



Психотерапевтическая диагностика и психокоррекция как метод диагностики и лечения угрозы невынашивания беременности

О.В. Михеева ✉

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Москва, Россия
✉ miheeva-1969@mail.ru

Аннотация

Частота преждевременных родов (ПР) в мире – 6–12%. Несмотря на значительное количество исследований, посвященных изучению возможностей диагностики и прогнозирования ПР, в настоящее время не существует методов, обладающих абсолютной диагностической или прогностической ценностью.

Материалы и методы. На базе ГУЗ «Перинатальный центр» был разработан и применен с 2003 г., дополнен в 2010 г. метод психотерапевтической диагностики и психокоррекции (МПДП) для диагностики акушерских и неонатальных осложнений, в том числе угрозы невынашивания беременности (УНБ) и ПР, по психотерапевтическим критериям и проведения психокоррекции патологического состояния женщины.

Результаты и обсуждение. МПДП позволяет распознать патологическое состояние при нарушениях, связанных с беременностью, родами, с рождением новорожденного, особенно на ранних стадиях развития отклонений, когда возникшие нарушения невозможно выявить стандартными методами обследования, помогает вскрыть причину патологических изменений, особенно в тех случаях, когда отсутствует значимый лечебный эффект от проводимой стандартной терапии, провести психотерапевтическую коррекцию патологического состояния в сторону, благоприятную для матери, плода, новорожденного, в том числе снизить последствия в случае наступивших ПР. Преимущество МПДП – быстрота, отсутствие различной аппаратуры. Проведение диагностики уже включает беременную, роженицу, родильницу в коррекцию ее состояния, может проводиться в экстренных, плановых и экстремальных ситуациях, перед и во время операции, в случае начавшегося кровотечения, острой гипоксии плода и других случаях. МПДП основан на субъективной оценке женщиной своего состояния.

Заключение. МПДП может как быть основным методом диагностики и лечения УНБ, так и сочетаться с традиционными лечебно-диагностическими мероприятиями у беременных. МПДП позволяет выявлять акушерские и неонатальные осложнения, в том числе на ранних стадиях их развития, еще не подтверждаемых стандартными методами обследования, проводить психокоррекцию патологического состояния. Субъективная оценка женщиной своего состояния позволяет распознать ранние признаки нарушений и применить соответствующее лечение и психокоррекцию в МПДП. Отсутствие ранее выявляемых психотерапевтических критериев при проведении повторных МПДП свидетельствует об эффективности лечения УНБ и отсутствии акушерских и неонатальных осложнений в дальнейшем.

Ключевые слова: психотерапевтическая диагностика, группы риска, скрининговое обследование беременных, психотерапия угрозы невынашивания, диагностика акушерских и неонатальных осложнений.

Для цитирования: Михеева О.В. Психотерапевтическая диагностика и психокоррекция как метод диагностики и лечения угрозы невынашивания беременности. *Клинический разбор в общей медицине.* 2024; 5 (8): 33–41. DOI: 10.47407/kr2024.5.8.00457

Psychotherapeutic diagnosis and psychocorrection as a method for diagnosis and treatment of threatened miscarriage

Olga V. Mikheeva ✉

Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia
✉ miheeva-1969@mail.ru

Abstract

The global prevalence of preterm labor (PL) is 6-12%. Despite the large number of studies focused on exploring the options for diagnosis and prevention of PL, there are currently no methods of absolute diagnostic or prognostic value.

Methods. The authors of the paper have developed a psychotherapeutic diagnosis and psychocorrection method (PDPM) for the diagnosis of obstetric and neonatal complications, including threatened miscarriage (TM), PL based on psychotherapeutic criteria and for psychocorrection of women's disorders, which have been used since 2003 and was amended in 2010, at the Perinatal Center in Saratov.

Results and discussion. PDPM makes it possible to recognize the disorders in individuals having abnormalities associated with pregnancy and labor, especially at the early stage of the disorder development, when the emerging disorder cannot be detected by standard assessment methods, helps to find the cause of pathological changes, especially in cases when the use of standard therapy has no significant therapeutic effect, perform psychotherapeutic correction of the disorder in the way most positive for mother, fetus, and the newborn, including reducing the consequences in cases of preterm labor. The advantages of PDPM are rapidity, the lack of various equipment, the fact that the diagnosis engages a pregnant woman, puerpera in adjustment of her condition, the fact that PDPM can be used in emergency, stationary, and extreme situations, before and after surgery, in cases of hemorrhage, acute intrauterine hypoxia, and in other cases. PDPM is based on the woman's subjective assessment of her condition.

Conclusion. PDPM can be the main method for diagnosis and treatment of TM, obstetric, neonatal complications; the method can also be combined with conventional treatment and diagnosis measures in pregnancy. The lack of the earlier reported psychotherapeutic criteria during repeated application of PDPM suggests the effectiveness of TM treatment and the lack of obstetric and neonatal complications in the future.

Keywords: psychotherapeutic diagnosis, groups at risk, screening of pregnant women, psychotherapy of threatened miscarriage, diagnosis of obstetric and neonatal complications.

For citation: Mikheeva O.V. Psychotherapeutic diagnosis and psychocorrection as a method for diagnosis and treatment of threatened miscarriage. *Clinical review for general practice.* 2024; 5 (8): 33–41 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2024.5.8.00457

Введение

Преждевременные роды (ПР) – одна из значимых проблем в охране здоровья матери и ребенка. В современном мире за последние 60 лет не происходит снижения частоты ПР, они составляют 9,5% всех родов и ежегодно завершаются рождением 15 млн недоношенных [1]. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, преждевременными называют роды, наступившие в сроки беременности от 22 до 36 нед и 6 дней (154–259 дней) начиная с первого дня последней нормальной менструации при регулярном менструальном цикле, при этом масса тела плода составляет от 500 до 2500 г [2].

В клинической практике у 45–50% женщин не удается установить истинную причину, из-за которой произошло самопроизвольное прерывание беременности. Эти пациентки составляют группу «необъяснимого» невынашивания беременности [3]. Частота невынашивания беременности колеблется от 10 до 25% от общего числа зарегистрированных беременностей у всех женщин репродуктивного возраста, а от 10 до 15% всех первых беременностей терпят неудачу. В России частота самопроизвольного прерывания беременности среди молодых беременных относительно высока и составляет от 15 до 23% всех зарегистрированных беременностей [4]. Отсутствие научных основ не только этиологии, но и патогенеза ПР не позволяет достичь практических результатов ни в профилактике, ни в лечении этого осложнения беременности [2].

Стратегия риска в акушерстве предусматривает выделение групп женщин, у которых беременность и роды могут осложниться нарушением жизнедеятельности плода, акушерской или экстрагенитальной патологией (ЭГП) [5]. В течение многих лет в Российской Федерации выделяют группы риска, в том числе определяющие вероятность развития ПР [6]. Различные факторы риска оказывают неодинаковое влияние на уровень перинатальной заболеваемости и смертности. В их совокупности тяжело определить степень влияния одного фактора на другой, их совместное влияние, возможность синергизма или антагонизма факторов [5]. Как положительная, так и отрицательная оценка прогностической системы до сих пор остается спорной. Только у 10–30% женщин, отнесенных в группы риска, на самом деле наблюдаются те неблагоприятные исходы беременности, которые прогнозировались на основании использования формальной системы учета риска [7]. Несмотря на общеизвестность факторов риска, в настоящее время невозможно предсказать начало родовой деятельности, что связано с многофакторной этиологией ПР [6]. До сих пор остается неясным, почему одни и те же инфекционные агенты в одном случае вызывают тяжелое поражение плода или невынашивание беременности, а в другом – практически не влияют на ее течение [8].

Неразвивающаяся беременность можно рассматривать как мультифакториальное заболевание – результат действия множественных локусов и большого коли-

чества внешних и внутренних факторов. В настоящее время наибольший интерес вызывают генетические, тромбофилические и иммунные факторы, которые являются наименее изученными. Однако объединить эти данные не удастся, так как результаты одних исследований противоречат результатам других [9].

Перед учеными, врачами, мировым сообществом всегда стоит этический вопрос: насколько необходимо вмешиваться в процессы, связанные с сохранением беременности? Сохранять любыми методами или не мешать природным эволюционным механизмам? И где проходит грань, отделяющая естественный отбор от профессионального долга [10]? По нашему мнению, угрозу невынашивания беременности (УНБ) нельзя однозначно считать патологией. Одной из вероятных причин невынашивания является несовместимость матери, отца и ребенка. Причина несовместимости может лежать в глубинных генетических путях формирования эволюционного развития человека. Это является своеобразным защитным механизмом против неполноценного потомства, и природа, не допуская этого, прекращает дальнейшее формирование уже зачатого плода. В этом случае сохранение беременности неэффективно и негуманно.

На протяжении длительного времени ученые многих стран исследуют и пытаются решить с помощью различных методов проблему невынашивания беременности и ПР.

Несмотря на современные достижения в области физиологии, гинекологии и акушерства, повышение научного уровня и использование различных форм психотерапии, психологические проблемы материнства и беременности остаются во многом нерешенными [4].

Цель исследования – разработка метода быстрого эффективного определения диагноза УНБ с установлением причин патологических отклонений от нормы, разработка методики проведения диагностирования и психокоррекции по устранению или снижению патологических последствий, связанных с УНБ, ПР, акушерскими и неонатальными осложнениями.

Материалы и методы

Исследование проводилось в ГУЗ «Перинатальный центр» за период 2016–2018 гг.

На период исследования перинатальный центр является стационаром 3-го уровня, в нем принимают более 5 тыс. родов в год, что составляет в среднем 20% от всех родов в Саратовской области. Центр имеет в своей структуре стационар, консультативно-диагностическую поликлинику и профилирован по оказанию помощи пациенткам с ЭГП и тяжелыми акушерскими и неонатальными осложнениями, ПР. Стационарная помощь оказывается женщинам с 22 нед беременности [11].

На основании субъективного восприятия женщиной своего состояния были выявлены психотерапевтические критерии (ПК), позволяющие с достаточной степенью достоверности диагностировать различные варианты УНБ, одновременно проводить психокоррекцию

беременных для уменьшения негативных последствий, а порой и полностью нормализовать состояние матери в сторону, благоприятную для развития беременности и рождения ребенка. Это легло в основу метода психотерапевтической диагностики и психокоррекции (МПДП).

ПК могут быть основные, определяющие основное развитие патологических отклонений, дополнительные, указывающие на тяжесть состояния: нарушение сна, страх, тревога, мешающие выполнять привычные действия, боль, не соответствующая клинике заболевания, осложнения [12].

В наших исследованиях мы выделяем 4 варианта УНБ и их сочетания по ведущим ПК и патологическому состоянию в МПДП. Варианты УНБ в МПДП объединяют все известные факторы и причины, вызывающие невынашивание, прерывание беременности: генетические, эндокринные, инфекционные, иммунные, тромбофилические и коагулопатические, гинекологические, экстрагенитальные, психоэмоциональные и др. Деление на варианты УНБ позволяет быстро оценить состояние женщины и провести психокоррекцию. При устранении причины УНБ в МПДП организм естественным образом устраняет последствия, связанные с невынашиванием. В случае УНБ, связанной с «ошибками природы», психотерапия не приводит к пролонгированию данной беременности, но снижает риск акушерско-гинекологических осложнений, психосоматических нарушений для матери, связанных с прекращением беременности. Применение МПДП не требует дорогостоящего оборудования и занимает мало времени, может применяться как в экстренном, так и в плановом порядке, при индивидуальных и групповых формах работы. Метод может использоваться при скрининговом обследовании беременных для диагностики и психокоррекции УНБ, высокого риска ПР и других акушерских и неонатальных осложнений. ПК дают возможность прогнозировать акушерские, неонатальные осложнения, в том числе на ранних стадиях их развития, когда традиционные методы обследования (аускультация, наружный осмотр, ультразвуковое исследование, доплерометрия, кардиотокография плода) еще не позволяют этого сделать. Иногда выявляются не один, а несколько ПК одновременно, указывающих на наличие разных причин формирования патологических состояний у женщины, выраженность УНБ, и в зависимости от этого строится психокоррекция данных состояний.

Психотерапия проводится методом работы с сознанием, основанным на свободном выборе женщины, исключаются все психотерапевтические методы, связанные с воздействием на организм матери и ее психику. Применяются психотерапевтическая беседа, собеседование, упражнения по ощущению ребенка, по работе с болью, тревогой, пустотой, дыхательная гимнастика. При необходимости включаются элементы семейной психотерапии. Групповая форма работы предпочтительнее индивидуальной. Эффективность психокоррек-

ции отслеживается по одновременному исчезновению признаков УНБ и ранее выявляемых ПК при повторных проведениях МПДП.

МПДП чаще всего применялся у пациенток с резистентностью к лечению осложнений течения беременности и/или с высоким риском их возникновения. В исследуемых группах пациентки с ЭГП, хронической внутриутробной гипоксией плода (ХВГП), экстракорпоральным оплодотворением (ЭКО), многоплодной беременностью, центральным предлежанием плаценты встречались чаще, чем в целом по перинатальному центру (ЭГП – 137,2%, ХВГП – 26,7%, ЭКО – 1,4%, двойня – 1,9%, центральное предлежание плаценты – 0,4%).

МПДП обследованы две группы беременных, госпитализированных в перинатальном центре. Первая группа – 51 женщина с угрозой ПР, ложные схватки. Вторая группа – 44 женщины с другими осложнениями беременности до 37 нед, не выставлен диагноз угрозы ПР. С ЭГП 149% беременных – в 1-й группе, 186,4% – во 2-й группе, факторы инфицирования – соответственно 62,7% и 65,9%, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез – 60,8% и 63,6%, рубец на матке – 15,7% и 15,9%, синдром задержки развития плода – СЗРП, фетоплацентарная недостаточность – ФПН (ХВГП) – 7,8% и 47,7%, двойня – 7,8% и 11,4%, акушерский пессарий – 5,9% и 2,3%, центральное предлежание – 3,9% и 6,8%, низкая плацентация – 3,9% и 2,3%, ЭКО – 1,9% и 13,6%.

По срокам гестации: 22–27 нед у 25,5% женщин 1-й группы и 27,3% – 2-й; 28–33 нед – соответственно 29,4% и 38,6%; 34–37 нед – 45,4% и 34,1% [11].

Результаты

Проведено 108, 101 индивидуальных и 44, 29 групповых занятий с беременными 1 и 2-й группы соответственно. МПДП выявлялись ПК: дополнительные ПК – 72,5% в 1-й и 72,7% во 2-й группе, что свидетельствует о тяжести состояния пациенток; основные ПК.

- ПК, относящиеся к повышенному тону матке:

1. Тянущие боли, тонус матки. Причина состояния – форсированные действия (84,3% – 1-я группа, 38,6% – 2-я).

2. Ощущение месячных, тонус матки. Причина состояния – нарушение взаимодействия «мать–плод» через «инстинкт», или «ошибка природы» (39,2% – 1-я группа, 20,5% – 2-я). Несмотря на то, что во 2-й группе отсутствовали женщины с диагнозом угрозы ПР, ПК указывали на противоположное.

- ПК, указывающие на гипоксию плода:

3. Связь проявления агрессии с болезненными, более 5 мин, или часто повторяющимися в течении часа кратковременными дискомфортными шевелениями плода, тонусом матки. Причина – состояние агрессии (54,9% – 1-я группа, 50% – 2-я).

4. Жжение, дискомфортные ощущения в области пупка, дергание за пупок (7,8% – 1-я группа, 9,1% – 2-я).

В 1-й группе достаточно высокий процент женщин с признаками, указывающими на гипоксию плода

(54,9%), но при стандартных методах обследования – 7,8%.

• ПК, связанные с нарушением условий формирования плода. Причина – неверные действия женщины или «ошибка природы»:

5. Пропадает ощущение ребенка, когда он не шевелится: «ничего не чувствую», легкость, воздушность, пустота в области матки (82,4% случаев – 1-я группа, 88,6% – 2-я).

ПК выявляет более тяжелое состояние женщины, трудно диагностируемое на ранней стадии развития современными методами обследования. ПК могут сочетаться у одной женщины. Причины патологического состояния – «исключение мужчины», подавление тревоги, конкретное планирование жизни ребенка, «ошибка природы». «Ничего не чувствую» – 41,2% в 1-й группе, 61,4% во 2-й; легкость в животе – 31,4% и 31,8% соответственно; пустота в животе – 21,6% и 29,5%.

6. Отсутствие ощущения беременности (29,4% – 1-я группа, 65,9% – 2-я).

Во 2-й группе у 65,9% женщин пропадало ощущение беременности, что может говорить о невключенности организма в перестройку, связанную с беременностью. В этой группе самый высокий процент женщин с ЭГП, ФПН, СЗРП, ЭКО, с досрочным родоразрешением.

• ПК, указывающие на причину неверных действий женщины:

7. «Исключение мужчины» (54,9% – 1-я группа, 68,2% – 2-я).

8. Отсутствие ощущения тревоги при нарушениях ($\approx 20\%$ пациенток).

9. Постоянные мысли и/или ментальные установки, утверждения (54,9% – 1-я группа, 68,2% – 2-я).

Из осложнений со стороны матери: отслойка плаценты без значительной кровопотери (3,9% – 1-я группа, 2,3% – 2-я; тяжелая преэклампсия, нефропатия 2, 3% – 2-я группа).

В 1-й группе родили преждевременно 7 (13,7%) пациенток, один новорожденный с экстремально низкой массой тела, трое – с низкой массой тела и трое – с массой более 2500 г. Находились в отделении реанимации новорожденных 6 детей, в том числе один на искусственной вентиляции легких (ИВЛ), из них 5 дышат сами, 3 из последних периодически нуждаются в подаче кислорода. Все дети выписались домой в удовлетворительном состоянии. В этой группе основные ПК: «тянущие боли в сочетании с тонусом матки» в 100% случаев, «исключение мужчины» – 85,7%, пропадало ощущение ребенка – 71,4%, болезненные шевеления – 57,1%, ощущение месячных – 42,9%, мысли – 42,9%, отсутствие ощущения беременности – 14,3%. Дополнительные ПК в 1-й группе – 71,4%.

В 1-й группе (преждевременно родившие) в 57,1% случаев диагностировался ПК, указывающий на гипоксию плода, по истории родов женщинам не выставлялись диагнозы ФПН, СЗРП.

Во 2-й группе, где не было беременных с угрозой ПР (по истории родов), в действительности досрочно родо-

разрешились 12 (27,3%) пациенток и произошел 1 (2,3%) выкидыш у женщины с тяжелой формой преэклампсии. Двое детей (16,7%) на совместном пребывании, в реанимации 10 (83,3%) новорожденных, в том числе 3 (30%) дышат сами, 7 (70%) – на ИВЛ, из последних один умер от порока сердца. Выявлялись ПК: пропадало ощущение ребенка в 100% случаев, «исключение мужчины» – 84,6%, постоянные мысли – 69,2%, болезненные шевеления плода – 61,5%, отсутствие ощущения беременности – 53,8%, тянущие боли – 30,8%, ощущение месячных – 7,7%. Дополнительные ПК во 2-й группе – 76,9%. В дальнейшем 11 детей из 12 выписались домой.

Во 2-й группе в 100% случаев МПДП выявлялся ПК, указывающий на нарушение условий для формирования плода, что, возможно, и явилось причиной досрочного родоразрешения. ПК «тянущие боли в сочетании с тонусом матки» диагностировался МПДП в 30,8% случаев у женщин 2-й группы, но по истории родов в составе этой группы не было пациенток с диагнозом угрозы ПР.

Обсуждение

Проведенные исследования свидетельствуют о несовершенстве существующих методов обследования в акушерстве и о преимуществе МПДП. Во 2-й группе исследуемых беременных, где по истории родов, стандартным методам обследования не диагностировалась УНБ, МПДП выявлялись признаки невынашивания: ПК тянущие боли, тонус матки – 38,6% женщин; ПК ощущение месячных, тонус матки – 20,5%; ПК состояние агрессии в сочетании с повышенным тонусом матки, болезненными шевелениями плода более 5 мин или кратковременными дискомфортными шевелениями плода, но часто повторяющимися в течение часа, – 50%.

При оценке внутриутробного состояния плода признаки ХВГП в стандартных методах обследования диагностировались в 1-й группе в 7,8% случаев; с помощью МПДП по ПК в 54,9% случаев у преждевременно родивших в 1-й группе – связь агрессии с болезненными более 5 мин или часто повторяющимися в течении часа дискомфортными шевелениями плода, повышенным тонусом матки. Последние данные свидетельствуют о более высоком риске ПР и неонатальных осложнений в 1-й группе. ПК жжение, дискомфортные ощущения в области пупка, дергание за пупок (7,8% – в 1-й группе, 9,1% – во 2-й) свидетельствует о высоком риске возникновения острой гипоксии плода, о возможных неонатальных осложнениях, где потребуются более внимательное отношение медицинского персонала, лечебные мероприятия, проведение психокоррекции патологического состояния женщины, связанной с проявлением агрессии. МПДП позволяет диагностировать нарушения условий формирования плода, что часто связано с различными акушерскими и неонатальными осложнениями в зависимости от преморбидных особенностей личности беременной и сочетания ПК: замершая бере-

менность, СЗРП, преэклампсия, УНБ, трудно поддающаяся медикаментозной коррекции, привычное невынашивание, внутриутробные пороки развития плода, ФПН 2 и 3-й степени, центральное предлежание плаценты, – что часто является причиной наступления ПР, гипотонических кровотечений, неонатальных осложнений, обострения ЭГП.

Причиной нарушения условий формирования плода может быть как «ошибка природы», так и неверные действия беременной, о чем указано выше в результатах исследования. Как правило, диагностика стандартными методами обследования на ранней стадии развития осложнений затруднена из-за невозможности выявить «состояние пустоты» в месте, где развивается плод, так как при этом могут не выявляться признаки внутриутробного страдания плода, его гипоксия. Это может составлять группу «необъяснимых перинатальных потерь». Нарушение условий формирования плода на ранней стадии развития может выявляться с помощью МПДП, основанного на субъективной оценке женщиной своего состояния. Именно субъективная оценка женщиной своего состояния позволяет нам распознать ранние признаки нарушений и применить соответствующее лечение и психокоррекцию в МПДП. ПК, связанные с нарушением условий формирования плода, выявлялись в 82,4% случаев в 1-й группе, 88,6% – 2-й группе, что свидетельствует о высоком риске акушерских и неонатальных осложнений в обеих исследуемых группах. ПК отсутствие ощущения беременности выявляется в обеих группах, но в 2,2 раза чаще во второй, чем в первой. При сохранении ПК во время родоразрешения, как правило, наблюдаются неонатальные осложнения на фоне субъективно нормально протекающей беременности у женщины. Это также составляет группу «необъяснимых неонатальных осложнений» и часто приводит к обвинению медицинского персонала, участвующих в родопомощии. Во 2-й группе самый высокий процент женщин с ЭГП, ФПН, СЗРП, ЭКО, с досрочным родоразрешением. В обеих группах МПДП выявлялся одинаково высокий процент дополнительных ПК, не выявляющихся отдельно от основных ПК: страх, тревога, мешающие привычным действиям, нарушение сна, в отдельных случаях – боль, не соответствующая клинике заболевания, осложнения. Дополнительные ПК (72,5% – 1-я группа, 72,7% – 2-я) свидетельствуют о тяжести состояния пациенток.

Проводилась психотерапевтическая работа МПДП в обеих группах. В 1-й группе родили преждевременно 7 (13,7%) женщин, в том числе один новорожденный с экстремально низкой массой тела. Все дети выписались домой в удовлетворительном состоянии. В этой группе у женщин выявлялось сочетание ПК, различных вариантов УНБ, в том числе нарушения условий формирования плода в 71,4% случаев, указывающих на высокий процент гипоксии плода, – 54,7%. Во 2-й группе, где не было, по истории родов, беременных с угрозой ПР, досрочно родоразрешились 12 (27,3%) пациенток и произошел 1 (2,3%) выкидыш у женщины с тяжелой фор-

мой преэклампсии. Десять (83,3%) из двенадцати новорожденных после рождения нуждались с интенсивной терапией и реанимации, 3 (30%) из них находились на ИВЛ, где один ребенок умер с диагнозом «порок сердца». В дальнейшем 11 детей выписались домой. Нарушение условий формирования плода выявлялось в 100% случаев, признаки повышенного тонуса матки и ощущение тянущих болей – 30,8%, ощущения, напоминающие начало месячных – 7,7%, болезненные шевеления плода более 5 мин или часто повторяющиеся дискомфортные шевеления плода в течение часа на фоне проявления агрессии – 61,5%. Результаты свидетельствуют, что в этой группе у 61,5% беременных мы можем диагностировать признаки гипоксии плода, используя современные методы обследования, а в 38,5% случаев осложнения со стороны плода невозможно оценить с помощью современных методов обследования.

По нашему мнению, в основе всех акушерских, неонатальных осложнений, психических нарушений во время беременности, обострения ЭГП лежит нарушение целостности системы: мать – отец – плод (новорожденный) – высшее (природа) – окружающий мир (семья, люди). Целостность системы образуется под влиянием доминанты беременности (гестационной доминанты) и поддерживается ею на всем протяжении беременности, родов, грудного вскармливания как необходимость для полноценного формирования, рождения, развития новой жизни.

Нарушение единства проявляется разрывом связей между участниками (элементами) системы, образованием границ, разделенности внутри системы. Нарушение целостности системы приводит к ухудшению условий, а порой и невозможности нормального развития, формирования плода, рождения и дальнейшей жизни новорожденного. Возникают нарушения, осложнения беременности, которые в какой-то момент устраняют «быстротечную» потерю беременности, компенсируют нарушенные условия формирования плода и служат своеобразной подсказкой для изменения и устранения причин разделенности.

В соответствии с нарушениями целостности системы формируются разные патологические состояния или их сочетания в зависимости от причины их формирования.

Классификация УНБ по причинам формирования патологических состояний

Патологические состояния УНБ:

1. Форсированные действия, в том числе направленные на ускоренное формирование, развитие и рождение ребенка. Когда желания, действия женщины направлены на ускоренное развитие событий.

2. Агрессия как состояние. Фиксированное состояние, постоянное проявление агрессии или повторные кратковременные вспышки агрессии в течении часа, сопряженные с повышенным тонусом матки и/или дискомфортными шевелениями плода.

3. 3. Нарушение единства (связи) матери и ребенка, в том числе через «инстинкт». При нарушенном взаи-

модействии с плодом (ребенком) беременная отвергает, подавляет чувствительность к инстинктивным проявлениям в организме, позволяющим ощущать его, через инстинкт.

4. Нарушение условий формирования плода:

- ментальные установки, программы, как должен развиваться, рождаться ребенок и каким он должен быть;
- закрытость по отношению к окружающему миру;
- появление границ в отношении с отцом ребенка;
- подавление, устранение тревоги.

ПК помогают быстро выявить наличие или отсутствие патологического состояния беременной, найти причины УНБ и наметить дальнейший путь для проведения психокоррекции.

ПК УНБ в зависимости от вариантов патологических состояний:

1. Форсированные действия. ПК: повышенный тонус матки, сопровождающийся тянущими болями внизу живота и/или в пояснице.

2. Агрессия как состояние. ПК: повышенный тонус матки, сочетающийся с болезненными, дискомфортными шевелениями плода продолжительностью более 3–5 мин или частыми кратковременными болезненными ощущениями (менее 3 мин) шевелениями плода в течение часа. Возникают на фоне или следуют сразу после проявления злости, агрессии, состояния борьбы у беременных. О тяжести проявления, в том числе на маленьких сроках, говорят дискомфортные, болезненные ощущения в области пупка, болезненные дергания за пупок у беременных.

3. Нарушение единства связи матери и ребенка. ПК: повышенный тонус матки, сочетающийся с дискомфортными ощущениями, как при месячных.

4. Нарушения условий формирования плода. ПК: беременная перестает ощущать ребенка, когда он не шевелится, как будто в животе ничего нет, чувствует ощущение легкости, воздушности, пустоты в животе в любом из его квадрантов. Ощущение «пустоты» в месте, где развивается ребенок. В отдельных случаях, по нашим данным, у 18% обследуемых женщин, субъективно ощущающих пустоту в животе, выявляется еще один ПК: монотонные шевеления плода.

Форсированные действия, в том числе направленные на ускоренное формирование, развитие и рождение ребенка. Сопровождаются повышенным тонусом матки и дискомфортными тянущими, а порой и болезненными ощущениями внизу живота, пояснице, боках. Косвенным подтверждением внутреннего состояния «форсированных действий» могут служить проявления женщины, которая в различных жизненных ситуациях торопится, и это является основным принципом ее жизни. А раз это принцип, то это будет проявляться во всей жизнедеятельности женщины, в том числе и в вынашивании ребенка. Примером может служить желание беременной быстрее встретиться с ребенком, начать ухаживать за ним, которое сопровождается ее действиями: представляет ребенка снаружи или уже родившимся в будущем. Не всегда врачи без соответ-

ствующего расспроса могут выявить УНБ, если беременная на приеме у специалиста не находится в описанном состоянии. Выявление ПК в течение 1 мес может привести к выкидышу или ПР. А после 37 нед наличие ПК затрудняет вступление женщины в роды, а в самих родах приводит к нарушению сократительной деятельности матки, в том числе дискоординированной родовой деятельности, длительным родам, сильным болевым ощущениям, усталости роженицы. Для правильной оценки состояния женщины не всегда достаточно знать, что женщина хочет что-то сделать быстрее – важно оценивать ее действия в этом направлении, в ее мыслях, образах, поведении. Об этом могут свидетельствовать выявляемые ПК. Критерий оценивается так: если на фоне повышенного тонуса матки у беременной появляются ощущения тянущих болей внизу живота, пояснице – значит, есть форсированные действия, женщина чрезмерно торопится. Если повышенный тонус матки отсутствует, значит, желания беременной что-то сделать быстрее не превышают возможности организма, отсутствуют действия женщины в этом направлении. Психокоррекция – перестать торопиться совершать действия, при этом все симптомы повышенного тонуса матки, тянущих болей сразу проходят. Даются упражнения по ощущению плода внутри организма [13].

Агрессия как состояние. Проявление эмоциональных реакций, как положительных, так и отрицательных, не несет опасности для плода, так как в самих реакциях нет разделенности [14]. Поэтому мы различаем реакцию агрессии и состояние агрессии у беременных. Реакция агрессии – естественная кратковременная, однократная эмоциональная реакция у беременных, рожениц, родильниц на те или иные события, состояния в организме. Она не приносит отрицательного влияния на мать, плод, новорожденного, не сопровождается повышенным тонусом матки, дискомфортным шевелением плода. При возникновении стрессовой ситуации, при сохранении связи матери и плода, женщины через эмоциональные проявления снимают напряжение, кричат, плачут, переживают, что способствует возвращению нормального состояния.

Состояние агрессии вызывает патологическое состояние у беременных, сопровождается повышением тонуса матки, дискомфортным шевелением плода и/или ощущением дискомфорта в области пупка, дергания за пупок в момент проявления агрессии или сразу после ее окончания. Вследствие этого появляются признаки УНБ, острой и/или хронической гипоксии плода, ФПН степени 1А, возможна антенатальная, интранатальная гибель плода.

По нашему мнению, определяются возможные причины формирования состояния агрессии у беременных:

- Нарушение естественного состояния жизни – нарушение целостности системы «мать – отец – плод – высшее – окружающий мир». Отношения и действия женщины, ведущие к разделенности с ребенком, окружающим миром (искусственно построенная разделенность), негативное отношение к изменениям психики,

стремление жить по-старому, как до беременности, для современного человека – искусственно построенная жизнь, не приносящая удовлетворения.

- Накапливание напряжения:

- принцип борьбы, доминирования в отношениях;

- чрезмерное сдерживание, волевое подавление эмоций (неправильное отношение к эмоциональным реакциям приводит к разделенности между матерью и тем, на кого они направлены, к накапливанию того состояния, в котором произошла разделенность);

- алчность (перебор) – алчность наоборот (недобор), неумение пользоваться чувством меры.

В «естестве» и любви нет состояния агрессии и злости.

Болезненные, неприятные шевеления говорят о нарушении гармонии между матерью и ребенком и о том, что формируются неблагоприятные условия для развития плода, нарушаются гармоничные взаимодействия жизненно важных систем ребенка в целом, что проявляется нарушением сердцебиения и гипоксией [14]. И это мы можем диагностировать.

Нарушение взаимодействия матери и плода, когда он не шевелится или находится в состоянии покоя. Характерно на ранних сроках беременности, когда еще нет движений у плода, а также с 35 нед, когда идет активная подготовка организма матери и плода к родам и требуется особое внимание женщины к плоду. Сочетается с повышенным тонусом матки и ощущениями, напоминающими начало месячных. Возможно, это свидетельствует о некотором дисбалансе в гормональном фоне, по нашему мнению, связанном с нарушениями связи «мать–отец–плод». Психокоррекция направлена на восстановление связи «мать–отец–плод», которая в норме поддерживается доминантой беременности через изменение психического состояния, проявляющееся открытостью женщины ко всему тому, что ее окружает, сверхчувствительностью, появлением более сильного притяжения в паре мать–отец, «прибытком любви» при принятии отца и согласия с зачатием ребенка. Возникающие умеренная тяжесть, напряжение, боль в области матки (верх, низ живота, левый, правый бок, пояснично-крестцовый отдел) без признаков повышенного ее тонуса и других нарушений не говорит в пользу УНБ, а свидетельствует о нарушении связи «мать–отец–плод» и возможности исправить это. Здесь важно понимать, что не все существующие различные взаимодействия матери и ребенка приводят к устранению УНБ. Например, преимущественное взаимодействие беременной с плодом через желание (сверхжелание) иметь ребенка или образное представление ребенка, ментальная конкретизация черт ребенка приведет к нарушениям связи между матерью и плодом, так как здесь появляется разделенность между матерью и «реальным» плодом с концентрацией на себе при сверхжелании. В противовес взаимодействию с внутриутробно развивающимся ребенком через ощущения его матерью внутри живота свидетельствует о норме.

По нашему мнению, взаимодействие через ощущения и приводит к естественному изменению гормонального

фона и нормализации состояния матери и плода. Необходимо чувствовать ребенка на всем протяжении беременности, родов, вне зависимости от того, шевелится он или нет. В этом помогают инстинктивные проявления в организме: ощущение тяжести, скованности, напряженности, легких болевых или неприятных ощущений в области, где развивается ребенок. При этом повышенный тонус матки отсутствует. И если «инстинкт» помогает восстановить связь между ребенком и матерью, почувствовать ребенка, то все болевые ощущения уходят. Но если женщина искусственно пытается освободиться от этой боли и неприятностей, то фактически беременная начинает отторгать ребенка, и возникает УНБ [13].

Нарушение условий формирования плода. Ощущение «пустоты» в месте, где развивается ребенок. Это патологическое состояние может носить как постоянный, так и периодический характер, но свидетельствует о том, что не происходит должное формирование условий для внутриутробно развивающейся жизни. Может выявляться при наличии у плода внутриутробных пороков развития, но может диагностироваться и без данного нарушения в случае задержки внутриутробного развития плода, истмико-цервикальной недостаточности, УНБ, не поддающейся медикаментозной коррекции, при ФПН 2–3-й степени, патологии прикрепления плаценты, преэклампсии, антенатальной гибели плода, замершей беременности. Беременную просят почувствовать ребенка или область матки (вверх, низ, центр живота, левый, правый бок, пояснично-крестцовый отдел позвоночника) попеременно, где может субъективно ощущаться пустота: от «ничего не чувствую», легкости, воздушности до пустоты. ПК выявляется в беседе с беременной: «Что вы чувствуете, когда ребенок шевелится и когда он находится в состоянии покоя?» Если женщина периодически чувствует ощущение пустоты, легкости, воздушности, пропадает ощущение ребенка, находящегося в покое, то оценка данного критерия положительна. При сохранении критерия в момент родов наблюдаются осложнения со стороны плода и/или новорожденного, в раннем неонатальном периоде часто новорожденному применяются реанимационные мероприятия, ИВЛ, не исключаются перинатальные потери. Следует отметить, что беременные не обращают внимания на данный симптом, вовремя не обращаются за помощью, так как в большинстве случаев пустота не является болезненным ощущением. И для врача есть трудности в диагностике этого состояния, так как в большинстве случаев признаки гипоксии плода могут выявляться только в поздних периодах и при наличии ФПН 2 и 3-й степени. В остальных случаях осложнений течения беременности при нарушении условий формирования плода признаки гипоксии не выявляются. И в качестве гипотезы можно предположить те необъяснимые перинатальные потери, встречающиеся в акушерской практике. Но необъяснимый страх и усиление тревоги вследствие нарушений могут насторожить женщину и заставить обратиться к врачу.

В большинстве случаев нарушение условий формирования плода поддается изменению в благоприятную сторону, но требует более длительной терапии по обнаружению и устранению его причины и изменению образа жизни беременной. Несмотря на возможность экстренно повлиять на эту ситуацию через упражнения, временно улучшить состояние матери и ребенка, отсрочить наступающие нарушения, требуется устранение причины, в противном случае через некоторое время все возвращается назад, вновь выявляются ПК. Ребенок может продолжать нормально развиваться при устранении причин. Исключением являются уже случившиеся изменения – пороки развития плода, но даже в этом случае, работая с патологическим состоянием женщины, можно уменьшить риск осложнений, связанных с патологией. Нужно помочь женщине вернуться в то естественное состояние жизни, при котором создаются условия для развития и дальнейшей жизни новорожденного.

Даются упражнения по ощущению ребенка внутри живота, по принятию «инстинктивной боли» (физической, душевной). Подавление, исключение боли, тревоги может также приводить к формированию данного случая. Показана семейная психотерапия, при невозможности проведения выясняется отношение женщины к отцу ребенка, при дисгармоничных отношениях проводится психокоррекция [13].

Заключение

МПДП позволяет проводить диагностику УНБ вне зависимости от этиологии и патогенеза возникновения невынашивания, выявлять акушерские и неонатальные

осложнения, в том числе на ранних стадиях их развития, не подтверждаемые стандартными методами обследования. Субъективная оценка женщиной своего состояния позволяет нам распознать ранние признаки нарушений и применить соответствующее лечение и психокоррекцию. Одновременно с диагностикой необходимо проводить психокоррекцию патологического состояния женщины, сопряженного с УНБ, высоким риском ПР и другими осложнениями беременности, по ПК. Необходимо проведение скринингового обследования беременных для выявления ранних и скрытых от диагностики нарушений. Раннее выявление изменений позволяет более эффективно проводить психокоррекцию.

МПДП позволяет более точно определить состояние матери, плода, чем существующие методы в акушерстве, провести психокоррекцию состояния женщины, уменьшить, а в отдельных случаях и предотвратить акушерские и неонатальные осложнения.

Оценкой эффективности лечения служит исчезновение ПК при повторных проведениях МПДП. Следует отметить, что при наличии ПК медикаментозные способы лечения малоэффективны [15].

Автор статьи выражает благодарность Анатолию Сергеевичу Толкачеву за помощь в разработке и применении метода психотерапевтической диагностики и психокоррекции и заведующему кафедрой кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФНМО Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН Владимиру Эрнстовичу Медведеву за поддержку в данном направлении.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests. The author declares that there is not conflict of interests.

Литература / References

1. Мудров В.А., Зиганшин А.М., Яшук А.Г. и др. Возможности диагностики и прогнозирования преждевременных родов на современном этапе. *Казанский медицинский журнал*. 2021;102(1):47-59. DOI: 10.17816/KMJ2021-47
2. Mudrov V.A., Ziganshin A.M., Yashchuk A.G., et al. Possibilities of diagnosis and prediction of premature birth at the present stage. *Kazan Medical Journal*. 2021;102(1):47-59. DOI: 10.17816/KMJ2021-47 (in Russian).
3. Радзинский В.Е., Оразмурадов А.А., Савенкова И.В. и др. Преждевременные роды – нерешенная проблема XXI века. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2020;27(4):27-37. DOI: 10.25207/1608-6228-2020-27-4-27-37
4. Radzinsky V.E., Orazmuradov A.A., Savenkova I.V., et al. Preterm birth is an unsolved problem of the 21st century. *Kuban Scientific Medical Bulletin*. 2020;27(4):27-37. DOI: 10.25207/1608-6228-2020-27-4-27-37 (in Russian).
5. Макаров И.О. Выкидыши при беременности. SonoAce Ultrasound. Режим доступа: <https://www.medison.ru/si/art225.htm>
6. Makarov I.O. Miscarriage. SonoAce Ultrasound. Available at: <https://www.medison.ru/si/art225.htm> (in Russian).
7. Gabrielyan AR, Arsenyan AS, Magomedova ZM, Smbatyan SM. Psychological Features Of Pregnant Women With The Threat Of Termination: Analysis Of The Problem (Literature Review). *Journal of Pharmaceutical Negative Results* 2023;14(Special):446-50. DOI: 10.47750/pnr.2023.14.S01.50
8. Акушерство. Учебник. Под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фука. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016.
9. Obstetrics. Tutorial. Ed. by V.E. Radzinsky, A.M. Fuks. Moscow: GEOTAR-Media, 2016 (in Russian).
10. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия v 2.0. М.: Изд-во журнала Status Praesens, 2017.
11. Radzinsky V.E. Obstetric aggression v 2.0. M.: Publishing house of the Status Praesens Journal, 2017 (in Russian).
12. Belanger BG, Lui F. Embryology, teratology TORCH. In: Treasure Island (FL). StatPearls Publishing, 2019. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK545148/>
13. Пансатова Д., Абдуллаев Д., Насимова Г., Ибрагимова С. Проблема неразвивающейся беременности в современном акушерстве (обзор литературы). *Вестник врача*. 2013;1(1):120-5.
14. Pansatova D., Abdullaev D., Nasimova G., Ibragimova S. The problem of non-developing pregnancy in modern obstetrics (literature review). *Vestnik Vrachei*. 2013;1(1):120-5. (in Russian).
15. Радзинский В.Е., Майскова И.Ю. Контраверсии невмешательства. StatusPraesens. *Гинекология, акушерство, бесплодный брак*. 2014;2(19):32-7.
16. Radzinsky V.E., Maiskova I.Yu. Contraversions of non-intervention. StatusPraesens. *Gynecology, obstetrics, infertile marriage*. 2014;2(19):32-7 (in Russian).
17. Михеева О.В., Толкачев А.С. Психотерапия на пути вскрытия причин, диагностики и коррекции невынашивания, осложненной беременности, приводящих к досрочному родоразрешению. ПМПА. Сборник тезисов Международного конгресса «Эволюция и интеграция в психотерапии. Психотерапия в сохранении здоровья населения». 31 мая – 1 июня 2018 г. СПб. Режим досту-

- па: https://docs.wixstatic.com/ugd/3f8613_614141f6b7ae444b8bb86cd9ff85e472.pdf
- Mikheeva O.V., Tolkachev A.S. Psychotherapy on the way to revealing the causes, diagnostics and correction of miscarriage, pregnancy complications leading to premature delivery. PMPA. Collection of abstracts of the International Congress "Evolution and integration in psychotherapy. Psychotherapy in maintaining public health." May 31 - June 1, 2018 St. Petersburg. Available at: https://docs.wixstatic.com/ugd/3f8613_614141f6b7ae444b8bb86cd9ff85e472.pdf (in Russian).
12. Михеева О.В., Архангельский С.М., Толкачев А.С. Диагностика и психокоррекция расстройств, связанных с рождением и смертью. Петербургский клинический форум «Психосоматическая медицина и психотерапия в клинике внутренних болезней». Международный конгресс «Интеграция и эволюция в психотерапии. Роль и место психотерапии, психофармакотерапии в лечении психических, психосоматических и сексуальных расстройств. Виды организационных моделей оказания помощи». XII Международный конгресс «Психосоматическая медицина – 2017»: труды. СПб.: Человек, 2017.
 - Mikheeva O.V., Arkhangelsky S.M., Tolkachev A.S. Diagnostics and psychocorrection of disorders associated with birth and death. St. Petersburg Clinical Forum "Psychosomatic Medicine and Psychotherapy in the Clinic of Internal Diseases". International Congress "Integration and Evolution in Psychotherapy. The Role and Place of Psychotherapy, Psychopharmacotherapy in the Treatment of Mental, Psychosomatic and Sexual Disorders. Types of Organizational Models of Assistance". XII International Congress "Psychosomatic Medicine - 2017": Proceedings. St. Petersburg: Chelovek, 2017 (in Russian).
 13. Михеева О.В., Архангельский С.М., Толкачев А.С. Психодиагностика и психокоррекция беременных с угрозой невынашивания беременности. Материалы 9-й всероссийской общественной профессиональной медицинской психотерапевтической конференции «Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология». М., 2011.
 - Mikheeva O.V., Arkhangelsky S.M., Tolkachev A.S. Psychodiagnostics and psychocorrection of pregnant women with the threat of miscarriage. Materials of the 9th All-Russian public professional medical psychotherapeutic conference "Outpatient and hospital psychotherapy and medical psychology". M., 2011 (in Russian).
 14. Михеева О.В., Архангельский С.М., Толкачев А.С., Милютин А.Д. Психотерапевтические аспекты взаимодействия матери и плода. Современные методы психотерапии: материалы ежегод. всеросс. науч.-практ. симп. Под ред. В.И. Курпатов, С.А. Осиповой. СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2012.
 - Mikheeva O.V., Arkhangelsky S.M., Tolkachev A.S., Milyutin A.D. Psychotherapeutic aspects of interaction between mother and fetus. Modern methods of psychotherapy: materials of the annual. all-Russian scientific-practical. symp. Edited by V.I. Kurpatov, S.A. Osipova. St. Petersburg: North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, 2012 (in Russian).
 15. Михеева О.В., Толкачев А.С. Психотерапевтическая диагностика во время беременности и родов. Научное издание. Сборник материалов ежегодной конференции «Интеграция и эволюция в психотерапии». Под ред. В.И. Курпатов. СПб.: Человек и его здоровье, 2016.
 - Mikheeva O.V., Tolkachev A.S. Psychotherapeutic diagnostics during pregnancy and childbirth. Scientific publication. Collection of materials of the annual conference "Integration and evolution in psychotherapy". Ed. V.I. Kurpatov. St. Petersburg: Man and his health, 2016 (in Russian).
 16. Михеева О.В., Архангельский С.М., Толкачев А.С., Милютин А.Д. Психодиагностика и психопрофилактика возможных осложнений в акушерстве. Современные методы психотерапии: материалы ежегод. науч.-практ. симп. Под ред. С.А. Осиповой, В.И. Курпатов. СПб.: СПбМАПО, 2011.
 - Mikheeva O.V., Arkhangelsky S.M., Tolkachev A.S., Milyutin A.D. Psychodiagnostics and psychoprophylaxis of possible complications in obstetrics. Modern methods of psychotherapy: materials of the annual scientific-practical symp. Edited by S.A. Osipova, V.I. St. Petersburg: St. Petersburg Medical Academy of Postgraduate Education, 2011 (in Russian).
 17. Симоновская Х.Ю., Алеев И.А. Невынашивание беременности: доказательная база дидрогестерона. Новости доказательной медицины дидрогестерона по профилактике и лечению невынашивания беременности. Под ред. В.Е. Радзинского. Информационное письмо.
 - Simonovskaya H.Yu., Aleev I.A. Miscarriage: evidence base of dydrogesterone. News of evidence-based medicine dydrogesterone for prevention and treatment of miscarriage. Edited by V.E. Radzinsky. Information letter (in Russian).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Михеева Ольга Викторовна – преподаватель каф. психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии фак-та непрерывного медицинского образования Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН. E-mail: miheeva-1969@mail.ru; ORCID: 0009-0004-5529-8112

Поступила в редакцию: 05.08.2024

Поступила после рецензирования: 15.08.2024

Принята к публикации: 22.08.2024

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Olga V. Mikheeva – lector, Patrice Lumumba Peoples' Friendship University of Russia. E-mail: miheeva-1969@mail.ru; ORCID: 0009-0004-5529-8112

Received: 05.08.2024

Revised: 15.08.2024

Accepted: 22.08.2024