

При коморбидности тяжелого КС и депрессии возможно одновременное назначение ГТ и антидепрессанта, либо терапия антидепрессантом должна предшествовать ГТ, поскольку показано положительное влияние современных антидепрессантов на весь спектр клинических проявлений КС [3]. Вероятно, на редукцию депрессивной симптоматики при проведении ГТ следует рассчитывать в случаях, когда дебют клинических проявлений депрессии имеет, по крайней мере, хронологическую связь с гормональными изменениями, происходящими при наступлении менопаузы. В случаях, когда развитие дефицита эстрогенов лишь способствовало обострению ранее имевшейся патологии, более целесообразно назначение антидепрессантов в сочетании с рациональной психотерапией [5].

Заключение

Таким образом, коморбидная депрессия существенно снижает приверженность гормональной терапии низкими дозами эстроген-гестагенных препаратов женщин, страдающих менопаузальным синдромом средней и большей тяжести. Одной из причин прекращения приема препаратов является недостаточная эффективность ГТ в купировании проявлений КС при наличии депрессивных нарушений иного, чем нейро-эндокринный, генеза.

Благодарность

Авторы выражают искреннюю благодарность врачам гинекологам-эндокринологам Л. В. Степановой, М. И. Хайкельсон, М. З. Оштрах, Т. А. Огурцовой и доценту М. Н. Скорняковой за самоотверженный труд и неоценимую помощь в консультировании, наблюдении пациенток и решении тактических вопросов назначения ГТ.

Литература

1. Практические рекомендации по применению заместительной гормональной терапии у женщин в перименопаузе. Климактерий, 2004; 4: 3-14.
2. Сметник В. П., Новикова О. В. Приверженность женщин заместительной гормонотерапии. Проблемы репродукции, 2002; 1: 58-61.
3. Maartens L. W., Leusink G. L., Knottnerves J. A., Pop V. J. HRT in perimenopause: what do we treat? Maturitas, 2000; 34 (2): 113-118.
4. Вихляева Е. М. Климактерический синдром. В: Вихляева Е. М. (ред.) Руководство по эндокринной гинекологии. М.: МИА, 1997. 603-650.
5. Корнетов Н. А. (ред.) Депр. расстройства при соматических заболеваниях. Пер. с англ. Киев: Сфера, 2002.
6. Степанова Л. В., Колпащикова Г. И., Обоскалова Т. А. и др. Эффективность обр. семинаров «Здоровье женщины в перименопаузе». Климактерий, 2001; 3: 80.
7. Каменецкая Г. Я., Юренева С. В. Особенности депрессивных нарушений у женщин с индуцированной менопаузой. Климактерий, 2003; 2: 4-7.
8. Li C., Samsioe G., Lidfelt J., Nerbrand C., Agardh C.D. Important factors for use of hormone replacement therapy: a population-based study of Swedish women. The Women's Health in Lund Area (WHILA) Study. Menopause 2000; 7(4): 273-81.

Полный список литературы см. на сайте www.urtm.ru

Психологическое состояние родильниц с экстрагенитальной патологией и осложненным течением беременности

Н. Б. Давыденко, Л. В. Юсупова

Федеральное государственное учреждение «Уральский научно-исследовательский институт Охраны материнства и младенчества» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию.

Резюме

Цель работы: выявить влияние медико-социальных, медико-биологических и медико-организационных факторов на тип отношения к болезни.

Материал и методы исследования: ретроспективное клинко-статистическое исследование индивидуальных карт беременных, историй родов у родильниц в позднем послеродовом периоде. Проведение скринингового опроса по анонимным анкетам.

Вывод: у женщин с дезадаптивным отношением к болезни необходима психологическая и психотерапевтическая коррекция в отношении к заболеванию и для повышения социальной адаптации в обществе.

Ключевые слова: отношение к болезни, послеродовый период, психологическое состояние.

Давыденко Наталья Борисовна — младший научный сотрудник ФГУ НИИ ОММ Россздрави.
Юсупова Лилия Вагизовна — младший научный сотрудник ФГУ НИИ ОММ Россздрави.

Введение

Развитие реабилитационного направления в современной медицине предъясвляет особые требования к изучению роли личности больного, его позиции по отношению к своему заболеванию, нарушенным системам социальных связей в связи с заболеванием и прогнозом [2].

Отношение к болезни интегрирует все психологические категории, в рамках которых анализируется понятие «внутренняя картина болезни». Это знание о болезни, ее осознание личностью, понимание роли и влияние болезни на жизненное функционирование и эмоциональные, и поведенческие реакции. Стратегия адаптивного и дезадаптивного поведения больных в настоящем и будущем предполагает различные варианты: активную борьбу с болезнью, принятие роли больного, игнорирование болезни и другие защитно-приспособительные механизмы личности, которые должны учитываться врачом в активной работе с больным [2].

Клиническое отражение общей психовегетативной неустойчивости индивида (его конституционально-соматогенной или ситуационно обусловленной эмоциональной нестабильности) представляют функциональные расстройства внутренних органов. Обязательной составной частью должны стать определение состояния вегетативной нервной системы и психозмоциональных особенностей личности [1].

Психологические методы коррекции неправильных позиций больных способствуют улучшению их состояния и профилактике рецидивов болезни.

Таким образом, для оценки возникновения функциональной патологии назрела необходимость в повседневной акушерской практике с новых позиций подойти к организации диагностической, лечебной и профилактической помощи родильницам с психологическими нарушениями.

Цель работы: выявить влияние медико-социальных, медико-биологических и медико-организационных факторов на тип отношения к болезни с целью проведения психологической и психотерапевтической коррекции.

Материал и методы исследования

Обследовано 30 родильниц в позднем послеродовом периоде (до 21 суток), находящаяся на реабилитации с ребенком в перинатальном центре, с использованием методики психологической диагностики типов отношения к болезни методом скринингового опроса по анонимным анкетам с последующим добровольным, индивидуальным консультированием. Проведено исследование их индивидуальных карт беременных и историй родов.

В соответствии с классификацией Личко А. Е. и Иванова Н. Я. (1980, 1983) выделены типы отношения к болезни.

1. *Гармоничный* — трезвая оценка своего состояния без склонности к преувеличению его тяжести и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения.

2. *Эргопатический* — «уход от болезни в работу». Стремление, несмотря на тяжесть болезни продолжать работу. Избирательное отношение к обследованию и лечению, обусловленное стремлением, во что бы ни стало, сохранить профессиональный статус и возможность продолжения активной трудовой деятельности.

3. *Анозогностический* — активное отбрасывание мысли о болезни и возможных ее последствиях. Отрицание очевидного. Приписывание проявлений болезни случайным обстоятельствам. Отказ от обследования и лечения.

4. *Ипохондрический* — сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим, преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней. Сочетание желаний лечиться и неверия в успех.

5. *Меланхолический* — удрученность болезнью, неверие в выздоровление. Активные депрессивные высказывания. Пессимистический взгляд на все вокруг.

6. *Апатический* — полное безразличие к своей судьбе, утрата интереса к жизни.

7. *Эгоцентрический* — «уход в болезнь». Выставление на показ близким и окружающим своих страданий с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы.

8. *Сенситивный* — чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни. Боязнь, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, стать обузой для близких.

С целью обобщающего анализа типы объединены в три блока, отражающих разную направленность дезадаптивного поведения.

В первый блок включены гармоничный, эргопатический и анозогностический типы реагирования, характеризующихся минимальной выраженностью социальной дезадаптации.

Второй блок включает типы с интрапсихической направленностью: апатический, ипохондрический, меланхолический, выражающихся в реакциях по типу раздражительной слабости, подавленном, угнетенном состоянии, «уходом» в болезнь, отказе от борьбы — «капитуляции» перед заболеванием.

Третий блок содержит типы реагирования личности на болезнь с интерпсихической направленностью (эгоцентрический и сенситивный типы). Эти типы отражают отношение к болезни в наибольшей степени связанное с преморбидными особенностями личности больных, характеризуются дезадаптивным поведением [2].

Результаты исследования и обсуждение

В результате скринингового опроса по анкетам с последующим индивидуальным консультированием 30 рожениц разделены на три блока по типам отношения к болезни. Первый блок составило 70%, второй блок 10% и третий 20% пациенток.

В соотношении типов реагирования к болезни в первом блоке ведущее место занимает эргопатический тип, на втором месте анозогностический тип. (рис. 1)

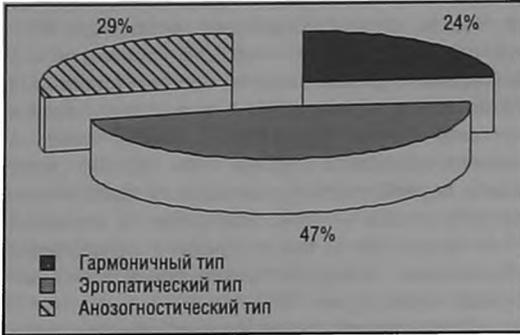
В первом блоке с гармоничным типом отношением к болезни находилось 23,8% рожениц. На учет по беременности 80% встало до 12 недель. Первороженицы составляли 60%, повторнородящие — 40%. В структуре осложнений беременности и экстрагенитальной патологии, представленной в таблице, первое ранговое место принадлежит гестозу тяжелой степени тяжести и анемии — по 80%. По сроку родов первое место принадлежит преждевременным родам — 60%. При этом, в основном (80%) роженицы имели среднее специальное образование и зарегистрированный брак, работали служащими (80%).

С эргопатическим типом отношения к болезни 90% женщин встали на учет до 12 недель. Из них, в основном первородящие — 60%. В структуре осложнений беременности и экстрагенитальной патологии первое место разделили анемия и патология мочевыводящих

Таблица. Характеристика рожениц первого блока

Показатели	Гармоничный тип		Эргопатический тип		Анозогностический тип		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Всего	5	23,8	10	47,6	6	28,5	21	70
Ранняя постановка на учет по беременности	4	80,0	9	90,0	5	83,3	18	85,7
Первороженица	3	60,0	6	60,0	4	66,7	13	61,9
Повторнородящая	2	40,0	4	40,0	2	33,3	8	38,1
Осложнения беременности								
Гестоз легкой степени тяжести	1	20,0	1	10,0	1	16,7	3	14,3
Гестоз средней степени тяжести	—	—	2	20,0	2	33,3	4	19,0
Гестоз тяжелой степени тяжести	4	80,0	2	20,0	—	—	6	28,6
Экстрагенитальная патология								
Анемия	4	80,0	4	40,0	2	33,3	10	47,6
Сердечно-сосудистые заболевания	1	20,0	3	30,0	2	33,3	6	28,6
Заболевания мочевыводящих путей	1	20,0	4	40,0	1	16,7	6	28,6
Роды								
Преждевременные роды	3	60,0	6	60,0	4	66,7	13	61,9
Срочные роды	2	40,0	4	40,0	2	33,3	8	38,1
Образование								
Среднее	1	20,0	3	30,0	1	16,7	5	23,8
Средне-специальное	4	80,0	4	40,0	3	50,0	11	52,3
Высшее	—	—	3	30,0	2	33,3	5	23,8
Профессия								
Учащаяся	—	—	1	10,0	1	16,7	2	9,5
Служащая	4	80,0	5	50,0	5	83,3	14	66,7
Домохозяйка	1	20,0	4	40,0	—	—	5	23,8
Семейное положение								
Зарегистрирован брак	4	80,0	8	80,0	2	33,3	14	66,7
Гражданский брак	1	20,0	1	10,0	3	50,0	5	23,8
Вне брака	—	—	1	10,0	1	16,7	2	9,5

Рисунок 1. Блок 1 (соотношение типов реагирования)



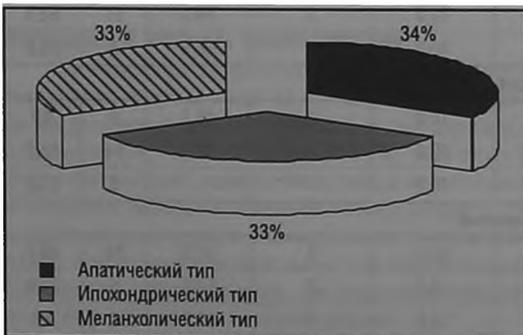
путей по 40%. У 60% родильниц беременность закончилась в сроке преждевременных родов. Среди пациенток с данным типом отношения к болезни преобладают женщины со средне — специальным образованием (40%), служащие (50%). Регистрировали брак 80% женщин.

С *анозогностическим типом отношения к болезни* 83,3% пациенток (28,5%) встали на учет по беременности до 12 недель. Первородящие составляли 66,7%. В структуре осложнений беременности и экстрагенитальной патологии на первом месте наблюдались гестоз средней степени тяжести, анемии, сердечно-сосудистая патология по 33,3%. Половина женщин имели средне-специальное образование и 83,3% из них работали служащими. В гражданском браке состояли 50% пациенток.

Таким образом, в первом блоке большинство женщин 85,7% встали на учет в ранние сроки, являлись первородящими 61,9%, имели в 28,8% случаев гестоз тяжелой степени, 47,6% — анемию, преждевременно родоразрешились 61,9%, имели средне-специальное образование в 52,3%, зарегистрированный брак в 66,7% и являлись служащими в 66,7%.

На рис. 2 изображено соотношение типов отношения к болезни, относящихся ко второ-

Рисунок 2. Блок 2 (соотношение типов реагирования)



му блоку. При этом, все типы находятся в равных соотношениях по 33,3% .

Женщины всех трех типов встали на учет по беременности до 12 недель, являлись первородящими. В структуре осложнений беременности гестоз тяжелой степени тяжести встречался у родильниц с апатическим и ипохондрическим типом. Анемия присутствовала при всех трех типах отношения к болезни. Среди экстрагенитальной патологии во втором блоке чаще обнаруживалась патология мочевыводящих путей у родильниц с апатическим и меланхолическим типом. В данном блоке в основном произошли срочные роды 66,7%. Служащие со средним образованием и зарегистрированным браком составили 66,7% .

В третьем блоке соотношение эгоцентрического и сенситивного типов отношения к болезни составляет 17 и 83% соответственно (рис. 3).

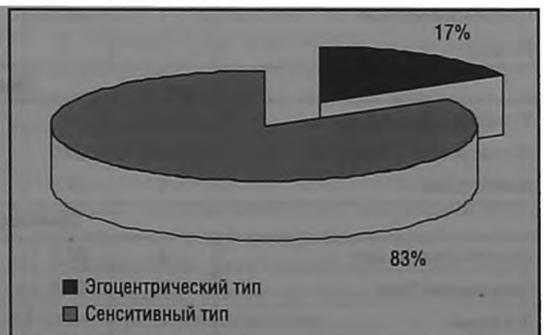
Эгоцентрический тип отношения к болезни встречался в 17%. Первородящая встала на учет до 12 недель. Беременность закончилась преждевременными родами. Женщина состояла в зарегистрированном браке и являлась домохозяйкой со средним образованием.

Все пациентки с сенситивным типом реагирования встали на учет по беременности в ранних сроках. Первородящие составили 60%. Беременность осложнилась гестозом тяжелой степени тяжести и анемией в 40% случаях. У таких женщин имелась экстрагенитальная патология в виде заболеваний мочевыводящих путей в 60% случаев. Беременность завершилась во всех случаях преждевременными родами. Высшее и среднее специальное образование имели по 40% женщин соответственно, служащие составили 60%. Брак зарегистрирован в 60% случаях.

Выводы

У женщин с гармоничным типом отношения к болезни экстрагенитальная патология встречалась реже. При таком типе возможны

Рисунок 3. Блок 3 (соотношение типов реагирования)



партнерские отношения между медицинскими работниками и пациентами.

Избирательное отношение к обследованию демонстрировали женщины с эргопатическим и анозогностическим типами отношения к болезни.

Женщины с эргопатическим типом реагирования стремятся, не смотря ни на что, продолжать работу, относясь к ней сверхответственно, что может вызвать нарушения взаимоотношений мать — ребенок. Неправильное отношение к семье наблюдалось и при анозогностическом типе. Такие женщины чаще имеют среднее образование и незарегистрированный брак, что подтверждает социальную дезадаптацию не только по отношению к болезни.

Пациентки с анозогностическим и эргопатическим типами из-за риска неправильного отношения к болезни требуют осторожного отношения при налаживании терапевтических отношений врач-пациент.

Женщине с дезадаптивным отношением к болезни требуется терапевтическая помощь психолога и психотерапевта для повышения социальной адаптации в обществе, изменения патологического отношения к болезни на более адекватное актуальному состоянию. Данная категория нуждается в дополнительной психодиагностике и индивидуальной психокоррекции.

Исследование типа отношения болезни может быть полезным для профилактики заболеваний у матери и ребенка, помогает выделить категорию пациента для индивидуальной и групповой работы психолога и психотерапевта.

Литература

1. Ишпақтин Ю. И., Коваль И. П., Ицкович А. И., Кондякова Е. Г. Влияние психовегетативного статуса беременных женщин на состояние плода и новорожденного. *Акт.вопрақуш. и гин. 2001-2002; 1 (1): 30-31.*
2. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни. *Метод.рекоменд. Л.; 1987.*

Роль семейно-ориентированных технологий родоразрешения в профилактике перинатальной патологии

Г. Б. Мальгина, Н. В. Башмакова, Н. А. Пепеляева, И. Ф. Жукова

Отделение атенатальной охраны плода федерального государственного учреждения «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (ФГУ «ГУНИИОММ Росздрава»)

Резюме

Цель работы: оценить интранатальные факторы риска перинатальной патологии доношенных новорожденных и пути преодоления их с помощью технологии «партнерских» родов.

Проведено двухэтапное ретроспективное исследование: на первом этапе анализ течения, ведения и исходов 190 срочных родов произошедших в клинике ФГУ «ГУ НИИ ОММ». На втором этапе проведен анализ течения и исходов 50 партнерских родов в сравнении с 50 родами без участия партнера (подбор методом «случай-контроль»).

Установлено, что имеется прямая зависимость между активной тактикой ведения родов и перинатальной патологией доношенных новорожденных, в частности, родоусиление увеличивает риск травматического и гипоксически-ишемического повреждения центральной нервной системы новорожденных в 1,5-2 раза. Присутствие партнера на родах сдерживает акушерскую «агрессию», поскольку уменьшается частота индукции родов, медикаментозных методов родоусиления, оперативного родоразрешения. Снижается необходимость применения медикаментов в послеродовом периоде в связи с уменьшением материнского травматизма. Улучшаются перинатальные прогнозы в связи со снижением травматизма новорожденного в 2 раза и потребности в реабилитации новорожденных в 1,5 раза.

Ключевые слова: перинатальная патология, факторы риска, доношенный новорожденный, партнерские роды, акушерские вмешательства.

Мальгина Галина Борисовна — старший научный сотрудник ФГУ «ГУНИИОММ Росздрава», д. м. н.

Н. В. Башмакова — д. м. н. проф.