

ональной хирургии в гинекологии//Тез. докл.научн. конф."Состояние и актуальные проблемы оперативной гинекологии". СПб. 1992.С.75-76.

8. Bruncham R.C., Binns B., McDowell J. Chlamydia Trachomatis infection in women with ectopic pregnancy//Obstet. Gynec.N 67. P.722.

9. Dorfman S.F. Epidemiology of ectopic pregnancy//Clin. Obstet. Gynec. 1987. v.30. N 1. P.173-180.

10. Henry-Suchet J., Velure M., Pja P. Etude statistique des facteurs influencant le pronostic des plasties tubaires. Importance de l'etat de la muqueuse ampullaire//J. Gynecol. Obstetr. Biol. Reprod. 1989. Vol. 18. N 5. P.571-580.

11. Leach R.E., Ory S.L. Modern management of ectopic pregnancy//J. reprod. Med. 1989. Vol. 34. N 5. P.324-338.

12. Paavonen J., Saikku P., von Knorring J. Assotiation of infection wath Chlamydia trachomatis with Fitz-Hugh-Curtis syndrome//Am. J. Obstet. Gynecol. 1980. Vol. 138. P.1034- 1038.

13. Phillips J., Hulka J., Keith D. et al. Laparoscopie procedures: A national survey for 1975//J. Reprod.Med. 1977. Vol.18. N 5. P.219-225.

14. Reich H.//J. reprod. Med. 1987. Vol. 32. N 10. P.736-742.

15. Rodi I.A., Sauer M.V., Gorrill M.J. The medical treatment of unruptured ectopic pregnancy with metotrexate end eitrovorum rescue: Preliminary experence//Fertil. Steril. 1986. Vol.46. N 5/6. P.275-279.

16. Shapiro H.I., Addler D.H. //Amer. J. Obsfcet. Gynec. 1973. Vol. 117. P.290-291.

17. Semm K. Pelviskopische Chirurgie in der Gynakologie//Geburts- Frauenheilk. 1977. Bd.37. N 11. S.909-920.

УДК 618.2 + 618.3]:615.851

В.Н. Прохоров

ПРИНЦИПЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ БЕРЕМЕННЫМ

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета

У многих женщин при физиологическом и практически всегда при патологическом течении беременности отмечается повышенный уровень тревожности, нередко встречаются различные депрессивные состояния. Факторами риска возникновения нарушений психоэмоционального состояния беременных являются некоторые особенности личности, наличие в прошлом и настоящем психотравмирующих ситуаций семейного, производственного и социального характера; юный /17 и менее лет/ и старший /30 и более лет/ возраст первородящей, наличие отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза и соматической патологии [3,4].

Исследования с помощью модифицированного Миннесотского многопрофильного личностного теста показали, что для беременных женщин в отличие от небеременных характерно стремление выглядеть перед окружающими в более благоприятном свете; отмечены выраженная тревога за состояние своего физического здоровья и повышенный уровень общей тревожности. Стабильное чувство тревоги обусловлено мыслями о будущем ребенке, беспокойством за его физическое и психическое здоровье. Нередко выявляется склонность к депрессии, что сопровождается снижением интересов и влечений к активной дея-

тельности, ощущением безразличия, некоторым затрудненным межличностных связей. Прослеживаются элементы пессимизма, неверия в успех, особенно в отношении медицинской помощи; наблюдается высокая резистентность поведения по отношению к внешним воздействиям, что медицинскими работниками обычно расценивается как нестоворчивость и упрямство. Нередко выявляются наклонность к скептицизму, недоверчивость и осторожность, склонность к интраверсии и опасения, что откровенность может иметь неприятные последствия. Интересы беременных в большей степени обращены на свое собственное состояние и обстоятельства, связанные с беременностью и родами. Чувства опасения и даже страха перед родами часто остаются внутренними переживаниями и не высказываются вслух.

Применение психотерапевтических мероприятий в комплексном лечении раннего и позднего гестоза, угрозы прерывания беременности, внутриутробной гипоксии плода, а также в случаях наличия у беременной серьезного соматического заболевания или невротического расстройства любого генеза дает, как правило, значительно более выраженный эффект, чем использование только медикаментозной терапии [5, 6, 7, 8]. Индивидуально подобранная психотерапия показана каждой женщине при любом осложнении беременности и желательна даже при физиологическом ее течении. К достоинствам психотерапевтических методик, особенно важным для беременных, относятся их физиологичность, возможность использования в любом сроке беременности, высокая эффективность, простота применения, универсальность, отсутствие побочных осложнений и негативного влияния на организм женщины и плода.

В процессе проведения психотерапевтических мероприятий обычно наблюдается достаточно выраженный эффект в виде достоверной положительной динамики клинических и лабораторных данных, а также показателей, отражающих психоэмоциональную устойчивость женщин, в частности, снижение уровня тревожности отмечается повышение толерантности к физическим нагрузкам.

Индивидуальная направленность психотерапии обеспечивается определением путем опроса, анкетирования и специального тестирования психологического статуса женщины и ее психологических проблем: волнения за состояние плода, исход беременности и родов для себя и новорожденного, страх перед родами /боязнь боли, травматизма/, отрицательное отношение мужа, других родственников и самой беременной к будущему ребенку в силу экономических, социальных и морально-этических /конфликтные ситуации в семье, алкоголизм мужа, мать-одиночка/ факторов.

В акушерской практике могут применяться все основные методы психотерапии, используемые для лечения пограничных психических состояний /невротических реакций, реактивных состояний, неврозов, психопатий, неврозо- и психопатоподобных расстройств при соматических заболеваниях/ и описанные в известных руководствах [1,2].

1. Методы личностно-ориентированной психотерапии

Рациональная психотерапия. Основой методики является умение врача, вызвав чувство доверия и уважения к своей компетентности и опыту, логически переубедить больного, при условии, что данное психическое расстройство является следствием неправильных представлений пациента, связанных обычно с ложной информацией или неверной интерпретацией имеющихся данных или просто с незнанием. При использовании данной методики ведущее значение имеют авторитетность и доброжелательность, грамотность и престиж врача, умение создавать атмосферу доверительности и использовать приемы убеждения, переубеждения, разъяснения, отвлечения, ободрения. Занятия

могут быть индивидуальными и групповыми.

Индивидуальная психотерапия. В ее основе лежит активное, взаимодействие личности врача с личностью пациентки. Основными задачами являются: 1/серьезное и всестороннее изучение личности женщины, ее взглядов, интересов; 2/выявление и анализ этиопатогенетических психоэмоциональных механизмов, способствующих возникновению и сохранению патологического состояния; 3/достижение женщиной понимания связей между ее психологическим состоянием и особенностями процессов восприятия, осмысления, характером шкалы оценок; 5/разумная коррекция системы взаимоотношений беременной с окружающими с постепенным изменением ее нежелательных ответных реакций, достижением оптимизации психологического состояния, нормализацией физиологических реакций /сон, аппетит/, взаимоотношений в семье и на производстве.

Групповая психотерапия. Данный метод предполагает целенаправленное и сознательное использование комплекса взаимоотношений и взаимодействий между членами группы, включая врача, в лечебных целях. Главными задачами являются: получение беременными полноценной информации медицинского и гигиенического характера, избавление от неверных стереотипов, овладение необходимыми навыками правильного поведения в ситуациях, связанных как с физиологическим, так и патологическим течением беременности и родового акта. В процессе проведения занятий можно осуществлять тестирование, разбор нужных тем в виде вопросов и ответов или игровых форм. При подборе группы следует в качестве возможного лидера ввести беременную с положительной самооценкой итогов бывших у нее родов. Эффективность групповой терапии иногда бывает более высокой, чем индивидуальной, так как для некоторых женщин мнение других беременных бывает более значимо, чем мнение врача.

Семейная психотерапия. Система приемов, направленных на: 1/оптимизацию взаимоотношений в семье при наличии их связи с болезненным состоянием женщины; 2/социальную реабилитацию; 3/опосредованное воздействие на беременную путем целенаправленного влияния на членов семьи /муж, родители/.

II Методы суггестивной терапии

Внушение в состоянии бодрствования. Является одновременно обязательным компонентом любого общения пациента с врачом и самостоятельным методом психотерапии. Обычно состоит из двух этапов: 1/беседы о принципах, формах и эффективности данного метода и 2/проведения внушения в соответствующей обстановке, уверенным тоном, используя данные анамнеза, объективного состояния беременной, ее характерологических особенностей.

Внушение в состоянии гипнотического сна. Включает следующие этапы: 1/определение отношения беременной к данному виду терапии; 2/оценка гипнабельности пациентки; 3/погружение в гипнотический сон; 4/проведение вербального внушения и 5/выведение из гипнотического сна. При проведении гипносуггестивной терапии пациентке внушается, что по мере улучшения состояния нервной системы симптомы заболевания будут уменьшаться и исчезнут, а сама беременность будет способствовать улучшению состояния всего организма. Содержание фраз при внушении подбирается индивидуально, тональность формулировок должна быть убедительной. Количество сеансов обычно бывает не менее 10-15, хотя нередко уже после первых сеансов наблюдается положительный эффект. При наличии у беременной твердой уверенности в успехе проводимой терапии эффект от лечения значительно возрастает. В частности, проведение гипносуггестивной терапии при неукротимой рвоте беременных позволяет получить полное

выздоровление в 82% случаев [6].

Самовнушение по Куэ. Осуществляется в периоды так называемых переходных состояний /при засыпании или пробуждении/ путем настойчивого многократного /до 30 раз/ повторения формулировок, отражающих желание избавления от болезненного состояния.

Аутогенная тренировка. Весьма доступный и результативный метод, основанный на лечебном эффекте мышечной релаксации и целенаправленного самовнушения. В начале занятия беременная принимает удобную позу /лежа, полулежа, сидя в кресле/ и, закрыв глаза, полностью расслабляет все мышцы организма /лица, шеи, конечностей, туловища/, регулируемые волевыми усилиями. Максимально сосредоточившись, женщина стремится вызвать у себя ощущение тепла в руках, затем ногах, далее ощущение тяжести в конечностях. В последующем вызывается чувство тепла и максимального расслабления в нижней части живота и ощущение прохлады в области лба. Формулировки внушения вначале вслух произносит врач, затем при появлении субъективных ощущений их повторяет про себя женщина. В процессе занятия беременная может погружаться в полудремотное состояние, а после завершения занятия испытывает ощущение спокойствия, уверенности, прилива сил, улучшения настроения. Вначале проводится курс обучения, состоящий из 8-10 ежедневных индивидуальных или групповых занятий по 1-1,5 часа под руководством врача, затем беременные могут осуществлять сеансы аутотренинга самостоятельно 2 раза в день /утром и вечером перед сном/ в течение 20-30 минут по возможности ежедневно на протяжении всей беременности.

III Другие виды психотерапии

Имаготерапия. Метод связан с психотерапевтическим эффектом как результатом участия в играх /настольных, подвижных/.

Музыкотерапия. Может использоваться самостоятельно или как фон при проведении других видов психотерапии. Музыка подбирается специально: спокойная, эмоционально положительной тональности, умеренной громкости, с учетом индивидуальных вкусов слушателей. Обычно используется классическая и народная музыка, а также современные мелодии лирического звучания. При депрессивных состояниях используется музыка радостной, оптимистической направленности.

Библиотерапия. Рекомендуются регулярное чтение книг, подбор которых осуществляется с учетом интересов и вкусов беременной и желательного психотерапевтического эффекта /отвлекающий, седативный, стимулирующий и т.д./. В последующем возможно обсуждение прочитанного индивидуально с каждой женщиной или вместе с группой беременных.

Ландшафтная терапия. Используется благотворное психотропное влияние прогулок в парке, в лесу, возле водоема с целенаправленным созерцанием картин природы, стремлением оценить красоту окружающего мира.

Можно рекомендовать по усмотрению лечащего врача-психотерапевта использование элементов других психотерапевтических методик. В частности, может применяться поддерживающая терапия, главная цель которой состоит в улучшении адаптации больных к окружающей действительности, а также интенсивная психотерапия, основной задачей которой является "переделка личности", ускорение ее "психологического созревания" /разблокирование задержанных процессов развития, нейтрализация чрезмерной агрессивности и содействие высокому уровню действия психопротективных механизмов/.

В последние годы используются некоторые модифицированные психоаналитические методики, в частности, диалектическая поведенческая, обучающая больных успешному разрешению основных жизненных

проблем, стратегии эмоционального регулирования, умению межличностного общения и толерантности к дистрессу.

В процессе общения с беременной необходимо в индивидуальном порядке выявить любые виды занятий, которые ей приятны и вызывают успокоение или положительный эмоциональный подъем /шитье, вязание, посещение музеев, выставок, просмотр любимых комедийных фильмов и т. д./, рекомендуя их в дальнейшем для регулярного использования.

Проводить занятия с применением всего комплекса психотерапевтических мероприятий должен квалифицированный врач-психотерапевт, хорошо знающий проблемы акушерства или врач акушер-гинеколог, прошедший специальную подготовку и последующую стажировку по психотерапии.

В практике акушера-гинеколога нередко встречаются случаи нарушения беременной лечебного режима, отказа выполнить те или иные рекомендации, включая отказ от госпитализации. Следует учитывать основные причины, способствующие отказу беременных выполнить рекомендации врача: 1/неадекватное, излишне оптимистическое отношение женщины к состоянию своего здоровья и отсутствие, по ее мнению, необходимости детального обследования и полноценного лечения. Этому способствуют крайне низкая информированность женщины в вопросах акушерской патологии, хорошее самочувствие и отсутствие явных признаков заболевания. 2/Характерологические особенности женщины /высокая степень конфликтности, выраженное самомнение, категоричность/, а также наличие сложных психологических ситуаций, связанных с семейными или производственными отношениями, затруднениями экономического или личностного характера. Существующие проблемы занимают ведущее положение в сознании больных, а вопросы здоровья и необходимости лечебных мероприятий отесняются в сторону как малозначимые. 3/Отсутствие уверенности в безвредности назначенного лечения для внутриутробного плода. 4/Наличие негативных сторон в медицинском обслуживании населения, с которыми больная сталкивалась ранее сама или о которых знает от других /невнимательность, некомпетентность медицинских работников, их низкая квалификация при выполнении диагностических и лечебных процедур, отсутствие в стационаре ряда лекарственных препаратов/, поэтому считает рекомендованные мероприятия бесполезными или даже вредными.

Необходимо в спокойной форме, аргументируя сведениями научно-популярного характера и примерами из практики, убедить пациентку в необходимости выполнения всех советов и назначений врача. Следует категорически избегать запугивания беременной неблагоприятным исходом родов для самой женщины или для ребенка и никогда не использовать резкие критические выражения в ее адрес. Врач должен сохранять неизменную доброжелательность и проявлять спокойствие и терпение даже при негативном поведении беременной, при повторных нарушениях ею рекомендаций. Подобная тактика дает положительный эффект, хотя требует времени и настойчивости врача. Если врачу не удастся сохранить самообладание, то больная, уловив даже невербальные проявления отрицательного к себе отношения /интонация врача, мимика/, а тем более услышав обидные слова, угрозы, теряет доверие к врачу. Взаимопонимание в этих случаях может быть утрачено полностью. В ряде случаев с целью оказать косвенное воздействие на женщину приходится прибегать к встрече с ее родственниками /мужем, родителями/.

В акушерской практике психотерапия используется чаще всего в сочетании с другими лечебными факторами, повышающими адаптационные возможности организма. В комплекс мероприятий входят диеты-

рапия, ежедневная утренняя гимнастика, лечебно-оздоровительные упражнения под руководством методиста лечебной физкультуры, проводимые с учетом срока беременности, соматического состояния и подготовленности женщины, гидротерапия /обтирания, обливания по методу П.Иванова, циркулярный душ, дождевой контрастный душ, хвойные и контрастные ножные ванны, групповые или индивидуальные занятия в бассейне/, а также электрофизиопроцедуры /электросон, центральная электроаналгезия, электрофорез брома и димедрола по воротниковой методике/ и различные виды рефлексотерапии.

При лечении беременных с пограничными психическими расстройствами дополнительно могут быть использованы фармакологические препараты в основном растительного происхождения, обладающие седативным /валериана, пустырник, натрия или калия бромид, корвалол, элениум, седуксен, радедорм, феназепан, грандаксин/ и стимулирующим эффектом /аралия, заманиха, левзея, лимонник китайский, женьшень, элеутерококк колючий/.

Активное и планомерное использование психотерапевтических мероприятий в акушерской практике с профилактическими и лечебными целями несомненно будет способствовать улучшению исходов родов для матери и ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М., 1993.
2. Карвасарский В.Д. Психотерапия. М., 1985.
3. Маринова-Михова Д.А. Психосоциальные аспекты патогенеза позднего токсикоза /гестоза/ беременных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 1992.
4. Менделевич Д.М., Сахаров Е.А. // Казан, мед. журн. 1989. С. 112-114.
5. Минович Д.Ю., Селезнев А.В., Берко А.Т. // Акуш. и гин.- 1992. 1. С. 14-16.
6. Поляков В.В. // Акуш. и гин. 1989. 5. С. 57-58.
7. Сахаров Е.А. // Вопр. охр. мат. 1989. 11. С. 42-44.
8. Уткин В.М., Иванов И.П., Мирон И.М./Хасин А.З. Комплексное лечение раннего токсикоза беременных. Метод, рекомендации. Рязань, 1989.

СТОМАТОЛОГИЯ

УДК 616.31.2:616.31.61:616.31.(079.5)

Б.Я.Булатовская, А.И.Кондратов, И.Ю.Клементьева

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ПОЛОСТИ РТА - ОСНОВА ПЛАНИРОВАНИЯ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кафедра стоматологии детского возраста

По данным исследований отечественных и зарубежных авторов кариес зубов и болезни пародонта являются самыми распространенными стоматологическими заболеваниями в мире, которые проявляются