние на оценку результатов лечения. Из всей когорты обратившихся за помощью 71% беременных отметили постоянное напряжение брюшного пресса до и во время беременности. Это наблюдали одинаково часто как среди леченых методами ТОТ, так и в сравнительной группе.

Анализ анамнестических данных выявил, что различные виды гинекологической и экстрагенитальной патологии связаны с укоренившейся привычкой напряжения мышц живота. Альгодисменорея и аноргазмия в процентном отношении встречались в три раза реже у женщин с ТАМК(-). Аппендэктомия была более характерна для пациенток с ТАМК(+). Среди беременных с ТАМК(-) реже отмечались спонтанные выкидыши и внутриутробная гибель плода. Обработка данных с помощью критерия Стьюдента для долей выявила статистически значимые различия.

Индекс массы тела в начале беременности находился в прямой корреляционной связи с темпом увеличения высоты дна матки (ВДМ) во все сроки беременности (для 20 нед беременности $r = 0.538$), значимо коррелировал с основными показателями ультразвуковой фетометрии в 36 нед: длиной бедра ($r=0,991$), средним диаметром живота ($r=0,569$). Чем ниже был ИМТ, тем вероятней было рождение плода с низкой массой. Оценка ВДМ в зависимости от ИМТ способствовала также более точному определению срока беременности. Выявлены определенные закономерности (табл. 3): тенденция к достоверному возрастанию ВДМ в III триместре беременности у женщин, не напрягавших мышцы брюшного пресса, что, в свою очередь, свидетельствовало о больших размерах плода. Коэффициент «К» находился в обратной корреляционной зависимости с ВДМ в сроках беременности 20-28 нед. Эта корреляция ослабевала к 32-недельному сроку. На графиках кривые значений коэффициента «К» и высоты стояния дна матки (рис. 1) пересекались в сроках между 30 и 32 нед. У беременных, леченных методами телесно-

ориентированной психотерапии и транс, рост матки происходил с опережением в 1-2 нед по сравнению с контрольной 4-й группой.

Таблица 3

**Высота стояния дна матки у обследованных женщин
в интервале от 20 до 38 недель беременности ($M \pm m$)**

Сроки беремен- ности	Высота дна матки (см)				
	1-я группа (ТОТ)		2-я группа (Транс)		4-я группа
	Положитель- ный ТАМК	Отрицатель- ный ТАМК	Положитель- ный ТАМК	Отрицатель- ный ТАМК	
20 нед n	21,2 \pm 0,3 (63)	21,2 \pm 0,3 (32)	20,6 \pm 0,3 (37)	20,7 \pm 0,4 (13)	20,5 \pm 0,3 (28)
28 нед n	28,3 \pm 0,2 (80)	28,2 \pm 0,3 (32)	27,8 \pm 0,2 (48)	28,1 \pm 0,4 (16)	27,3 \pm 0,2 (41)
32 нед n	32,1 \pm 0,3 (82)	32,3 \pm 0,2 (35)	31,7 \pm 0,3 (48)	31,6 \pm 0,4 (15)	31,5 \pm 0,2 (40)
36 нед n	35,3 \pm 0,3 (84)	35,7 \pm 0,2 (33)	34,7 \pm 0,4 (42)	34,9 \pm 0,4 (14)	34,3 \pm 0,3 (32)
38 нед n	36,1 \pm 0,3 (66)	36,9 \pm 0,4 (27)	36,3 \pm 0,4 (31)	36,7 \pm 0,7 (9)	36,4 \pm 0,5 (28)

Примечание: Во все учитываемые сроки (кроме 38 нед) беременности различия между 1-й и 4-й группами по критерию Стьюдента достоверны ($P < 0,05$).

Проведенный анализ обусловил необходимость изучения и сравнения массы и длины новорожденных. Дети массой менее 3000 г и длиной менее 50 см от матерей с положительным ТАМК появляются на свет соответственно в 4 и 3 раза чаще, чем у женщин, не напрягавших в покое брюшной пресс ($p < 0,05$). Начальные признаки угрозы невынашивания преимущественно проявлялись в I триместре: в 1-й группе (ТОТ) наблюдения их доля составила 47%, во 2-й (транс) – 43%. Во II триместре симптомы невынашивания встречались реже – соответственно 39% и 36%. Причем среди леченных методами

ТОТ признаки НБ на протяжении всей беременности отмечали реже, чем в сравнительной группе женщин, леченных гипнотическим трансом (соответственно 4% и 12%, табл. 4).

У женщин с ТАМК(-) только в 4,5% случаев были признаки угрозы преждевременных родов в III триместре беременности ($t=2,14$; $p<0,05$). У них всего в 2,2%, по данным фетометрии, наблюдалась асимметричная гипотрофия плода ($t=2,58$; $p<0,05$). У женщин с ТАМК (+) гипотрофия плода выявлялась значительно чаще – в 12,5%, а в группе контроля – в 19,5% ($p<0,05$). Это подтверждалось различиями массы тела и достоверной разницей частоты гипотрофии между новорожденными у женщин с ТАМК(+) и ТАМК(-). Прогностически неблагоприятным признаком возникновения синдрома задержки развития плода (СЗРП) является установленная высоко значимая обратная линейная корреляция ($r = - 0,958$) между коэффициентом «К» в 20 нед беременности и средним диаметром живота у плода в сроке 28 нед в контрольной группе. Зависимость между этими показателями в подгруппе ТАМК(+) составила +0,431 и отсутствовала ($r = - 0,123$) в подгруппе ТАМК(-). Частота СЗРП и преждевременного созревания плаценты в группах ТОТ с ТАМК(+) и контроля не отличались ($p>0,05$). Нарушение маточно-плацентарного кровотока в сроках 31-32 нед фиксировалось у беременных, не применявших методы ТОТ, в 3 раза чаще (19,5%), чем в основной группе (5,3%). Прямая корреляционная зависимость ($r=0,496$) выявлялась между степенью зрелости (структуризации) плаценты и сроком беременности, однако преждевременное старение плаценты отмечено у 24% подгруппы ТАМК(+). Увеличение толщины плаценты, опережающее срок гестации, рассматривалось как неблагоприятный признак, выявляющий компенсаторно-адаптационные изменения при плацентарной недостаточности (Радзинский В.Е., Смалько П.Я., 2001). Этот показатель находился в прямой связи ($r = 0,997$) со средним диаметром живота плода соответствующего срока у женщин с ТАМК(+). У женщин с отрицательным ТАМК признаки плацентарной недостаточности наблюдались в 4 раза реже ($p<0,05$).

По данным КТГ в контрольной группе признаки внутриутробной гипоксии фиксировались в 56,1%, у беременных основной группы хроническая внутриутробная гипоксия отмечена всего в 15,9% наблюдений ($t = 3,88$; $P < 0,001$). Оценка состояния плода в баллах по W. Fisher (1976) в сроках 32 и 36 нед была достоверно выше у женщин с ТАМК- ($8,00 \pm 0,13$ и $7,91 \pm 0,15$), по сравнению с беременными с ТАМК+ (соответственно $7,05 \pm 0,10$ и $6,93 \pm 0,15$ бал; $t = 4,86$; $< 0,0001$).

Таким образом, невротическое напряжение мышц брюшного пресса, характерное для преобладающего числа обследованных пациенток, является важнейшим, ранее не учитываемым фактором, способствующим возникновению альгодисменореи, аноргазмии, спонтанных аборт. С другой стороны, женщины, не напрягавшие пресс до или во время беременности (ТАМК-), статистически достоверно реже отмечали невротические симптомы (головные боли, тревогу, страхи), реже подвергались аппендэктомии. У женщин с ТАМК(+) выявлялись меньшие размеры матки в соответствующие сроки беременности, а также значительно чаще рождались дети малой массы и длины. Вместе с тем наличие в анамнезе подобных клинических показателей может быть прогностическим фактором развития угрозы невынашивания при последующих беременностях, рождения детей малой массы и длины.

Корреляционная зависимость с прогностически неблагоприятными признаками имела большую достоверность у пациенток с ТАМК(+). Под влиянием терапии сила этих корреляций уменьшалась к концу беременности. Логично заключить, что женщины с ТАМК (-) имеют больше возможности для благоприятного развития плода. ТОТ, направленная на снижение эмоционально-психического напряжения, способствовала гармонизации гомеостатических связей, улучшила качество течения беременности и оказала существенное влияние на исходы беременности. Так, преждевременные роды в 1-й основной группе наблюдались в 3,8%, в контроле – в 12,5% случаев; чаще отмечено (25% против 9,5%) рождение детей с массой более 3500 г; при оценке по непараметрическим критериям средняя масса новорожденных

(3450,0±87,0) г была достоверно больше ($p<0,0001$), чем в контроле (3340,0±67,4 г).

Анализ течения родов у 400 родильниц подтверждает, что беременные с невынашиванием относятся к группе высокого риска, и в большинстве случаев у них наблюдаются патологические роды. Одним из основных осложнений явились различные нарушения сократительной деятельности матки, как первичная и вторичная слабость родовой деятельности, так ее дискоординация и дистоция шейки матки. Несмотря на значительную частоту, слабость и дискоординация родовой деятельности в основной группе отмечались достоверно реже ($t=2,87$; $p<0,01$), чем в контрольной, также в 2 раза реже – поздний гестоз в родах ($t=2,05$; $p<0,05$). Существенно, что у женщин, не напрягающих живот, частота обвития пуповиной шеи ребенка встречалась в 3 раза реже ($t=2,06$; $p<0,05$).

Таким образом, телесно-ориентированная психотерапия во время беременности у женщин с угрозой невынашивания улучшила качество беременности, оказала положительное влияние на развитие плода, что выражалось в уменьшении частоты гипотрофии, хронической внутриутробной гипоксии, увеличении массы новорожденного, а в родах – уменьшении частоты гестоза, аномалий сократительной деятельности матки, индуцированных родов и родоусиления с применением стимулирующих средств, в 3 раза снизилась по сравнению с контрольной группой женщин частота преждевременных родов.

Представляется важным рассмотрение отдельных случаев преждевременного прерывания беременности (22 случая): 14 преждевременных родов и 8 самопроизвольных выкидышей (4 – в I триместре, 4 - во II триместре у женщин 1-й и 2-й групп). Выявлена зависимость преждевременного прерывания беременности от социальных и семейных факторов (безработица, отсутствие материального достатка, непланируемая беременность, в том числе вне брака); все женщины обнаруживали при тестировании высокие значения тревожности и напряжения, а часть из них - высокий алекситимический индекс и выраженные страхи. Ранний токсикоз не был фактором невынашивания беременности ($r= 0,203$; $p>0,05$). В прямой зависимости от социальных и

семейных факторов находились выявленные по УЗИ признаки плацентарной недостаточности: степень зрелости плаценты в 20-28 нед ($r = 0,314$), толщина плаценты в 28 нед ($r = 0,314$) и тонус миометрия в 28 нед ($r = 0,385$). Наличие страхов коррелировало с плацентарной недостаточностью ($r = 0,332$), повышенным тонусом миометрия в сроке беременности 28 нед ($r = 0,548$). Обратная корреляция страхов выявлена со значениями ВДМ почти во все сроки беременности ($r = - 0,400$; $- 0,361$; $- 0,995$). Таким образом, наличие тревожности и страхов явилось неблагоприятным прогностическим признаком возможного развития плацентарной недостаточности и гипотрофии плода.

Поздний гестоз также был одним из ведущих факторов преждевременного прерывания беременности; количество баллов гестоза обратно коррелировало с низким ИМТ ($r = - 0,315$), что было весомым прогностическим фактором исхода беременности у женщин с низкой массой тела. Естественно, степень тяжести гестоза влияла на развитие плода: средний диаметр живота в 28 и 36 нед был в обратной зависимости с баллами гестоза ($r = - 0,420$; $- 0,310$); оценка состояния плода по Фишеру и тонус миометрия в 28 нед ($r = 0,701$ и $0,592$ соответственно) также коррелировали с баллами гестоза.

Изучение влияния анемии и железосодержащих препаратов на течение и исход беременности стало необходимостью ввиду того, что анемию нередко рассматривают как один из факторов фето-плацентарной недостаточности и недонашивания. Авторами показано (Савельева Г.М. и др., 1991; Анастасьева В.Г., 1997), что при анемии угроза самопроизвольного выкидыша наблюдается в 28,9%, преждевременные роды – в 8,9%, плацентарная недостаточность – в 32,2%, СЗРП – в 5,7% случаев. С другой стороны, в научной иностранной литературе имеются сообщения о том, что высокий уровень гемоглобина (Hb) при беременности - это сигнал опасности как для женщины (в связи с активацией инфекционного процесса), так и для ребенка вследствие повышения риска преждевременных родов и гипотрофии (Энкин М. и др., 1999).

Ведение беременных сегодня практически не обходится без назначения препаратов железа. Большинство беременных принимали препараты железа по назначению участкового врача не с целью лечения, а для профилактики железодефицитной анемии на протяжении 2-10 нед с момента, когда, в основном, показатели гемоглобина приближались к цифре 110 г/л. Согласно

используемым нами критериям ВОЗ, анемия ($Hb < 100$ г/л) наблюдалась только у 24% обследованных беременных. Гематологические показатели достоверно возрастали к концу беременности (у 70% пациенток); у большинства уровень сывороточного железа (СЖ) на протяжении беременности оставался в пределах нормы, составляя в среднем $14,15 \pm 1,31$ мкмоль/л. Однако у 25% женщин он значительно возрастал (до 25 мкмоль/л и более). В связи с началом приема железа отмечали активацию хронической урогенитальной инфекции, которая является фактором угрозы прерывания беременности; у 60% женщин выявлялась бактериурия и у 15% – патологическая проба Нечипоренко. При этом в контрольной (4-й группе) также на фоне приема препаратов железа латентное течение пиелонефрита отмечалось в 3 раза чаще ($p < 0,05$).

Проведен дополнительный анализ течения беременности и динамики гематологических показателей на протяжении I, II и III триместров у 32 женщин с анемией ($Hb < 100$ г/л). Эта выборка представлена в связи с возникновением у них во время беременности (II-III триместр) гестационного пиелонефрита. Низкие показатели гемоглобина выявляли с I триместра у 5 из них (15,6%), со II триместра – у 12 (37,5%), в III триместре – у 15 (46,9%). Все беременные получали препараты железа с момента снижения показателей Hb до 110-100 г/л, практически с 14-16 нед беременности иногда до родов. Однако это не привело к возрастанию уровня Hb и эритроцитов. Уровень СЖ со II триместра ($12,2 \pm 1,2$ мкмоль/л) имел недостоверные колебания на протяжении беременности. Признаки пиелонефрита: возрастание лейкоцитурии до 4000 - 20000 и более в пробе Нечипоренко, бактериурия (в посевах мочи – *E. coli*, *St. epidermidis*, *St. lactici*, *Enterococcus*, *Corynebacter genitalis* и их ассоциации) выявлялись в сроках 14-34 нед. Прогностически неблагоприятным фактором оказался высокий ($> 16,0 \pm 2,0$ мкмоль/л) уровень СЖ; между этим показателем в I триместре и обострением воспалительного процесса в почках выявлена прямая корреляционная зависимость ($r = 0,551$).

Отмечено, что пациентки, не получавшие железо, значительно реже имели патологическую прибавку массы тела. Значимым фактором, прогнозирующим риск позднего гестоза, явилось возрастание концентрации СЖ выше $11,01 \pm 1,24$ мкмоль/л. Как правило, у беременных с гестозом на фоне анемии

или ее отсутствия содержание СЖ было достоверно более высоким ($17,60 \pm 2,15$ и $20,35 \pm 4,08$ мкмоль/л). Установлена линейная прямая корреляция ($r=0,310$) между концентрацией сывороточного железа и степенью выраженности гестоза в баллах.

Показатель перинатальной смертности в группах существенно отличался ($3,7\%$ – в 1-й и $62,5\%$ – в 4-й). Если среди женщин, посещавших психотерапевта, погиб только один ребенок на 7 сутки от сепсиса после преждевременных в 31 неделю родов (безводный промежуток 45 часов), то в 4-й группе (фармакотерапия) погибли трое детей, причем все – после срочных родов. Доминирующая причина смертности – внутриутробное инфицирование плода, а также пороки развития, не совместимые с жизнью (в одном случае). Среднее содержание гемоглобина у родильниц основной группы составило $113 \pm 1,6$, а у женщин, дети которых погибли в ближайшие дни после родов, – $125 \pm 7,0$ г/л ($t=7$; $U=12$; $p<0,001$). Заслуживает внимания и гематологические показатели у родильниц. Оказалось, что концентрации гемоглобина в конце беременности не отличались от таковых у родильниц через три-четыре дня после родов, несмотря на кровопотерю в объеме 100-200 мл (из анализа исключены женщины, родоразрешенные кесаревым сечением). Очевидно, что гемодилюция служит и целям избегания излишней потери железа в родах.

Результаты анализа указывают на связь перинатальной смертности с повышенной концентрацией гемоглобина у родильниц. Представляется обоснованным мнение, что снижение содержания гемоглобина у беременных является подлинным биологическим преимуществом, так как повышенное потребление кислорода на фоне избыточного приема препаратов железа может не только усиливать обмен веществ в организме беременной, но и поддерживать рост кислородзависимой микрофлоры. Вместе с тем в наших исследованиях анемия не была фактором угрозы невынашивания и нарушений сердечной деятельности плода. У женщин с анемией I-II степени, наблюдавшихся у психотерапевта, преждевременные роды отмечены в $2,5\%$ случаев; отсутствовала гипотрофия новорожденных.

Изучение гомеостазиологических показателей во время беременности на основе анализа типа адаптационных реакций по лейкоцитарной формуле (Гаркави Л.Х. и др., 1998) показало, что в I триместре острый стресс обнаруживался только у 5% обследованных (снижение содержания лимфоцитов ниже 20%). В большинстве случаев в I триместре беременности выявлена реакция активации: спокойной (РСА) или повышенной (РПА). В 1-й группе женщин в 64,3% при ТАМК(-) и 57,8% при ТАМК(+); во 2-й группе – в 81,7% у ТАМК(-) и у 70,6% у ТАМК(+).

Во II триместре беременности отмечено увеличение доли реакции тренировки, при которой имеется равновесие процессов синтеза и распада; она встречалась чаще у женщин с ТАМК(-) обеих групп (47,6-54,9%), что обеспечивало спокойное течение беременности, свидетельствовало о более совершенной системе адаптации у этих беременных и является подтверждением результатов, полученных при использовании методов клинического анализа. К концу III триместра достоверно возрастало число адаптационных реакций острого стресса во всех группах беременных с 1,7% до 25,5% в основной (1-й) и с 5,5% до 30,3% в сравнительной (3-й) группе.

Анализ течения беременности у женщин, прошедших курс психотерапии, показал, что ее исход в основной (1-й) и сравнительной (2-й) группах был практически одинаков (табл. 5).

Относительно низкое количество преждевременных родов (3,8% и 3,7%) говорит об эффективности выбранных методов психотерапии, которые были преимущественно направлены на женщин с угрозой невынашивания беременности (всего 352 человека). Лишь 22 беременные, из числа прошедших курс ТОТ и не имевших признаков угрозы невынашивания, составили отдельную группу наблюдения (3-я). У всех этих женщин беременность завершилась рождением в срок живых детей. Вместе с тем положительный исход у беременных 3-й группы есть результат не только удачного стечения обстоятельств или больших резервов здоровья, но и проведенной психотерапии, целью которой и было предупреждение угрозы невынашивания. В 4-й (контрольной) группе женщин (не лечившихся у психотерапевта) отмечали 12,5% преждевременных родов, 4,2% спонтанных выкидышей и 1 аборт по медицинским показаниям. Несмотря на хорошие цифровые показатели у беремен-

ных 2-й группы в отношении исхода родов, лечение трансом уступает по эффективности методам ТОТ и позволяет считать его дополнительным к другим видам терапии.

Т а б л и ц а 5

Исход беременности у обследованных женщин

Показатели	Группа 1-я (основная) ТОТ	Группа 2-я (сравнительная) Транс	Группа 3-я (сравнительная) ТОТ	Группа 4-я (контрольная)
Общее количество беременных	271	81	22	48
Преждевременные роды	11 (3,8%)	3 (3,7%)	0 (0%)	6 (12,5%)
Спонтанные аборты	5 (1,7%)	3 (3,7%)	0 (0%)	2 (4,2%)

Среди женщин с угрозой невынашивания беременности в сроках от 11 до 37 недель 46 беременных имели артериальную гипертензию. Их возраст находился в интервале от 19 до 41 года (28 из них первобеременные, остальные - повторнородящие).

Опрос на первом занятии у психотерапевта также был направлен на выявление мышечных зажимов и, главным образом, постоянного или частого напряжения (втягивания) живота. Результаты проводимой структурированной беседы практически всегда были эффективны: уже в конце визита пациентки демонстрировали более низкие показатели артериального давления, чем у терапевта или участкового врача акушера-гинеколога. Занятия расслабляющей гимнастикой способствовали закреплению этих положительных изменений. Однако при артериальной гипертензии в сочетании с невынашиванием частота преждевременных родов составила 10%. Телесно-ориентированная психотерапия у беременных с артериальной гипертензией способствовала увеличению массы и длины новорожденных, что может иметь положительное значение в некоторых критических для здоровья мате-

ри и ребенка ситуациях. В среднем эти показатели составили в 1-й группе соответственно $3390,0 \pm 59,3$ г и $51,3 \pm 0,3$ см, а в 4-й – $3260,0 \pm 184,0$ г и $50,2 \pm 1,2$ см. Различия достоверны ($T=4$; $U=20$; $p<0,001$).

В первой половине беременности у 48% пациенток отмечена тошнота и рвота: легкая степень раннего токсикоза – у 75 % пациенток, средняя – у 25%. Женщины, напрягавшие мышцы брюшного пресса до и в начале беременности сознательно или вследствие неосознаваемой привычки, в несколько раз чаще страдали от проявлений раннего токсикоза ($p<0,05$).

Проведенный корреляционный анализ показал высокую зависимость между симптомами раннего токсикоза и психоэмоциональным состоянием. Так, имелаась умеренно выраженная прямая корреляция между рвотой беременных и количеством баллов в тесте ТСС ($r = 0,632$; $0,644$ и $0,653$ соответственно для шкал неудовлетворенности, тревожности и напряжения). Корреляционная зависимость между ранним токсикозом и поздним гестозом отсутствовала ($r = 0,071$). На второй и последующей встречах с этими пациентками проводили терапию, включающую расслабляющую гимнастику и телесно-ориентированную психотерапию А. Лоуэна. Практически все беременные (29 чел), впервые обратившиеся к психотерапевту в ранних сроках (5-15 нед), обученные расслаблять мышцы тела и прежде всего мышцы брюшного пресса, не страдали от рвоты. Результаты позволяют считать, что ТОТ оказала существенное позитивное влияние на начальном этапе беременности. Вместе с тем у беременных 2-й группы (сравнительной) не отмечалось существенной положительной динамики в течении раннего токсикоза.

Таким образом, проведенные исследования доказали высокую значимость психотерапевтических методов в решении проблемы угрозы невынашивания беременности. Это стало возможным благодаря изучению влияния невротических компонентов угрозы на исход беременности. Разработанный нами тест абдоминальной мышечной компрессии (ТАМК) позволил углубить представления о телесных составляющих невротических расстройств. Женщины, имевшие постоянное напряжение мышц брюшного пресса и диафраг-

мы, чаще обнаруживали риск невынашивания и симптомы раннего токсикоза. Также они подвергали большей опасности жизнь и здоровье плода: у женщин с положительным ТАМК чаще выявлялись признаки плацентарной недостаточности и СЗРП, значительно большим был риск рождения детей малой массы и длины, с низкими показателями по шкале Апгар, чем у беременных с отрицательным ТАМК. Проводившаяся телесно-ориентированная психотерапия у беременных с угрозой невынашивания оказала существенное влияние на здоровье женщин и плода и способствовала предупреждению спонтанных аборт и преждевременных родов, частота которых снизилась до 3,8% по сравнению с 12,5% в группе беременных, не посещавших психотерапевта.

Результаты наших исследований показали, что комплексная терапия при беременности, учитывающая разнообразие факторов риска невынашивания беременности, включающая ТОТ, открывает новые перспективы в решении проблем матери и ребенка. Представленные данные увеличивают значимость научных подходов, определяющих возрастание роли поликлинической службы в сохранении здоровья человека и семьи.

ВЫВОДЫ

1. Неблагоприятные социальные и семейные факторы составляют от 6,1% до 12,3% в общей сумме факторов риска невынашивания беременности. Психоэмоциональное состояние женщин характеризуется высоким уровнем нервно-мышечного напряжения, высокой неудовлетворенностью, тревожностью и напряжением в семейной жизни, а также наличием страхов. Эти факторы с высокой достоверностью коррелируют с низким индексом массы тела в начале беременности, проявлениями раннего токсикоза, позднего гестоза.

2. Анемический синдром во время беременности имеет различную природу, характеризуется нормохромией (гемоглобин $109,0 \pm 0,6$ г/л, цветовой показатель $0,89 \pm 0,004$), в основном, обусловлен физиологической гемодилюцией и не является фактором риска невынашивания беременности.

3. Уровень сывороточного железа как один из показателей насыщения организма железом коррелирует с показателями гемоглобина по триместрам беременности ($r=0,335$; $0,759$; $0,312$). Возрастание концентрации сывороточного железа до $16,0 \pm 2,0$ – $17,6 \pm 2,15$ мкмоль/л является одним из факторов, повышающих риск развития позднего гестоза ($r = 0,310$), активации генитальной инфекции и обострения гестационного пиелонефрита ($r = 0,551$).

4. Структурированная беседа выявила среди беременных с угрозой невынашивания 71% женщин с признаками постоянного напряжения мышц брюшного пресса, являющегося одним из не учитываемых ранее факторов угрозы невынашивания беременности. При сравнении высоты стояния дна матки в сроки от 20 до 36 нед беременности выявлены достоверно большие значения у женщин с отрицательным тестом абдоминальной мышечной компрессии ($p < 0,02$) и опережение в росте на 1-2 нед по сравнению с контрольной группой.

5. Мышечное перенапряжение у женщин с положительным тестом абдоминальной мышечной компрессии имеет негативное влияние на развитие плода: достоверно чаще (17,4% против 3,8% у женщин с отрицательным тес-

том, $p < 0,05$) выявлялась гипотрофия плода, низкая масса и длина новорожденного.

6. При преждевременном прерывании беременности отмечается четырехкратное возрастание количества неблагоприятных факторов, влияющих на развитие беременности. Повышение тонуса миометрия в 36 нед, плацентарная недостаточность и синдром задержки развития плода находились в достоверной корреляционной зависимости от каждого из следующих факторов: социальных и семейных ($r = 0,314$), тревоги и страхов ($r = 0,328$), нервно-психического напряжения ($r = 0,912$), низкой массы тела в начале беременности ($r = - 0,744$; $0,912$), баллов позднего гестоза ($r = 0,592$; $r = - 0,420$), высоты стояния дна матки ($r = 0,366$) и коэффициента «К» ($r = - 0,958$) в 20 нед беременности.

7. На основании данных кардиоинтервалографии установлено, что авторский вариант телесно-ориентированной психотерапии обуславливает оптимальный баланс активности симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы у беременных с угрозой невынашивания.

8. Беременные с угрозой невынашивания, леченные с помощью телесно-ориентированной психотерапии по методике, разработанной автором, демонстрировали достоверное снижение нервно-психического напряжения и алекситимического индекса. В сравнительной группе женщин, леченных методом гипнотического транса, отмечается достоверное, но менее выраженное снижение нервно-психического напряжения. Мышечная релаксация существенно влияла на коррекцию психоэмоционального состояния, способствовала повышению качества течения беременности, устранению болевого и тревожно-депрессивного синдромов.

9. Применяемые методы телесно-ориентированной психотерапии значительно снижают частоту преждевременных родов (3,8% в основной группе и 12,5% - в контрольной). В группе леченых методами телесно-ориентированной психотерапии отмечена достоверно более низкая частота возникновения синдрома задержки развития плода (13,0% у женщин с поло-

жительным тестом абдоминальной мышечной компрессии и 3,8% у женщин с отрицательным тестом абдоминальной мышечной компрессии) по сравнению с контрольной группой (19,5%).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для дифференцированного подхода к ведению беременных и лечению угрозы невынашивания следует производить балльную оценку факторов риска невынашивания и учитывать удельный вес каждой из групп факторов в общей сумме баллов.

2. Комплексную медикаментозную терапию беременных с угрозой невынашивания в условиях женской консультации целесообразно дополнять методами телесно-ориентированной психотерапии, улучшающей психоэмоциональное состояние, обеспечивающей оптимальное функционирование организма и в среде естественного обитания (в домашних условиях).

3. Методы телесно-ориентированной психотерапии применимы в любом сроке беременности. Наибольшая эффективность достигается при явке к психотерапевту сразу после постановки на учет. Оптимальным является обучение методам телесно-ориентированной психотерапии до начала беременности.

4. Для предупреждения отрицательных гемодинамических нарушений во время сеанса терапии необходимо контролировать величину артериального давления, частоту сердечных сокращений, субъективные ощущения тела.

5. Телесно-ориентированная психотерапия может быть использована как средство эффективной профилактики осложнений беременности.

Показаниями для ТОТ являются:

- а) нарушения психоэмоционального статуса беременных
- б) ранний токсикоз
- в) артериальная гипертензия и гипотензия
- г) угроза невынашивания
- д) болевой синдром различной локализации и этиологии

е) синдром потери плода.

6. Профилактический прием железа при сниженных показателях гемоглобина, превышающих 110-105 г/л, и нормальном уровне сывороточного железа нецелесообразен, так как повышается риск развития инфекций и позднего гестоза.

7. Противопоказания для ТОТ практически отсутствуют. В случае появления кровотечения при выполнении упражнений рекомендуется их прекратить. Однако при этом более активно могут использоваться упрощенные методы работы с телом.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Психотерапия у женщин с угрозой невынашивания беременности // Материалы 1-й научно-практической конференции Ассоциации детских врачей Пермской области. – Пермь, 1996. – С.131 (Соавт. Старцева Н.В.)

2. Инфекция и железодефицитная анемия при беременности // Тезисы докладов научной сессии Пермской государственной медицинской академии. – Пермь, 1997. - № 257 (Соавт. Старцева Н.В.)

3. Анемия беременных и риск послеродовых инфекционных заболеваний // Проблемы здоровья семьи- 2000: Материалы Всероссийской научной конференции с международным участием. – Анталья (Турция), 1997.- – Пермь, 1997. – С. 108.

4. Психотерапия у женщин с угрозой невынашивания беременности и при патологическом климаксе // Пермский медицинский журнал. – 1997. – Т.14. – N 4. – С. 44-46.

5. Психотерапия у женщин с угрозой невынашивания беременности // Журнал акушерства и женских болезней // 1998. – Вып. 1. – С. 77-79.

6. Психотерапия у молодых и юных женщин с угрозой невынашивания // Актуальные вопросы детской и подростковой гинекологии : Материалы и тезисы III Всероссийской научно-практической конференции, Новосибирск,

сентябрь 1998. – Санкт-Петербург, 1998. – С.209-210 (Соавт. Полякова Л.В., Канунникова Е.Н., Старцева Н.В.)

7. Влияние отрицательных эмоций на возникновение гипертонии беременных и их психотерапевтическая коррекция // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: Материалы конференции, Санкт-Петербург, май 1998. – Санкт-Петербург, 1999. – С. 19-26 (Соавт. Старцева Н.В.)

8. Железо у беременных: «витамин» или «токсин»? // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: Материалы конференции, Санкт-Петербург, май 1998. – Санкт-Петербург, 1999. – С. 26-29 (Соавт. Старцева Н.В.)

9. Влияние препаратов железа на течение беременности // Журнал акушерства и женских болезней. – 1999. – Т. 48. – Вып. 1. – С. 28-31 (Соавт. Старцева Н.В., Бурдина Л.В.)

10. Телесно-ориентированная психотерапия при артериальной гипертензии у беременных // Пермский медицинский журнал. – 1999. – Т. 16. - № 4. – С. 48-51.

11. Препараты железа и нарушение метаболизма у беременных женщин // Рациональное использование лекарств: Тезисы докладов Российской научно-практической конференции. – Пермь, 2000. – Ч.2. – С. 31-32.

12. Нарушение метаболизма у беременных женщин под влиянием железосодержащих препаратов // Актуальные вопросы гематологии и трансфузиологии: Материалы научно-практической конференции- Санкт-Петербург, июнь 2000. – Санкт-Петербург, 2000. – С. 177 (Соавт. Старцева Н.В.)

13. Коррекция анемии беременных препаратами железа и их роль в развитии позднего гестоза // Актуальные вопросы гематологии и трансфузиологии: Материалы научно-практической конференции- Санкт-Петербург, июнь

2000. – Санкт-Петербург, 2000. – С. 177-178 (Соавт. Старцева Н.В, Савельева М.В.)

14. Влияние телесно-ориентированной психотерапии на течение раннего гестоза беременных // Материалы научной сессии Пермской медицинской академии. – Пермь, 2000. – Д 65.

15. Телесно-ориентированная терапия – резерв улучшения здоровья беременной и младенца // Проблемы здоровья семьи: Материалы IV международной научно-образовательной конференции. – Тунис, май 2000. – Пермь, 2000. – С.186-187.

16. Морфологические аспекты телесно-ориентированной психотерапии при невынашивании беременности // Российские морфологические ведомости. – 2000. - № 3-4. – С. 184-188.

17. Гестационный пиелонефрит // Современные вопросы сохранения репродуктивного здоровья женщин: Материалы 6-й Поволжской научно-практической конференции акушеров-гинекологов. – Волгоград, июнь 2000. – Волгоград, 2000. – С. 193-197 Соавт. Старцева Н.В.)

18. Биоэнергетическая терапия при осложненном течении беременности // Современные вопросы сохранения репродуктивного здоровья женщин: Материалы 6-й Поволжской научно-практической конференции акушеров-гинекологов. – Волгоград, июнь 2000. – Волгоград, 2000.- С. 187-192 (Соавт. Старцева Н.В.)

19. Телесно-ориентированная психотерапия при невынашивании беременности // Мать и дитя: Материалы II Российского форума. – Москва, 2000. - С. 174-175 (Соавт. Старцева Н.В.).

20. Возможность прогнозирования позднего гестоза при анемическом синдроме у беременных // Материалы II съезда акушеров-гинекологов Пермской области. – Пермь, 2001. – С. 34-35 (Соавт. Старцева Н.В., Савельева М.В.)

21. Body-oriented therapy in pregnancy and its influence on psychological and neurovegetative status of women // Materials of ISPNE Regional Congress. – St. Petersburg, 2001. – P. 169 (Соавт. Golovanova E.S., Startseva N.V.).

22. Здоровье начинается в утробе // Перинатальная психология и психотерапия: Материалы Всероссийской конференции с международным участием. – Иваново, 2001. – С. 71-74.

23. Новые методы психотерапии при невынашивании беременности. Пермь, 2001. – 293 с.

24. Состояние регуляторно-адаптационной системы и моторно-тонические нарушения желудочно-кишечного тракта у лиц, связанных с нефтью и нефтепродуктами // Энергетика, окружающая среда, здоровье: Труды Российской конференции с международным участием. – Тунис, 2001. – 8-15. (Соавт. Голованова Е.С., Зайцева Н.В., Никитин В.В., Аминова А.И.)

25. Влияние железа на развитие гестационного пиелонефрита // Казанский медицинский журнал. – 2002. - № 1. – С. 31-33.

26. Факторы риска невынашивания и вклад телесно-ориентированной психотерапии в комплексное лечение беременных женщин // Акушерство и гинекология. – 2002. - № 4.

Авторские свидетельства по теме диссертации:

1. Снижение показателей гемоглобина в крови женщин как закономерность нормально протекающей беременности (регистрация ВНТИЦ 19 апреля 2001 г. в качестве интеллектуального продукта № 73200100095).

2. Использование психотерапии для профилактики рождения маловесных детей (регистрация ВНТИЦ 15 марта 2001 г. в качестве интеллектуального продукта № 73200100052). (Соавт. Старцева Н.В.).

3. Способ определения состояния регуляции парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (заявление о выдаче патента Российской Федерации на изобретение 13 ноября 2001 г. № 2001130847). (Соавт. Голованова Е.С., Аминова А.И., Кравцова Т.Ю.).