

8. Евсюкова И.И., Кошелева Н.Г. Сахарный диабет: беременные и новорожденные.-СПб.: Специальная литература, 1996.-270с.
9. Козлов А.И., Вершубская Г.Г. Медицинская антропология коренного населения Севера России.- М.:Изд-во МНЭПУ, 1999.-288с.
10. Крыжановский Г.Н., Магаева С.В., Макаров С.В. Нейроиммунопатология.-М.: Медицина, 1997.-284с.
11. Матлина Э.Ш. Обмен катехоламинов в гормональных и медиаторных звеньях при стрессе //Успехи физиологических наук.-1972.-№4.-С.92-130.
12. Меерсон Ф.З. Адаптационная медицина: защитные перекрёстные эффекты адаптации.-М.: Медицина, 1993.-197с.
13. Моисеев В.С., Ивлева А.Я., Кобалава Ж.Д. Гипертония, атеросклероз, сахарный диабет — проявления метаболического синдрома X //Вестник РАМН.-1995.-№5.-С.15-18.
14. Пасман Н.М. Клинико-морфологическая характеристика адаптационных реакций при беременности: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.-Новосибирск.-1996.- 50с.
15. Скосырева Г.А. Влияние природных факторов Азиатского Севера на репродуктивное здоровье женщин: Автореф.дис. ... д-ра мед.наук.- Новосибирск, 2002.-36с.
16. Хаснулин В.И., Скосырева Г.А., Киркича Н.В., Хаснулина Л.В. Дизадаптивные механизмы формирования акушерско-гинекологической патологии у женщин детородного возраста Ханты-Мансийского автономного округа //Бюллетень РАМН.-1996.-№1.-С.77-80.

УДК 618.3+616-056.52:616.45-001.1/3

ВОЗМОЖНОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ПОДХОДА ПРИ ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

В.Н.Прохоров

Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург

Ожирение относится к весьма распространенной форме патологии обмена веществ, и частота его не имеет тенденции к снижению, особенно в экономически развитых странах, где удельный вес беременных с данной патологией имеет место в 15,5-26,9%. Оказывая негативное влияние на состояние основных систем и органов, ожирение значительно повышает риск патологического течения беременности, родов, послеродового периода у женщин и перинатальной заболеваемости и смертности у новорожденных [2,6].

Проведение лечебных мероприятий по коррекции акушерских осложнений у тучных беременных является весьма сложной задачей. Ее сложность объясняется не только с медицинских позиций, поскольку у женщин обычно диагностируется несколько серьезных экстрагенитальных заболеваний, нередко имеет место отягощенный акушерский и гинекологический анамнез, но и с психологических позиций, поскольку у этих женщин наблюдается необоснованный оптимизм в отношении собственного здоровья даже при наличии акушерской и экстрагенитальной патологии, категоричность взглядов и выраженная резистентность к рекомендациям медицинских работников.

Тактика врача акушера-гинеколога при ведении беременности у тучных во многом определяется рядом следующих факторов: формой и степенью тяжести ожирения, особенностями анамнеза, наличием и характером сопутствующих экстрагенитальных заболеваний и акушерских осложнений, психологическим состоянием женщины, её отношением к беременности и будущему ребенку.

Женщины с ожирением, не подготовленные соответствующим образом к беременности, должны осуществлять необходимое обследование и лечение, начиная с I явки в женскую консультацию, т.е. с I триместра гестации. На основании собственных наблюдений в процессе работы нами были разработаны алгоритмы проведения мероприятий по ведению беременности и родов у тучных, которые были использованы в практической деятельности.

Цель работы: использование психосоматического подхода при ведении беременных с ожирением для оптимизации исходов родов.

Материал и методы исследования. Обследование беременных с ожирением предусматривало оценку состояния соматической и психической сферы женщины и возможность вынашивания беременности, а также оценку характера основных метаболических процессов и включало сбор анамнеза, определение особенностей общего соматического и генитального статуса, стандартные методы обследования с выполнением клинических, биохимических, бактериологических анализов и аппаратных методов обследования, используемых в акушерской практике. Помимо осуществления общепринятых консультаций (терапевта, стоматолога, ЛОР-врача, окулиста) беременных направляли на прием клинического психолога, невропатолога, эндокринолога.

В дальнейшем осуществлялась в динамике оценка состояния основных функциональных систем организма беременной, включая оценку психологического статуса и состояния метаболических процессов в организме, состояния фетоплацентарного комплекса, состояния внутриутробного плода (наличие гипоксии, гипотрофии, тенденции к макросомии), выявление акушерских осложнений (позднего гестоза, угрозы прерывания беременности и т.д.) и оценка его резервных возможностей. В конце беременности помимо вышеизложенного производилась соматическая (состояние родовых путей и реактивность матки) и психологическая оценка готовности организма беременной к родам (формирование устойчивой положительной родовой доминанты и отсутствие невротической симптоматики и страхов перед родами). Осуществлялась также оценка системы гемокоагуляции и иммунного статуса.

Психотерапевтическим мероприятиям в лечении тучных беременных следует придавать особое значение. Психосоматическая концепция возникновения и лечения разнообразных заболеваний, доказала свою значимость в различных областях медицины [1], включая практическую деятельность акушеров-гинекологов [3].

Главными задачами при проведении психотерапевтических мероприятий являются: возвращение спокойствия и душевного комфорта женщинам, овладение ими умением правильно оценивать состояние собственного здоровья (исключая как необоснованный пессимизм, так и чрезмерный оптимизм), формирование у беременных стабильной родовой доминанты и стремления сознательно и аккуратно выполнять рекомендации врача по диететике, ЛФК, медикаментозному лечению.

Соответственно поставленным задачам должен применяться комплекс психотерапевтических мероприятий. Наиболее применяемыми и результативными являются следующие методики: 1) индивидуальная рациональная психотерапия; 2) групповые тематические занятия; 3) психо-физиологические тренировки; 4) аутогенная тренировка; 5) семейная психотерапия.

Тучным беременным рекомендуется диета N8 по М.И.Певзнеру с общим калоражем не более 2500,0-2800,0 килокалорий. Суточное содержание белка доходит до 85-95,0 г, из которых протеины половины животного происхождения составляют не более половины. Количество углеводов снижается до 250,0-350,0 г в сутки (основная их часть должна быть представлена в виде свежих овощей и фруктов), жиров - до 50,0-55,0 г. Количество поваренной соли, потребляемой в сутки, уменьшается до 3,0-3,5 г.

Всем беременным было рекомендовано 1-2 раза в неделю полностью исключать из рациона мясные блюда и употреблять только растительную пищу, шире использовать речные и морские рыбные продукты в отварном и паровом виде. Около 80% употребляемых в пищу жиров приходилось на растительные масла (подсолнечное, кукурузное, оливковое, соевое).

Лечебная физкультура (ЛФК) занимает важное место в совокупности лечебных мероприятий по ведению беременности у тучных. Известно, что умеренные, но регулярные физические нагрузки оказывают тренирующее действие на сердечно-сосудистую и дыхательную системы, повышают резистентность организма к воздействию неблагоприятных экзо- и эндогенных факторов, повышают иммунитет и функциональные возможности эндокринной системы человека. Пациенткам рекомендуются ежедневные занятия ЛФК, которые проводятся соответственно методическим рекомендациям по физической и психической подготовке беременных к родам [4, 5].

На протяжении беременности женщинам проводилась метаболическая липотропная терапия соответственно форме и степени ожирения с учетом клинических и лабораторных данных, а также лечение имеющейся акушерской и экстрагенитальной патологии.

После родов и выписки женщин из стационара был проведен анализ частоты и структуры акушерской патологии в родах у 780 тучных женщин с алиментарно-конституциональным ожирением (АКО), при ведении беременности у которых был использован предложенный нами алгоритм (основная группа), в сравнении с аналогичными показателями у женщин с ожирением, у которых беременность велась по стандартной методике (контрольная группа). Данные этого анализа представлены в табл.

Таблица

Сравнительная оценка некоторых акушерских показателей у женщин с АКО при ведении беременности по стандартной методике и по предложенному алгоритму

Акушерские показатели	Группа женщин с АКО (стандартное ведение беременности)		Группа женщин с АКО (предложенный алгоритм ведения беременности)	
	n=780	%	n=125	%
Ранний гестоз	82	10,5	10	8,0
Поздний гестоз	523	67,0	45	36,0
Структура позднего гестоза:	523	200	45	29
- водянка беременных	321	2	16	-
- нефропатия беременных	100	38,2	100	64,6
- преэклампсия	61,4	0,4	35,5	-

Акушерские показатели	Группа женщин с АКО (стандартное ведение беременности)		Группа женщин с АКО (предложенный алгоритм ведения беременности)	
	n=780	%	n=125	%
Несвоевременное излитие околоплодных вод	282	36,1	15	12,0
Слабость родовых сил	222	28,5	19 **	15,2
Кровотечения в родах	42	5,4	7	5,6
Ручное отделение последа и обследование полости матки	59	7,6	11	8,8
Разрывы шейки матки	75	9,6	13	10,4
Травмы промежности	229	29,4	19 **	15,2
Операция кесарева сечения	138	17,6	28	22,4
Послеродовая инфекция	94	12,0	12	9,6
Гипогалактия	301	38,6	33 **	26,4
Гипертензивные состояния после родов	191	24,5	18	14,4
Крупный плод	182	23,3	14 **	11,2
Хроническая внутриутробная гипоксия плода	196	25,1	23	18,4
Болезни новорожденных	323	41,1	24 *	19,2
Перинатальная смертность (в ‰)	15	19	8 **	6,4

Примечание: различия между сравниваемыми группами достоверны при $p < 0,001$ - *; $p < 0,01$ - **; $p < 0,05$ - ^; n - число исследований.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ клинических показателей свидетельствует, что в результате использования предложенного нами алгоритма ведения беременности произошло значительное снижение частоты случаев позднего гестоза с формированием более оптимальной его структуры: достоверно увеличился удельный вес водянки беременных при соответствующем снижении удельного веса нефропатии беременных и исчезновении случаев преэклампсии. Следует также отметить достоверное снижение количества случаев несвоевременного излития околоплодных вод, слабости родовых сил, травматизма промежности, гипогалактии, гипертензивных состояний после родов, рождения крупных плодов, а также болезней новорожденных, перинатальной смертности.

Таким образом, полученные результаты убедительно показывают позитивные возможности психосоматического подхода при ведении тучных беременных, которые традиционно относятся к группе высокого риска. Избранный подход позволяет максимально оптимизировать процессы адаптации женщин с ожирением к развивающейся беременности и улучшить эффективность лечебных мероприятий. Данная методология позволяет максимально использовать немедикаментозные лечебные факторы (психотерапия, диетотерапия и ЛФК) и значительно снизить медикаментозную нагрузку на женщину и плод. Все это позволяет считать психосоматический подход наиболее целесообразным в акушерской практике как самый физиологический, оптимальный экологически и достаточно результативный.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк.учебн.: Пер.с нем.-М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999.-376с.
2. Голикова Т.П., Дурандин Ю.М., Ермолова Н.П. и др. Осложнения беременности и родов у женщин с ожирением //Вестн.Рос.ассоц.акуш.-гин.-1999.-N2.-С.56-58.
3. Жариков М.Н., Демидова Е.М. Психические нарушения в структуре нормальной и патологической гинекологии //Топ-медицина.-1997.-N4.-С.13-20.
4. Кира Е.Ф., Пономаренко Г.Н., Скворцов В.Г. и др. Практический справочник акушера-гинеколога. Изд.-е 2-е, перераб.и доп.-СПб.: Стройлеспечат, 1997.
5. Фролова О.Г. Николаева Е.И., Филимонов В.Г. и др. Физическая и психическая подготовка беременных к родам: Методические рекомендации МЗ СССР. - М., 1990.-49с.
6. Чернуха Е.А., Чернуха Г.Е. Ведение беременности и родов у женщин с ожирением //Акуш.и гин.-1992.-N1.-С.68-73.