

А.В. Ходжаев

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРЕЛИМИНАРНЫМ ПЕРИОДОМ

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Патологический прелиминарный период (ППП) является одним из видов аномалии родовой деятельности.

Ключевые слова: индивидуальная психотерапия, прелиминарный период.

A. V. Hodzhaev

ASSESSMENT OF RESULTS OF THE INDIVIDUALIZED PSYCHOTHERAPY OF WOMEN WITH THE PATHOLOGICAL PRELIMINARY PERIOD

The Pathological Preliminary Period (PPP) is one of types of anomaly of patrimonial activity.

Key words: individual psychotherapy, preliminary period.

Особенности дородового периода во многом определяют характер течения и исход родов. Период беременности и послеродовой период общепризнанно считается временем повышенного риска развития психических расстройств [3, 4]. Различные психические расстройства встречаются у 29%-80% беременных [8, 9, 12, 15, 16, 18]. У женщин с психическими расстройствами осложнения во время беременности и родов встречаются в 6 раз чаще, чем популяции [10]. Невротические симптомы разной степени выраженности, по данным разных авторов, встречается у 10-79,3% беременных [7]. Многие исследователи отмечают частоту осложнений беременности и родов у этих женщин [19, 21]. У беременных женщин с сопутствующими невротическими симптомами высок процент кесарева сечения и оперативных пособий при родах через естественные родовые пути [22], кроме того регистрируется большая частота патологии новорожденных [19].

Возникновение и развитие патологического прелиминарного периода преимущественно наблюдается у первородящих женщин, значительно увеличивая частоту встречаемости у них аномалий родовой деятельности (12-60%) [1, 2]. Одной из основных причин патологического течения прелиминарного периода является стресс [14]. На это указывают не только клинические, но и лабораторные исследования, позволившие выявить у этих пациенток повышение в крови уровня адреналина и норадреналина, что сопровождается повышением возбудимости и гипертонусом матки.

Основными симптомами проявления ППП являются спастические, болезненные и беспорядочные сокращения матки. Продолжительность патологического прелиминарного периода может составлять от 1 до 10 суток и более. Наличие патологического прелиминарного периода свидетельствует о предшествующей родам патологии сокращения матки, недостаточной, асинхронной готовности матери и плода к развязыванию родовой деятельности. При отсутствии лечения патологического прелиминарного периода нередко возникают признаки гипоксии и снижение биофизического профиля плода. Патологический прелиминарный период причинно связан с повторными кровотечениями, акушерскими травмами, асфиксией плода, тем самым влияя на уровень перинатальной заболеваемости и младенческой смертности [11, 13, 17, 20].

Патологический прелиминарный период сопровождается психическими нарушениями невротического реги-

стра: потливостью, нарушением сна, сердцебиением, тревогой, снижением настроения, затрудненной психологической адаптацией, эмоциональной неустойчивостью, возрастанием уровня личностной тревоги [5, 6]. Беременные жалуются на неопределенные болезненные ощущения, плохой сон, сердцебиение, одышку, нарушение функции кишечника, повышенное и болезненное шевеление плода. Эти нарушения носят множественный характер и не достигают клинически значимой выраженности. Тем не менее, их наличие в комплексе с акушерско-гинекологическими симптомами серьезно осложняет течение беременности и роды.

Полагаем, что коррекция психических нарушений в период, предшествующий регулярной родовой деятельности в форме психотерапии, является пока не востребуемым эффективным ресурсом.

Настоящая работа посвящена оценке психоэмоционального статуса и эффективности психотерапевтической коррекции у беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом. Исследований, посвященных данному вопросу, ранее в нашей стране не проводилось. Научная и практическая актуальность исследования обусловлены: широкой распространенностью психических нарушений у беременных женщин, недостатком психотерапевтической помощи беременным женщинам с патологическим прелиминарным периодом, потенциальной эффективностью психотерапевтического вмешательства при его низкой стоимости, недостаточной проработанностью данной проблемы в мировой и отечественной литературе.

Цель исследования. Совершенствование системы оказания медицинской помощи беременным женщинам с патологически протекающим прелиминарным периодом путем внедрения психотерапевтических методов.

Материалы и методы. Данное исследование было мультицентровым, проспективным, открытым с направленным формированием параллельных групп сравнения и ретроспективной оценкой результатов методом случайного контроля.

Исследование проводилось на базе отделения патологии беременных УЗ «Городской клинический родильный дом №2» и отделения экстрагенитальной патологии беременных РНПЦ «Мать и дитя». Нами изучены 109 беременных с нормальным и патологическим течением прелиминарного периода, с доношенной беременностью и сроком гестации 38-42 недели.

В основную группу были включены 67 беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом. В последующем, в соответствии с задачами исследования 31 пациентка была включена в подгруппу 1А, в которой психотерапевтическое лечение не проводилось и 36 беременных женщин в подгруппу 1Б – с использованием психотерапевтического лечения. Контрольную группу составили 42 беременные женщины с физиологическим течением прелиминарного периода.

Рандомизация набора в группы сравнения обеспечивалась применением генератора случайных чисел Random v1.2.1.0., программное обеспечение которого предназначено для реализации принципа случайности при наборе в исследовательские группы. При этом направленность набора обеспечивалась методом контроля за частотным распределением основных характеристик: испытуемые распределялись по группам таким образом, чтобы было гарантировано наличие в каждой группе одних и тех же контролируемых характеристик и одинаковое распределение каждой из них в сравниваемых группах. К характеристикам для формирования групп сравнения отнесли социо - демографические (возраст, социальный статус и образовательный уровень) и акушерско-гинекологические (срок, паритет и плановость беременности). Из исследования были исключены беременные женщины с клинически выраженной депрессией (больше 19 баллов по шкале Бека) и случаи тревоги свыше 30 баллов по шкале Шихана, осложнения беременности, которые не входили в ППП, в случае инфекционных заболеваний, женщины с осложненным акушерским анамнезом, страдающие от других болезней, планирование родоразрешения путем операции кесарева сечения, отказ беременной от исследования.

Распределение беременных женщин по группам сравнения представлено в таблице 1.

При постановке акушером-гинекологом диагноза «патологический прелиминарный период» беременной назначалась консультация врача-психотерапевта. На консультации пациентка добровольно подписывала информированное согласие на участие в исследовании. Врач-психотерапевт исследовал психическое состояние беременной.

Для расчета экономической значимости результатов психотерапии использовали инструкцию по применению, утвержденную МЗ РБ Регистрационный № 159–1203 от 31.12.2003 «МЕТОДИКИ РАСЧЕТОВ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ».

Статистическая обработка полученных результатов исследования осуществлялась с использованием пакета прикладных программ Statistica for Windows версия 6.0.

Для оценки вида распределения количественных данных был использован критерий Шапиро – Уилка, t-критерий Стьюдента, коэффициент ранговой корреляции Спирмена, критерий Фишера (φ), тест Уилкоксона (Т). По результатам полученных данных для формирования однородных для проведения психотерапии групп исследованных беременных женщин с ППП применяли иерархический кластерный анализ.

Клиническая оценка исследованных женщин

При первичном исследовании методом клинического интервью в основной группе беременных женщин с ППП достоверно чаще регистрировались такие симптомы как повышенная утомляемость, снижение настроения и активности ($p < 0,05$). Утрата интереса и удовольствия, снижение самооценки, пессимистичность, сниженный аппетит, снижение уверенности были менее очевидными ($p > 0,05$). Такие симптомы как идеи вины, идеи самоповреждения, идеи суицида зарегистрированы не были.

В основной группе достоверно чаще регистрировались такие симптомы тревоги как ощущение волнения, суетливость, тахикардия, головокружение, трудности в сосредоточении, потливость, эпигастральный дискомфорт, невозможность расслабиться, головные боли, сухость во рту и дрожь ($p < 0,05$).

Таким образом, для психического состояния женщин с ППП характерны симптомы тревоги и депрессии, соответствующие критериям расстройства адаптации по МКБ - 10.

Индивидуализированная психотерапия

Исследования литературных данных привели к выбору мишеней для психотерапии женщин с ППП: симптомы депрессии, симптомы тревоги, удовлетворенность браком и адаптация к беременности. Индивидуализация психотерапии достигалась путем психометрической оценки состояния пациенток с помощью шкалы депрессии Бека, шкалы тревоги Шихана, вопросника на адаптацию к беременности R.Kumar и тест-опросника удовлетворенности браком В.В. Столина, Т.Л. Романова, Г.П. Бутенко. Выбор психотерапевтической стратегии осуществлялся по результатам психометрической оценки состояния беременных женщин с ППП. Психотерапия депрессии проводилась при ее оценке по Шкале Бека $>20-29$ баллов; психотерапия тревоги при уровне тревоги выше 30 баллов по шкале тревоги Шихана. Стратегиям, направленным на адаптацию к беременности, отдавалось предпочтение

Таблица 1 – Распределение беременных женщин по группам сравнения

Группы беременных женщин	Критерий распределения беременных по группам	Количество беременных
в группах		
Основная группа		
- подгруппа 1А		
- подгруппа 1Б	ППП*	
ППП без п/т** лечения		
ППП с п/т лечением	67	
31		
36		
Контрольная группа	ФПП**	42

* Патологический прелиминарный период, ** Физиологический прелиминарный период,

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

Результаты	Подгруппа 1А		Подгруппа 1Б		Контрольная группа		Критерий, р
	п	%	п	%	п	%	
0-4 баллов	5	16,1	26	72,2	39	92,9	$\varphi^*=4,917, p<0,001$
5-7 баллов	12	38,7	8	22,2	3	7,1	
8-10 баллов	9	29	2	5,6	-	-	
16-19 баллов	5	16,1	-	-	-	-	

* – при сравнении подгруппы 1А и 1Б

Таблица 3 – Уровень депрессии у беременных женщин по шкале депрессии Бека в группах после психотерапевтической коррекции представлен

Результат	Подгруппа 1А	Подгруппа 1Б	Контрольная группа
Исходный уровень	17,88 баллов	16,17 баллов	6,75 баллов
Перед родами	15,20 баллов	8,57 баллов	6,88 баллов
Уровень значимости, р	> 0,05	< 0,05	> 0,05

при >120 баллов адаптации к беременности по вопроснику на адаптацию к беременности R. Kumar, K. M. Robson, A. M. R. Smith. Психотерапевтическая работа, нацеленная на повышение удовлетворенности браком, проводилась для тех из пациенток основной группы, где регистрировалось < 17 баллов по тест-опроснику удовлетворенности браком В.В. Столина, Т.Л. Романова, Г.П. Бутенко.

Результаты индивидуализированной психотерапии женщин с ППП.

Распределение беременных женщин по степени тяжести депрессии в основной и контрольной группе по результатам шкалы депрессии Бека после проведения психотерапевтической коррекции до родов представлено в таблице 2. Беременных женщин, набравших 0–4 баллов, что соответствовало отсутствию депрессии, в подгруппе 1А стало 5 (16,1%), в подгруппе 1Б – 26 (72,2%), в контрольной группе – 39 (92,9%). Пациенток, результат которых по шкале депрессии Бека был равен 5–7 баллов стало 12 (38,7%) в группе патологического прелиминарного периода без психотерапевтического лечения, 8 (22,2%) – в группе патологического прелиминарного периода с психотерапевтическим лечением, 3 (7,1%) – в группе физиологического прелиминарного периода.

Женщин с результатом 8–15 баллов в подгруппе 1А стало 9 (29%), в подгруппе 1Б – 2 (5,6%) и не было в контрольной группе. Депрессия 16–19 баллов – по результатам шкалы депрессии Бека была у 5 (16,1%) беременных женщин основной группы подгруппы 1А и таковых не было в подгруппе 1Б и в контрольной группе. Достоверно чаще депрессия по шкале Бека диагностировалась в подгруппе 1А, чем в подгруппе 1Б и контрольной группе (φ (подгруппа 1А, подгруппа 1Б)=4,917, φ (подгруппа 1А, контроль)=7,492). Достоверные различия были при сравнении подгруппы 1Б с контрольной группой (φ (подгруппа 1Б, контроль)=2,506).

Уровень депрессии у беременных женщин по шкале депрессии Бека в группах после психотерапевтической коррекции представлен в таблице 3.

В подгруппе 1А уровень депрессии при повторном исследовании перед родами составил 15,20 баллов (11,38–18,58), что соответствовало средней депрессии по шкале Бека. Динамических тенденций в оценке депрессии в группе сравнения обнаружено не было. В подгруппе 1Б уровень депрессии при повторном исследовании после психотерапии перед родами составил

8,57 баллов (5,83–10,50), что соответствовало отсутствию депрессии по шкале депрессии Бека, а также был в среднем на 7,4 балла достоверно ниже, чем при первичном обследовании. Депрессия у беременных женщин по шкале депрессии Бека перед родами в контрольной группе была 6,88 баллов (4,80–8,11), что соответствовало отсутствию депрессии, что было в среднем на 0,65 балла ниже, чем при первом исследовании и достоверно от него не отличалось. В группе патологического прелиминарного периода с психотерапевтическим лечением происходят достоверно более значимые изменения уровня депрессии по сравнению с группой патологического прелиминарного периода без лечения и контрольной группой (U подгруппа 1А, подгруппа 1Б=123,0, U подгруппа 1Б, контроль=95,5).

Полученные данные свидетельствуют о достоверном снижении уровня депрессии в подгруппе 1Б после психотерапевтического вмешательства. Следует обратить внимание на то, что в группе ППП без психотерапевтического лечения среднегрупповые данные находятся в диапазоне, который соответствует легкому уровню депрессии, а в группе ППП с психотерапевтическим лечением – ее отсутствию. Можно сделать вывод, что применение программы индивидуализированной краткосрочной психотерапии позволяет устранить депрессию у беременных женщин с ППП, а при естественном течении ППП без дополнительной коррекции перед родами продолжает оставаться как минимум легкий уровень депрессии.

Распределение беременных женщин по степени тяжести депрессии в основной и контрольной группе по результатам шкалы депрессии Бека после родов представлено в таблице 4.

Беременных женщин, набравших 0–4 баллов, что соответствовало отсутствию депрессии, в подгруппе 1А было 12 (38,7%), в подгруппе 1Б – 33 (91,7%), в контрольной группе – 39 (92,9%). Пациенток, результат которых по шкале депрессии Бека был равен 5–7 баллов – легкая депрессия – было 11 (35,5%) в группе патологического прелиминарного периода без психотерапевтического лечения, 3 (8,9%) – в группе патологического прелиминарного периода с психотерапевтическим лечением, 3 (7,1%) – в группе физиологического прелиминарного периода. Женщин с результатом 8–15 баллов в подгруппе 1А было 8 (25,8%), в подгруппе 1Б и в контрольной группе таких беременных женщин не было.

Таблица 4 – Распределение беременных женщин по степени тяжести депрессии в основной и контрольной группе по результатам шкалы депрессии Бека после родов

Результаты	Подгруппа 1А		Подгруппа 1Б		Контрольная группа		Критерий, р
	п	%	п	%	п	%	
0-4 баллов	12	38,7	33	91,7	39	92,9	φ* =4,950, p<0,001
5-7 баллов	11	35,5	3	8,3	3	7,1	
8-15 баллов	8	25,8	-	-	-	-	
16-19 баллов	-	-	-	-	-	-	

* – при сравнении подгруппы 1А и 1Б

Таблица 5 – Распределение беременных женщин по степени тяжести тревоги в основной и контрольной группе по результатам шкалы тревоги Шихана после проведения психотерапевтической коррекции

Результаты	Подгруппа 1А		Подгруппа 1Б		Контрольная группа		Критерий, р
	п	%	п	%	п	%	
0-19 баллов	10	32,3	31	86,1	39	92,9	φ* =4,774, p<0,001
20-29 баллов	17	54,8	5	13,9	3	7,1	
30 и > баллов	4	12,9	-	-	-	-	

* – при сравнении подгруппы 1А и 1Б

Уровень 16–19 баллов и более по результатам шкалы депрессии Бека диагностирован не был. Достоверно чаще депрессия по шкале Бека диагностировалась в подгруппе 1А, чем в подгруппе 1Б и контрольной группе (φ (подгруппа 1А, подгруппа 1Б)=4,950, φ (подгруппа 1А, контроль)=5,311). Достоверных различий не было при сравнении подгруппы 1Б с контролем (φ (подгруппа 1Б, контроль)=0,196).

Уровень депрессии у беременных женщин в подгруппе 1А по шкале депрессии Бека после родов составил 10,38 баллов (6,38–15,63), 6,72 балла (4,50–7,83) в подгруппе 1Б, 6,21 балла (4,13–7,69) в контрольной группе. Достоверно выше уровень депрессии был в подгруппе 1А по сравнению с подгруппой 1Б и контрольной группой (U подгруппа 1А, подгруппа 1Б=272,5, U подгруппа 1А, контроль=280). При сравнении подгруппы 1Б и контрольной группы достоверных различий выявлено не было (U подгруппа 1Б, контроль=677).

В подгруппе 1А уровень депрессии при исследовании после родов составил 10,38 баллов (6,38–15,63), что соответствовало легкой депрессии по шкале Бека, а также был достоверно ниже в среднем на 3,8 балла при сравнении с данными перед родами. Уровень депрессии в подгруппе 1Б после родов был равен 6,72 балла (4,50–7,83), что соответствовало отсутствию депрессии по шкале депрессии Бека, а также был в среднем на 2,25 балла достоверно ниже, чем при вторичном заполнении анкеты. Депрессия у беременных женщин по шкале депрессии Бека после родов в контрольной группе была 6,21 балла (4,13–7,69), что соответствовало отсутствию депрессии, что было в среднем на 0,69 балла ниже, чем при исследовании перед родами и достоверно от него не отличалось.

Полученные данные свидетельствуют о достоверном снижении уровня депрессии в подгруппе 1Б. Следует обратить внимание на то, что в группе ППП без психотерапевтического лечения среднегрупповые данные находятся в диапазоне, который соответствует легкому уровню депрессии, а в группе ППП с психотерапевтическим лече-

нием – ее отсутствию. Можно сделать вывод, что применение программы краткосрочной психотерапии позволяет устранить депрессию, а при естественном течении ППП без психотерапевтической коррекции после родов остается легкий уровень депрессии.

Распределение беременных женщин по степени тяжести тревоги в основной и контрольной группе по результатам шкалы тревоги Шихана после проведения психотерапевтической коррекции представлено в таблице 5.

Беременных женщин, набравших 0–19 баллов, что соответствовало отсутствию тревоги, в подгруппе 1А стало 10 (32,3%), в подгруппе 1Б – 31 (86,1%), в контрольной группе – 39 (92,9%). Пациенток, результат которых по шкале тревоги Шихана был равен 20–29 баллов – средний уровень тревоги – было 17 (54,8%) в группе патологического прелиминарного периода без психотерапевтического лечения, 5 (13,9%) – в группе патологического прелиминарного периода с психотерапевтической коррекцией, 3 (7,1%) – в группе физиологического прелиминарного периода. Женщин с результатом 30 баллов и более – высокий уровень тревоги – в подгруппе 1А было 4 (12,9%), в подгруппе 1Б и в контрольной группе таких женщин зарегистрировано не было. Достоверно чаще тревога по шкале Шихана диагностировалась в подгруппе 1А, чем в подгруппе 1Б и контрольной группе (φ (подгруппа 1А, подгруппа 1Б)=4,774, φ (подгруппа 1А, контроль)=5,811). Достоверных различий при сравнении подгруппы 1Б с контролем не было (φ (подгруппа 1Б, контроль)=0,980).

Уровень тревоги у беременных женщин по шкале тревоги Шихана в группах после психотерапевтической коррекции представлен в таблице 6.

Достоверно выше тревога была в подгруппе 1А, по сравнению с подгруппой 1Б и контрольной группой (U подгруппа 1А, подгруппа 1Б=238,5, U подгруппа 1А, контроль=236,0, U подгруппа 1Б, контроль=661,5). В подгруппе 1А уровень тревоги при повторном исследовании перед родами составил 23,0 балла (15,38–27,75), что соответствовало среднему уровню

Таблица 6 – Уровень тревоги у беременных женщин по шкале тревоги Шихана в группах после психотерапевтической коррекции

Результат	Подгруппа 1А	Подгруппа 1Б	Контрольная группа
Исходные данные	24,25 баллов (19,88–29,75)	26,50 баллов (15,50–29,50)	11,5 баллов (9,56–17,63)
Перед родами	23,0 баллов (15,38–27,75)	13,0 баллов (9,75–17,50)	12,17 баллов (9,08–15,42)
Критерий, р	> 0,05	< 0,05	> 0,05

Таблица 7 – Распределение беременных женщин по степени тяжести тревоги в основной и контрольной группе по результатам шкалы тревоги Шихана после родов

Результаты	Подгруппа 1А		Подгруппа 1Б		Контроль		Критерий, р
	п	%	п	%	п	%	
0–19 баллов	16	51,6	34	94,4	39	92,9	φ = 4,337, p < 0,001
20–29 баллов	13	41,9	2	5,6	3	7,1	
30 и > баллов	2	6,5	-	-	-	-	

тревоги, а также был достоверно ниже при сравнении с первичным исследованием. В подгруппе 1Б уровень тревоги при повторном исследовании после психотерапии перед родами составил 13,0 баллов (9,75–17,50), что соответствовало отсутствию тревоги по шкале тревоги Шихана, а также был в среднем на 9,31 балла достоверно ниже, чем при первичном заполнении. Тревога у беременных женщин перед родами в контрольной группе была 12,17 баллов (9,08–15,42), что соответствовало отсутствию тревоги, что было в среднем на 1,02 балла ниже, чем при первом исследовании и достоверно от него отличалось. В группе патологического прелиминарного периода с психотерапевтическим лечением происходят достоверно более значимые изменения уровня тревоги по сравнению с группой патологического прелиминарного периода без лечения и контрольной группой ($U_{\text{подгруппа 1А, подгруппа 1Б}}=217,0$, $U_{\text{подгруппа 1Б, контроль}}=226,5$).

Полученные данные свидетельствуют о достоверном снижении уровня тревоги в подгруппе 1Б. Следует обратить внимание на то, что в группе ППП без лечения среднегрупповые данные находятся в диапазоне, который соответствует среднему уровню тревоги, а в группе ППП с лечением – ее отсутствию. Можно сделать вывод, что применение программы краткосрочной психотерапии позволяет устранить тревогу, а при естественном течении ППП без психотерапевтической коррекции перед родами остается средний уровень тревоги.

Распределение беременных женщин по степени тяжести тревоги в основной и контрольной группе по результатам шкалы тревоги Шихана после родов представлено в таблице 7.

Беременных женщин, набравших 0-19 баллов, что соответствовало отсутствию тревоги, в подгруппе 1А стало 16 (51,6%), в подгруппе 1Б – 34 (94,4%), в контрольной группе – 39 (92,9%). Пациенток, результат которых по шкале тревоги Шихана был равен 20–29 баллов – средний уровень тревоги – было 13 (41,9%) в группе патологического прелиминарного периода без психотерапевтического лечения, 2 (5,6%) – в группе патологического прелиминарного периода с психотерапевтической коррекцией, 3 (7,1%) – в группе физиологического прелиминарного периода. Женщин с результатом 30 баллов и более – высокий уровень тревоги – в подгруппе 1А было 2 (6,5%), в подгруппе 1Б и в контрольной

группе таких пациенток не оказалось. Достоверно чаще тревога по шкале Шихана была выявлена в подгруппе 1А, чем в контроле и подгруппе 1Б ($\phi_{\text{подгруппа 1А, контроль}}=4,212$, $\phi_{\text{подгруппа 1А, подгруппа 1Б}}=4,337$). Достоверных различий между подгруппой 1Б и контрольной группой не было ($\phi_{\text{подгруппа 1Б, контроль}}=0,287$).

В группе беременных женщин с патологическим прелиминарным периодом без психотерапевтического лечения при исследовании после родов уровень тревоги уменьшился у 27 (87%) пациенток, у 2 (6,5%) – увеличился, у 2 (6,5%) – не изменился. В группе патологического прелиминарного периода с психотерапевтическим лечением уровень тревоги после родов уменьшился у 26 (72,2%) беременных женщин, увеличился у 2 (5,6%), не изменился у 8 (22,2%). У 24 (57,2%) пациенток группы физиологического прелиминарного периода при повторном исследовании после родов уровень тревоги уменьшился, у 14 (33,3%) – не изменился, у 4 (9,5%) увеличился.

Уровень тревоги у беременных женщин по шкале тревоги Шихана после родов составил 17,38 баллов (11,25–22,13) в подгруппе 1А, 10,13 балла (7,50–14,50) – в подгруппе 1Б, 10,40 балла (8,75–14,69) – в контрольной группе. Достоверно выше уровень тревоги был в подгруппе 1А по сравнению с подгруппой 1Б и контрольной группой ($U_{\text{подгруппа 1А, подгруппа 1Б}}=249,5$, $U_{\text{подгруппа 1А, контроль}}=340,5$). При сравнении подгруппы 1Б и контрольной группы достоверных различий выявлено не было ($U_{\text{подгруппа 1Б, контроль}}=671$).

Таким образом можно говорить о достоверном уменьшении уровня тревоги в подгруппе 1А (Тэмп = 28,5), подгруппе 1Б (Тэмп = 29,5) и в группе ФПП (Тэмп = 101,5).

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

Достоверно чаще операция кесарева сечения была проведена в подгруппе 1А, по сравнению с подгруппой 1Б и контрольной группой ($\phi_{\text{подгруппа 1А, подгруппа 1Б}}=2,156$, $p < 0,05$, $\phi_{\text{подгруппа 1А, контроль}}=2,817$, $p < 0,001$). Между подгруппой 1Б и контрольной группой достоверных различий не было ($\phi_{\text{подгруппа 1Б, контроль}}=0,610$, $p > 0,05$).

Таблица 8 – Результаты кластерного анализа исследованных беременных женщин с ППП

Кластеры	Шкала Бека	Шкала Шихана	Удовлетворенность браком	Адаптация к беременности	
1	Ср. значение, М	14,83	28,57	29,13	70,00
	N, чел	47	47	47	47
	Стандартное отклонение	2,815	7,898	3,888	10,954
2	Ср. значение, М	18,80	20,65	24,20	42,35
	N, чел	20	20	20	20
	Стандартное отклонение	2,687	9,315	4,841	5,489
	Ср. значение, М	16,52	23,40	23,45	61,75
	N	67	67	67	67
	Стандартное отклонение	2,798	8,469	4,186	15,963

Клинический анализ эффективности психотерапии показал, что применение данного метода для коррекции ППП приводит к улучшению психического состояния беременных женщин и уменьшению показаний для оперативного вмешательства для родовспоможения. Стоит ли применять этот метод повсеместно определяется так же тем, насколько оправданы затраты на проведение психотерапии. Суть оценки состояла в получении соотношения «стоимость/эффективность», выраженного в форме дополнительной денежной суммы, которую необходимо потратить для получения дополнительного эффекта. Для расчета использовали инструкцию по применению, утвержденную МЗ РБ (Регистрационный № 159–1203 от 31.12.2003) «Методики расчетов эффективности медицинских технологий в здравоохранении».

По результатам первичного исследования для выявления гомогенных групп женщин с ППП для проведения им индивидуализированной психотерапии проводился иерархический кластерный анализ.

Результаты кластерного анализа показали, что женщины с ППП могут быть обосновано разделены на две основные группы. Для первой из них оказалось характерным сочетание легкой степени выраженности депрессии и относительно высокого уровня тревоги с удовлетворенностью браком, но дезадаптацией к беременности. Для второй группы типичным явилось сочетание относительно выраженной депрессии с неудовлетворенностью браком, отсутствием тревоги и нормальной адаптацией к беременности.

Клинический анализ эффективности психотерапии показал, что применение данного метода для коррекции ППП приводит к улучшению психического состояния беременных женщин и уменьшению показаний для оперативного вмешательства для родовспоможения. Стоит ли применять этот метод повсеместно определяется так же тем, насколько оправданы затраты на проведение психотерапии. Суть оценки состояла в получении соотношения «стоимость/эффективность», выраженного в форме дополнительной денежной суммы, которую необходимо потратить для получения дополнительного эффекта. Для расчета использовали инструкцию по применению, утвержденную МЗ РБ (Регистрационный № 159–1203 от 31.12.2003) «Методики расчетов эффективности медицинских технологий в здравоохранении».

1. Так как применение психотерапии не отменяет применения лекарственной терапии, ее реализация в родильном доме потребует увеличения расходов, эквивалентных заработной плате врача психотерапевта. Без учета специальных доплат (за стаж, врачебную категорию и др.) эти затраты составляют 1 335 172 рублей.

2. Размер эффекта индивидуализированной психотерапии составил 4 (четыре случая оперативного родоразрешения в месяц). Отношение затраты / эффективность, таким образом, равно $1\ 335\ 172\ \text{рублей}/4=333793$ рубля. Таким образом, 333793 рубля затрачивается на одну условную единицу эффективности.

3. Стоимость условной единицы эффективности составила стоимость оперативного вмешательства (1175900 рублей), стоимость послеоперационного обслуживания (507288 рублей) и стоимость дополнительных койко-дней пребывания в стационаре (817 500 рублей), итого 2 500 688 рублей.

4. Показатель Затраты/эффективность составил $333793/2\ 500\ 688=0,133$

5. Экономическая эффективность (коэффициента эффективности затрат — Кэф) таким образом:

$$\text{Кэф} = 2\ 500\ 688/333793 (\text{эффект} / \text{затраты}) = 7,4$$

Выводы

1. Для психического состояния женщин с ППП характерны симптомы тревоги и депрессии, соответствующие критериям расстройства адаптации по МКБ - 10.

2. После проведения интегративной психотерапии депрессия по шкале Бека достоверно чаще диагностировалась в подгруппе 1А по сравнению с подгруппой 1Б как до родов (φ (подгруппа 1А, подгруппа 1Б)=4,917), так и в послеродовом периоде (φ (подгруппа 1А, подгруппа 1Б)=4,950). Уровень депрессии после родов в подгруппе 1А был достоверно выше (10,38 баллов (6,38–15,63) и соответствовал легкой депрессии по шкале Бека, по сравнению с подгруппой 1Б (6,21 балла (4,13–7,69)) (U подгруппа 1А, подгруппа 1Б=272,5), что соответствовало отсутствию депрессии;

3. После проведения интегративной психотерапии тревога по шкале Шихана достоверно чаще диагностировалась в подгруппе 1А по сравнению с подгруппой 1Б как до родов (φ (подгруппа 1А, подгруппа 1Б)=4,774), так и в послеродовом периоде (φ (подгруппа 1А, подгруппа 1Б)=4,337). Уровень тревоги перед родами в подгруппе 1А был достоверно выше (23,0 баллов (15,38–27,75)).

4. Достоверно чаще операция кесарева сечения была проведена в подгруппе 1А по сравнению с подгруппой 1Б и контрольной группой (φ (подгруппа 1А, подгруппа 1Б)=2,156, $p<0,05$, φ (подгруппа 1А, контроль)=2,817, $p<0,001$). Между подгруппой 1Б и контрольной группой достоверных различий не было (φ (подгруппа 1Б, контроль)=0,610, $p>0,05$).

5. Внедрение индивидуализированной психотерапии для коррекции психического состояния беременных женщин с ППП дает ощутимый экономический эффект (Кэф = 7,4).

Литература

1. **Абрамченко, В.В.** Патологический прелиминарный период: руководство для врачей / В.В. Абрамченко. - СПб.: Элби, 2006. - 287 с.
2. **Алилова, И.И.** Дифференцированная комплексная терапия патологического прелиминарного периода и перинатальные исходы : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01 / И.И. Алилова ; Дагест. науч. центр РАМН, Дагест. гос. мед. акад. – Волгоград, 2006. – 26 с.
3. **Ариас, Ф.** Беременность и роды высокого риска : пер. с англ. / Ф. Ариас. – М. : Медицина, 1989. – 655 с.
4. **Архангельский, А.Е.** Патология нервной системы и беременность : автореф. дис. докт. мед. наук : 14.00.13 / А.Е. Архангельский ; Воен.-мед. акад., ин-т акушерства и гинекологии им. Д.О. Отто РАМН. – СПб., 1999. – 36 с.
5. **Волков, А.Е.** Психосоматические соотношения при физиологической беременности и при беременности, осложнённой поздним гестозом : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.01 / А.Е. Волков ; Ростов. мед. ин-т. – Ростов н/Д, 1995. – 16 с.
6. **Каплун, И.Б.** Психологические методы исследования в акушерской практике / И.Б. Каплун, Э.Г. Мжаванадзе, В.В. Абрамченко // Вестн. гипнологии и психотерапии. – 1992. – № 2. – С. 74–76.
7. **Марфина, Н.А.** Соматопсихические и психосоматические состояния при поздом гестозе с гипертензивными нарушениями у беременных : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / Н.А. Марфина ; Башк. гос. мед. ун-т. – Челябинск, 2001. – 19 с.
8. **Рыжков, В.Д.** Клинико-психологические особенности астенических состояний у беременных женщин, их психотерапия и фармакотерапия : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / В.Д. Рыжков ; Психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – Спб., 1992. – 17 с.
9. **Рыжков, В.Д.** Психопрофилактика и психотерапия функциональных расстройств нервной системы у беременных женщин / В.Д. Рыжков // Мед. помощь. – 1992. – № 2. – С. 33–36.
10. **Рымашевский, П.В.** Влияние особенностей психологической адаптации матери на исход родов / П.В. Рымашевский, А.Е. Волков // Акушерство и гинекология. – 1992. – № 8/12. – С. 15–18.
11. **Савицкий, А.Г.** Патологический прелиминарный период / Г.А. Савицкий // Журн. акушерства и женских болезней. – 2003. – Т. 52, № 2. – С. 139–144.
12. **Сахаров, Е.А.** Лечение пограничных нервно-психических расстройств при беременности / Е.А. Сахаров // Вопр. охраны материнства и детства. – 1989. – № 11. – С. 42–44.
13. **Сидорова, И.С.** Физиология и патология родовой деятельности / И.С. Сидорова. – М. : Медпресс, 2000. – 320 с.
14. **Циркин, В.И.** Сократительная деятельность матки: (механизмы регуляции) / В.И. Циркин, С.А. Дворянский. – Киров, 1997. – 270 с.
15. **Щеглова, И.Ю.** Психические расстройства в акушерско-гинекологической клинике / И.Ю. Щеглова // Соц. и клин. психиатрия. – 1994. – № 3. – С. 26–29.
16. **Ayers, S.** Assessing psychopathology in pregnancy and postpartum / S. Ayers // J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. – 2001. – Vol. 22, № 2. – P. 91–102.
17. **Chelmow, D.** Maternal and neonatal outcomes after prolonged latent phase / D. Chelmow, S.J. Kilpatrick, R.K. Laros // Obstet. Gynecol. – 1993. – Vol. 81, № 4. – P. 486–491.
18. **Cohen, L.S.** Psychological aspects of pregnancy / L.S. Cohen. – New York, 1994. – 172 p.
19. **Congenital malformations, stillbirths, and infant deaths among children of women with schizophrenia / B.E. Bennedsen [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. – 2001. – Vol. 58, № 7. – P. 674–679.**
20. **Maghoma, J.** Maternal and fetal risks associated with prolonged latent phase of labor / J. Maghoma, J. Buchmann // J. Obstet. Gynaecol. – 2002. – Vol. 22, № 1. – P. 16–25.
21. **Preterm birth and intra-uterine growth retardation among children of women with schizophrenia / B.E. Bennedsen [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 1999. – Vol. 175. – P. 239–245.**
22. **Takeuchi, R.** Influence of maternal neuropsychiatric disorders on clinical course of pregnancy and neonatal outcome / R. Takeuchi // Nihon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi. – 1996. – Vol. 48, № 11. – P. 1071–1078.