

Косцова Л.В.¹, Жегздрин О.А.², Косцова А.З.³

¹ Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

² Женская консультация № 5, Гродно, Беларусь

³ Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь

МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ И СИТУАТИВНО-ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ФАКТОРЫ В ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ЖЕНЩИН С РАННЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ПОТЕРЕЙ. ПУТИ РЕАБИЛИТАЦИИ

Актуальность. На современном этапе проблема невынашивания беременности приобрела особую клиническую значимость и, несмотря на достигнутые в последние годы успехи в профилактике и лечении данной патологии, частота ее остается стабильной и высокой. При этом актуальны вопросы снижения числа репродуктивных потерь, улучшения демографической ситуации в стране, усиления роста ответственности за психическую полноценность будущего поколения, что, на наш взгляд, тесно связано с повышением значимости своевременного психологического сопровождения женщины после репродуктивной потери.

Цель. Оценить социально-психологические характеристики женщин с невынашиванием беременности ранних сроков и предложить формы психологической поддержки для данной категории пациентов.

Методы исследования. Выборка представлена 64 женщинами с первичным эпизодом потери беременности и наличием ближайших репродуктивных планов. Группа пациентов после раннего невынашивания разделена на две подгруппы. Подгруппа 1 (n=34) проходили традиционную прегравидарную подготовку для планирования новой беременности, подгруппе 2 (n=30) осуществлялось как гинекологическое, так и психологическое сопровождение.

Реакция женщин на ситуацию первичного эпизода потери беременности оценивалось путем определения уровня реактивной тревожности (РТ) с помощью шкалы Спилберга – Ханина при выписке и через 3 месяца.

Для проведения статистического анализа применен пакет программ «Statistica10.0».

Результаты и их обсуждение. Возраст пациентов составил 28 (26;34) лет в подгруппе 1 и 28 (25;32) лет в подгруппе 2 ($p>0,05$). Срок потери гестации в обеих подгруппах составил 9,4 (8,7;11,7) и 9,9 (8,9;11,1) недель, соответственно ($p>0,05$).

У женщин в подгруппе 1 показатель РТ составил 50 (46;54), у женщин в подгруппе 2 – 51 (46;54) ($p>0,05$) и соответствовали очень высокому уровню. У 79,41 (63,2; 89,65)% в подгруппе 1 и у 80 (62,69;90,49)% в подгруппе 2 был зарегистрирован высокий уровень РТ. Только у 20,59 (10,35;36,8)% и 20 (9,51;37,31)% в двух подгруппах был определен умеренный уровень РТ ($p>0,05$).

Подгруппа 1 проходила традиционную прегравидарную подготовку, а подгруппе 2 осуществлялось как гинекологическое, так и психологическое сопровождение психологами женских консультаций. Программа психологической интервенции включала дыхательную гимнастику, аутотренинг, нервно-мышечную релаксацию, музыку и арт-терапию.

Спустя 3 месяца повторно была проведена оценка уровня РТ. В подгруппе 1 уровень РТ составил 42 (30;45), что соответствует умеренному уровню. Значение РТ в подгруппе 2 составило 30 (29;30) и свидетельствовало о низком уровне РТ, а также сбалансированном эмоциональном состоянии ($p<0,05$).

В подгруппе 1 спустя три месяца у 11 женщин (32,35 (19,13; 49,16))% отмечался низкий показатель РТ, у 18 (52,94 (36,74; 68,55))% – умеренный, у 5 женщин (14,71 (6,45; 30,13))% показатель соответствовал высокому значению РТ. В подгруппе 2 у 76,67 (59,07; 88,21)% отмечен низкий уровень РТ, у 20 (9,51; 37,31)% – умеренный уровень и только у 1 женщины (3,33 (0,59; 16,67))% показатель РТ остался на высоком уровне.

Таким образом, опыт включения в программу прегравидарной подготовки к планируемой беременности комплекса различных форм амбулаторной психологической интервенции уже через 1 неделю после прерывания гестации признан положительным.
