



УДК 616.61/63-022/618.2
DOI: 10.35693/2500-1388-2023-8-4-228-232



Оценка психоэмоционального состояния беременных и особенности анестезиологического пособия в акушерском стационаре

© И.Г. Труханова¹, Д.С. Зинатуллина¹, Л.В. Кругова^{1,2}, Ю.Г. Кутырева^{1,3}

¹ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России (Самара, Россия)

²ГБУЗ СО Тольяттинская городская клиническая больница №2 (Тольятти, Россия)

³ООО «Курорты Поволжья» (Самара, Россия)

Аннотация

Цель – оценить тип психологического компонента гестационной доминанты у беременных, которым предстоит оперативное родоразрешение и роды через естественные родовые пути, и определить необходимость эффективного психологического сопровождения врачом анестезиологом-реаниматологом операции кесарева сечения.

Материал и методы. Было протестировано 107 беременных женщин (обследуемая группа) в возрасте от 18 до 45 лет, которым предстояло оперативное родоразрешение, и 103 женщины контрольной группы с физиологическим течением беременности с аналогичным диапазоном возраста и сроком гестации, родоразрешение у которых проводилось через естественные родовые пути. Серединное значение возраста в обследуемой группе составило 32 (13) лет, а в контрольной группе – 29 (17) лет. Группы сопоставимы по возрасту ($p=0,0764$).

Результаты. У пациенток обследуемой группы оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты был достоверно ниже, чем у пациенток контрольной группы ($p<0,05$). Эйфорический, гипогестогнозический, игнорирующий и тревожный типы психологического компонента гестационной доминанты у беременных контрольной группы не были достоверно выше, чем у пациенток основной группы ($p>0,05$). Эндогенная депрессия у беременных основной и контрольной групп отсутствовала (при применении опросника наличия и выраженности депрессивных состояний И.Г. Беспалько).

Заключение. У беременных, которым предстояло оперативное родоразрешение, оптимальный тип психологического компонента гестационной доминанты был достоверно ниже, чем у женщин, которым предстояли естественные роды. Психокоррекционная работа и дополнительное психологическое сопровождение врачом анестезиологом-реаниматологом во время операции кесарева сечения снижало выраженность тревожно-депрессивных расстройств.

Ключевые слова: беременность, психодиагностика, гестационная доминанта.

Конфликт интересов: не заявлен.

Для цитирования:

Труханова И.Г., Зинатуллина Д.С., Кругова Л.В., Кутырева Ю.Г. Оценка психоэмоционального состояния беременных и особенности анестезиологического пособия в акушерском стационаре. Наука и инновации в медицине. 2023;8(4):228-232. doi: 10.35693/2500-1388-2023-8-4-228-232

Сведения об авторах

Труханова И.Г. – д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой анестезиологии, реаниматологии и скорой медицинской помощи ИПО. ORCID: 0000-0002-2191-1087 E-mail: i.g.trukhanova@samsmu.ru

Зинатуллина Д.С. – канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры анестезиологии, реаниматологии и скорой медицинской помощи ИПО. ORCID: 0000-0002-4048-4674 E-mail: d.s.zinatullina@samsmu.ru

Кругова Л.В. – канд. мед. наук, доцент кафедры анестезиологии, реаниматологии и скорой медицинской помощи ИПО; заведующая отделением анестезиологии и реанимации для беременных и рожениц. ORCID: 0000-0003-0625-2172 E-mail: l.v.krugova@samsmu.ru

Кутырева Ю.Г. – канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры анестезиологии, реаниматологии и скорой медицинской помощи ИПО; врач анестезиолог-реаниматолог, главный врач. ORCID: 0000-0002-6326-8878 E-mail: yu.g.kutyryova@samsmu.ru

Автор для переписки

Зинатуллина Дилара Сабировна

Адрес: Самарский государственный медицинский университет, ул. Чапаевская, 89, г. Самара, Россия, 443099.

E-mail: d.s.zinatullina@samsmu.ru

ГД – гестационная доминанта; ПКГД – психологический компонент гестационной доминанты; ТОБ – тест отношений беременной; ОГ – основная группа; КГ – контрольная группа.

Рукопись получена: 11.11.2022

Рецензия получена: 13.02.2023

Решение о публикации принято: 14.03.2023

Psycho-emotional state assessment in pregnant women and specifics of anesthesia in a maternity hospital

© Inna G. Trukhanova¹, Dilyara S. Zinatullina¹, Lidiya V. Krugova^{1,2}, Yuliya G. Kutyryeva^{1,3}

¹Samara State Medical University (Samara, Russia)

²Togliatti City Clinical Hospital No. 2 (Togliatti, Russia)

³Volga Region Resorts (Samara, Russia)

Abstract

Aim – to assess the type of psychological component of gestational dominant in pregnant women either assigned to operative delivery or planning natural delivery; to evaluate the need for effective psychological support from an anesthesiologist-resuscitator before a caesarean section.

Material and methods. The main group included 107 pregnant women aged 18 to 45 years, who had to undergo operative delivery. The control group included 103 women of the same age and gestation period with physiological course of pregnancy and natural delivery. The median age in the main group was 32 (13) years, in the control group – 29 (17) years. The groups were comparable by age ($p = 0.0764$).

Results. In patients of the main group, the optimal type of psychological component of the gestational dominant was significantly lower than in patients of the control group ($p < 0.05$). Euphoric, hypogestognic, ignoring and anxious types of psychological component of gestational dominant in pregnant women of the control group was not significantly higher than in patients of the main group ($p > 0.05$). Endogenous depression in pregnant women of both study groups was not registered (using the questionnaire for the presence and severity of depressive conditions by I.G. Bepalko).

Conclusion. In pregnant women who were assigned to operative delivery, the optimal type of the psychological component of the gestational dominant was significantly lower than in women who were to have a natural delivery. An additional psychological support provided by an anesthesiologist-resuscitator during a caesarean section reduced the anxiety and depressive symptoms.

Keywords: pregnancy, psychodiagnostics, gestational dominant.

Conflict of interest: nothing to disclose.

Citation

Trukhanova IG, Zinatullina DS, Krugova LV, Kutryeva YuG. **Psycho-emotional state assessment in pregnant women and specifics of anesthesia in a maternity hospital.** *Science and Innovations in Medicine.* 2023;8(4):228-232.
doi: 10.35693/2500-1388-2023-8-4-228-232

Information about the authors

Inna G. Trukhanova – PhD, Professor, Head of the Department of Anesthesiology, Intensive Care and Emergency Medicine of the Institute of Postgraduate Education. ORCID: 0000-0002-2191-1087 E-mail: i.g.trukhanova@samsmu.ru

Dilyara S. Zinatullina – PhD, Associate professor, Department of Anesthesiology, Intensive Care and Emergency Medicine of the Institute of Postgraduate Education. ORCID: 0000-0002-4048-4674 E-mail: d.s.zinatullina@samsmu.ru

Lidiya V. Krugova – PhD, Associate professor, Department of Anesthesiology, Intensive Care and Emergency Medicine of the Institute of Postgraduate Education; Head of the Department of Anesthesiology and ICU for pregnant women. ORCID: 0000-0003-0625-2172 E-mail: l.v.krugova@samsmu.ru

Yuliya G. Kutryeva – PhD, Associate professor, Department of Anesthesiology, Intensive Care and Emergency Medicine of the Institute of Postgraduate Education; anesthesiologist-resuscitator, Chief Physician. ORCID: 0000-0002-6326-8878 E-mail: yu.g.kutryeva@samsmu.ru

Corresponding Author

Dilyara S. Zinatullina

Address: Samara State Medical University,
89 Chapayevskaya st., Samara, Russia, 443099.
E-mail: d.s.zinatullina@samsmu.ru

Received: 11.11.2022

Revision Received: 13.02.2023

Accepted: 14.03.2023

■ ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день психологическое сопровождение беременных женщин является относительно новым направлением в медицинской практике. Совсем недавно беременные пациентки находились исключительно под медицинским наблюдением, и психологическое состояние женщины, его влияние на беременность практически не учитывались [1].

Во время беременности в значительной степени изменяется реактивность всего организма женщины, включая психическую сферу [2]. Это связано с нейрогуморальной перестройкой организма, изменением метаболических, нейротрофических и ферментативных процессов. В результате изменения функционирования организма беременной женщины адаптационные возможности органов и систем истощаются или недостаточно восполняются, что приводит к дисбалансу в работе высшей нервной деятельности [3]. Под влиянием факторов внешней и внутренней среды в центральной нервной системе формируется стойкий очаг возбуждения – гестационная доминанта (ГД), которая обеспечивает направленность всех реакций организма на создание оптимальных условий для развития эмбриона, а затем плода.

Одним из направлений в работе психолога акушерского стационара является персональная психодиагностика пациенток, направленная на выявление уровня нервно-психической напряженности беременной женщины и типа психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД). Определение типа ПКГД имеет важное значение не только для психологов, но и для врачей-клиницистов (акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов), поскольку помогает установить продуктивный контакт с роженицей.

■ ЦЕЛЬ

Оценить тип ПКГД у беременных, которым предстоит оперативное родоразрешение и роды через естественные родовые пути, и определить эффективность психологического сопровождения врачом анестезиологом-реаниматологом операции кесарева сечения.

■ МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Было протестировано 107 беременных женщин обследуемой группы (ОГ) в возрасте от 18 до 45 лет, которым предстояло оперативное родоразрешение, и 103 женщины контрольной группы (КГ) с физиологическим течением беременности с аналогичным диапазоном возраста и сроком гестации, родоразрешение у которых проводилось через естественные родовые пути. Срединное значение возраста в ОГ составило 32 (13) лет, а в КГ – 29 (17) лет. Группы сопоставимы по возрасту ($p=0,0764$). Все пациентки получали необходимую специализированную консультативно-диагностическую и лечебную помощь.

Основные методы исследования – клиничко-психопатологический, экспериментально-психологический и статистический. Выявление особенностей психосоматических детерминант вынашивания беременности осуществлялось во втором – третьем триместре беременности с помощью теста отношений беременной (ТОБ). Для определения реактивной и личностной тревожности применялась шкала Спилбергера – Ханина. Для диагностики наличия и выраженности депрессивных состояний использовался опросник депрессивных состояний И.Г. Беспалько.

Для статистического анализа применялись методы непараметрической статистики, так как распределение возраста пациенток существенно отличалось от нормального, на основе критерия Колмогорова – Смирнова ($p=0,0000$), а остальные результаты были описаны качественными признаками.

Для описания возраста пациенток указывалась медиана и интерквартильное расстояние. Для сравнения возраста в группах применялся ранговый критерий Вилкоксона. Для качественных признаков были указаны абсолютные и относительные частоты пациенток в каждой группе. Для сравнения качественных данных были построены таблицы сопряженности 2×2 . Если частоты во всех подгруппах были больше или равны 5, то применялся критерий Пирсона, в противном случае применялся точный критерий Фишера. Все расчеты были сделаны в пакете Statistica с достоверностью 95%.

Тип тревожности	Оптимальный	Эйфорический	Игнорирующий	Тревожный	Депрессивный	ИТОГО
КГ	66 (64,1%)	14 (13,6%)	12 (11,7%)	6 (5,8%)	5 (4,9%)	103 (100,0%)
ОГ	51 (47,7%)	22 (20,6%)	14 (13,1%)	12 (11,2%)	8 (7,5%)	107 (100,0%)
p-значение	p=0,0167*	p=0,1804	p=0,7525	p=0,2509	p=0,6157	

Примечания: * – $p < 0,05$ – достоверность отличий данных КГ и ОГ.

Таблица 1. Показатели тревожности беременных женщин (абсолютные и относительные частоты; сравнение КГ и ОГ по типам тревожности)

Table 1. Anxiety rates in pregnant women (absolute and relative prevalence; comparison of control and main groups by types of anxiety)

После прохождения ТОБ беременные ОГ и КГ распределились следующим образом (таблица 1).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На основе учения А.А. Ухтомского о доминанте И.А. Аршавским в 1967 году было предложено понятие «гестационной доминанты» [4]. Различают физиологический и психологический компоненты ГД, которые тесно взаимосвязаны между собой. Оба компонента необходимо учитывать всем специалистам, оказывающим помощь беременным женщинам, включая психологов, акушеров-гинекологов и анестезиологов-реаниматологов. ПКГД до сих пор подлежит исследованию, так как механизмы саморегуляции высшей нервной деятельности сложны и формируют различные поведенческие реакции [5]. Беременные женщины нуждаются в помощи, которую необходимо направлять на способность управлять интенсивными дисфункциональными переживаниями, так как различные негативные эмоции и стрессовые факторы могут повлиять на нормальное течение беременности и развитие ребенка [6].

ПКГД – это совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности, направленных на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка, формирующих отношение женщины к своей беременности, ее поведенческие стереотипы [7]. Российские исследователи Г.Г. Филиппова, И.В. Добряков, А.С. Батуев выделили 5 типов переживания беременности ПКГД: оптимальный, гипогестогнозический (игнорирующий), эйфорический, тревожный, депрессивный [8].

Оптимальный тип ПКГД встречается, когда ГД сформирована правильно еще до момента зачатия, и характеризуется доминирующими идеями беременности, то есть острым желанием иметь ребенка. Оптимальный тип характеризуется адекватным отношением женщины к происходящим в ней изменениям, к предстоящим трудностям, высокой степенью ответственности будущей мамы за своего ребенка [9]. Гипогестогнозический (игнорирующий) тип ПКГД чаще встречается у женщин младшей и старшей возрастной групп при незапланированной беременности. Игнорирование наступившей беременности формируется из-за неосознаваемого страха потерять перспективную работу, независимость, карьерный рост, значимость себя как личности, а не как матери ребенка. Как правило, данная категория пациенток не меняет образ жизни, у них «не хватает времени» встать на учет в женскую консультацию, они скептически относятся к курсам дородовой подготовки [10]. Необходимо отметить, что часть женщин с игнорирующим типом ПКГД достаточно быстро адаптируется к новой роли сразу после рождения ребенка и пересматривает свое отношение

к нему. Эйфорический тип ПКГД характеризуется преобладанием повышенного настроения, уверенностью в благополучном родоразрешении, легковесностью и непониманием своей новой роли сейчас и в ближайшем будущем. Данный тип ГД отмечается у женщин с истерическими чертами личности, а также у пациенток, длительно лечившихся от бесплодия [11]. Посещение врачей, курсов дородовой подготовки, как правило, носит формальный характер, рекомендации специалистов часто не выполняются. Тревожный тип ПКГД характеризуется высоким уровнем тревоги у беременной женщины, что влияет на ее физиологическое состояние (наличие острых или хронических заболеваний, дисгармоничные отношения в семье и отсутствие безопасности, приемлемых жилищно-бытовых условий и т.д.) [12]. Депрессивный тип ПКГД проявляется резко сниженным фоном настроения у беременной и предполагает максимальную выраженность тревожных состояний, что, в свою очередь, может привести к развитию невротических реакций. По данным В.И. Брутмана, в группу женщин с депрессивным типом попадает часть девиантных матерей, например «отказниц», а также женщин, для которых характерны эмоциональное отвержение и жестокое обращение с ребенком [13]. Типы ПКГД могут изменяться в течение беременности в зависимости от срока гестации, соматического состояния женщины, ситуации в семье, в рабочем коллективе, отношений, складывающихся с врачом, и зависят от множества факторов и особенностей работы нейрогуморальной системы беременной [14, 15].

Для определения типа переживания беременности, или ПКГД, И.В. Добряковым был разработан тест отношений беременной (ТОБ) [16]. Концептуальной основой создания теста послужила теория психологии отношений В.Н. Мясищева, позволяющая рассматривать беременность через призму единства организма и личности [17]. Тест позволяет выявить уровень нервно-психической напряженности у беременных женщин, особенности семейных отношений и помогает ориентировать врачей и психологов на оказание соответствующей помощи. Тестирование рекомендуется проводить во втором и третьем триместрах беременности. Анестезиолог-реаниматолог в своей практике может ориентироваться на результаты теста при выборе метода анестезии во время оперативного родоразрешения [18].

В результате проведенного нами исследования было выявлено, что у пациенток ОГ оптимальный тип ПКГД был достоверно ниже, чем у пациенток КГ ($p < 0,05$, таблица 1). Следовательно, перспектива оперативного родоразрешения в целом увеличивает тревожность у беременных женщин, и срабатывают адаптивные способности психики за счет нейрогуморальной регуляции организма. В то же время у беременных ОГ отмечались затруднения при

Тип тревожности	Группа	Степень выраженности		
		Низкая	Средняя	Высокая
Оптимальный	КГ	42 (63,6%)	17 (25,8%)	7 (10,6%)
	ОГ	29 (56,9%)	13 (25,5%)	9 (17,6%)
	р-значение	p=0,4570	p=0,9738	p=0,4078
Эйфорический	КГ	2 (14,3%)	8 (57,1%)	4 (28,6%)
	ОГ	3 (13,6%)	13 (59,1%)	6 (27,3%)
	р-значение	p=0,6585	p=0,8172	p=0,6114
Игнорирующий	КГ	5 (41,7%)	3 (25,0%)	4 (33,3%)
	ОГ	5 (35,7%)	5 (35,7%)	4 (28,6%)
	р-значение	p=0,9257	p=0,4371	p=0,5629
Тревожный	КГ	1 (16,7%)	1 (16,7%)	4 (66,7%)
	ОГ	1 (8,3%)	1 (8,3%)	10 (83,3%)
	р-значение	p=0,5686	p=0,5686	p=0,4069
Депрессивный	КГ	1 (20,0%)	1 (20,0%)	3 (60,0%)
	ОГ	1 (12,5%)	1 (12,5%)	6 (75,0%)
	р-значение	p=0,6410	p=0,6410	p=0,5105

Таблица 2. Показатели ситуативной тревожности беременных женщин с различными типами ПКГД (абсолютные и относительные частоты; сравнение КГ и ОГ)

Table 2. Situational anxiety rates in pregnant women with different types of PCGD (absolute and relative prevalence; comparison of control and main groups)

принятии самостоятельного решения, изредка возникало немотивированное беспокойство. Нарушений клинически значимого уровня у пациенток ОГ с оптимальным типом ПКГД не наблюдалось. Врачам акушерам-гинекологам, анестезиологам-реаниматологам необходимо учитывать данный фактор при консультировании и сопровождении пациенток в родах. Дефицит информации и знаний (гипогестогнозия) об оперативном родоразрешении, страх неизвестности и неопределенность уменьшают чувство безопасности у беременных, что мешает установлению продуктивного контакта беременной женщины с медицинским персоналом.

Выявление эйфорического, гипогестогнозического, тревожного и депрессивного вариантов ПКГД у беременных КГ достоверных различий с ОГ не выявило ($p > 0,05$, таблица 1). Клинически у пациенток ОГ и КГ с данными типами ПКГД отмечалось повышенное беспокойство, нервозность, тревожность, которые сопровождались постоянными опасениями за течение беременности и состояние ребенка. Депрессивные переживания критического уровня отмечались у пациенток с депрессивным типом ПКГД, интенсивность переживаний была более выражена у пациенток ОГ, хотя статистически это не подтвердилось. У них отмечались расстройства сна, ухудшение аппетита, неуверенность в себе, раздражительность, слезливость, неуверенность по поводу будущего. У большинства обследованных наблюдались клинически значимые невротические проявления. Преобладали жалобы на уныние, грустное, тоскливое, печальное настроение. Женщины отмечали отсутствие чувства радости, счастья от осознания того, что они беременны. Ожидание хирургической агрессии и операционной травмы способствует разбалансировке психических процессов и снижает когнитивные функции коры головного мозга.

Анализируя имеющиеся данные, мы можем сделать вывод, что и пациенткам, которым предстоит оперативное

Тип тревожности	Группа	Степень выраженности		
		Низкая	Средняя	Высокая
Оптимальный	КГ	24 (36,4%)	37 (56,1%)	5 (7,6%)
	ОГ	18 (35,3%)	28 (54,9%)	5 (9,8%)
	р-значение	p=0,9048	p=0,9005	p=0,9251
Эйфорический	КГ	2 (14,3%)	9 (64,3%)	3 (21,4%)
	ОГ	4 (18,2%)	13 (59,1%)	5 (22,7%)
	р-значение	p=0,5693	p=0,9689	p=0,6306
Игнорирующий	КГ	1 (8,3%)	8 (66,7%)	3 (25,0%)
	ОГ	1 (7,1%)	8 (57,1%)	5 (35,7%)
	р-значение	p=0,7200	p=0,4640	p=0,4371
Тревожный	КГ	1 (16,7%)	2 (33,3%)	3 (50,0%)
	ОГ	1 (8,3%)	3 (25,0%)	8 (66,7%)
	р-значение	p=0,5686	p=0,5609	p=0,4276
Депрессивный	КГ	1 (20,0%)	1 (20,0%)	3 (60,0%)
	ОГ	1 (12,5%)	2 (25,0%)	5 (62,5%)
	р-значение	p=0,6410	p=0,6853	p=0,6845

Таблица 3. Показатели личностной тревожности беременных женщин с различными типами ПКГД (абсолютные и относительные частоты; сравнение КГ и ОГ)

Table 3. Personal anxiety rates in pregnant women with different types of PCGD (absolute and relative prevalence; comparison of control and main groups)

родоразрешение, и тем, кому предстоит родоразрешение через естественные родовые пути, необходима психокоррекционная работа, направленная на снижение тревоги и повышение адаптации к меняющимся требованиям и условиям среды. Проведение психотерапевтических бесед с беременными женщинами снижает уровень тревожности, частоту послеродовых невротических и психических расстройств.

При анализе данных ситуативной (таблица 2) и личностной (таблица 3) тревожности было выявлено, что высокая и низкая степень ситуативной тревожности по шкале Спилберга – Ханина более выражена у пациенток КГ по сравнению с ОГ ($p < 0,05$, таблица 4), что, по-видимому, связано с высокой степенью ответственности пациенток и адекватной оценкой рисков, связанных с оперативным родоразрешением.

У беременных, которым предстояло оперативное родоразрешение, высокая степень личностной тревожности была достоверно выше у пациенток ОГ, чем у пациенток КГ ($p < 0,05$, таблица 5), что, вероятнее всего, связано с преобладанием оптимального типа ПКГД и высокими когнитивными способностями у данной категории пациенток. У беременных с тревожным и депрессивным типами ПКГД отмечалось несоответствие собственных переживаний с

Группа	Степень выраженности			ИТОГО
	Низкая	Средняя	Высокая	
КГ	51 (49,5%)	30 (29,1%)	22 (21,4%)	103 (100,0%)
ОГ	39 (36,4%)	33 (30,8%)	35 (32,7%)	107 (100,0%)
р-значение	p=0,0458*	p=0,7863	p=0,0444*	

Примечания: * – $p < 0,05$ – достоверность отличий данных КГ и ОГ.

Таблица 4. Абсолютные и относительные частоты; сравнение КГ и ОГ по степени выраженности ситуативной тревожности

Table 4. Situational anxiety severity rates (absolute and relative prevalence; comparison of control and main groups)

Группа	Степень выраженности			ИТОГО
	Низкая	Средняя	Высокая	
КГ	29 (28,2%)	57 (55,3%)	17 (16,5%)	103 (100,0%)
ОГ	25 (23,4%)	54 (50,5%)	28 (26,2%)	107 (100,0%)
р-значение	p=0,4271	p=0,4795	p=0,0480*	

Примечания: * – $p < 0,05$ – достоверность отличий данных КГ и ОГ.

Таблица 5. Абсолютные и относительные частоты; сравнение КГ и ОГ по степени выраженности личностной тревожности

Table 5. Personal anxiety severity rates (absolute and relative prevalence; comparison of control and main groups)

традиционными представлениями о периоде беременности, а также повышенное чувство вины из-за отсутствия ощущения спокойствия и счастья. При более глубоких расстройствах клиническая картина усложнялась выраженностью перечисленных явлений и присоединением психосоматических расстройств. Отмечались расстройства сна, отсутствие аппетита, извращение вкуса, снижение массы тела или избыточная прибавка веса.

С помощью опросника наличия и выраженности депрессивных состояний И.Г. Беспалько было выявлено, что эндогенная депрессия у беременных ОГ и КГ отсутствует. Невротическая депрессия отмечалась у 4 пациенток ОГ

и 2 пациенток КГ, что не было статистически значимым ($p > 0,05$) и не потребовало более длительной и глубокой психокоррекционной работы и психологического сопровождения анестезиологической бригадой во время выполнения операции.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования показали, что у беременных, которым предстояло оперативное родоразрешение, оптимальный тип ПКГД был достоверно ниже, чем у женщин, которым предстояли естественные роды. Тревожный, эйфорический, игнорирующий и депрессивный типы ПКГД у пациенток с планируемым оперативным родоразрешением не были достоверно выше, чем у пациенток с планируемыми естественными родами. Психокоррекционная работа и дополнительное психологическое сопровождение врачом анестезиологом-реаниматологом во время операции кесарева сечения снижало выраженность тревожно-депрессивных расстройств, так как у большинства пациенток ситуативная тревожность высокой и низкой степени была статистически значимой при оперативном родоразрешении. ■

Конфликт интересов: все авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Likhachov VK, Shymanska YV, Savelieva YS, et al. Changes of psychoemotional state in the infertile pregnant females due to the anamnesis and IVF. *Wiad Lek.* 2019;72(4):562-567. PMID: 31055533.
- García-Blanco A, Diago V, Hervás D, et al. Anxiety and depressive symptoms, and stress biomarkers in pregnant women after in vitro fertilization: a prospective cohort study. *Hum Reprod.* 2018;33(7):1237-1246. doi: 10.1093/humrep/dey109
- Lynch CD, Sundaram R, Buck Louis GM. Biomarkers of preconception stress and the incidence of pregnancy loss. *Hum Reprod.* 2018;33(4):728-735. doi: 10.1093/humrep/dey030
- Arshavsky IA. The role of the gestational dominant as a factor determining the normal or development of the embryo. In: *Topical issues of obstetrics and gynecology*. M., 1957. (In Russ.). [Аршавский И.А. Роль гестационной доминанты в качестве фактора, определяющего нормальное или уклоняющееся от нормы развитие зародыша. В кн.: *Актуальные вопросы акушерства и гинекологии*. М., 1957].
- Vasilenko TD, Zemzyulina IN, Blum AI, et al. *Clinical psychology of family reproductive health*. Kursk, 2017. (In Russ.). [Василенко Т.Д., Земзюлина И.Н., Блюм А.И., и др. *Клиническая психология репродуктивного здоровья семьи*. Курск, 2017].
- Rahimi R, Hasanpour S, Mirghafourvand M, Esmailpour K. Effect of Hope-oriented group counseling on mental health of infertile women with failed IVF cycles: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):286. doi: 10.1186/s12888-021-03280-5
- Dobryakov IV. *Perinatal psychology*. SPb., 2015. (In Russ.). [Добряков И.В. *Перинатальная психология*. СПб., 2015].
- Rabovalyuk LN, Kravtsova NA. Age as one of the factors determining the psychological component of gestational dominance. *Medical psychology in Russia*. 2012;4(15). (In Russ.). [Рабовалюк Л.Н., Кравцова Н.А. Возраст как один из факторов, определяющих психологический компонент гестационной доминанты. *Медицинская психология в России*. 2012;4(15)]. URL: <http://medpsy.ru>

- Bai CF, Cui NX, Xu X, et al. Effectiveness of two guided self-administered interventions for psychological distress among women with infertility: a three-armed, randomized controlled trial. *Hum Reprod.* 2019;34(7):1235-1248. doi: 10.1093/humrep/dez066
- Zakaria FH, Samhani I, Mustafa MZ, Shafin N. Pathophysiology of Depression: Stingless Bee Honey Promising as an Antidepressant. *Molecules*. 2022;27(16):5091. doi: 10.3390/molecules27165091
- Galbally M, van Rossum EFC, Watson SJ, et al. Trans-generational stress regulation: Mother-infant cortisol and maternal mental health across the perinatal period. *Psychoneuroendocrinology*. 2019;109:104374. doi: 10.1016/j.psyneuen.2019.104374
- Kalaizaki AE, Mavrogiannaki S, Makrigiannakis A. A prospective, cross-sectional study of the protective and risk psychological factors of successful in vitro fertilisation outcome: preliminary results in a Greek sample. *J Obstet Gynaecol.* 2020;40(3):382-387. doi: 10.1080/01443615.2019.1631766
- Corno G, Espinoza M, Maria Baños R. A narrative review of positive psychology interventions for women during the perinatal period. *J Obstet Gynaecol.* 2019;39(7):889-895. doi: 10.1080/01443615.2019.1581735
- Loughnan SA, Wallace M, Joubert AE, et al. A systematic review of psychological treatments for clinical anxiety during the perinatal period. *Arch Womens Ment Health*. 2018;21(5):481-490. doi: 10.1007/s00737-018-0812-7
- Alderdice F. Enduring questions in perinatal psychology. *J Reprod Infant Psychol.* 2018;36(5):461-462. doi: 10.1080/02646838.2018.1539440
- Dobryakov IV. *Perinatal pathology*. SPb., 2010. (In Russ.). [Добряков И.В. *Перинатальная патология*. СПб., 2010].
- Myasishchev VN. *Psychology of relations. Selected psychological works*. M., 2004. (In Russ.). [Мясищев В.Н. *Психология отношений. Избранные психологические труды*. М., 2004].
- Gamez BH, Habib AS. Predicting Severity of Acute Pain After Cesarean Delivery: A Narrative Review. *Anesth Analg.* 2018;126(5):1606-1614. doi: 10.1213/ANE.0000000000002658