

недель беременности (а также на определенных сроках беременности: 12 — 15 недель, 32 — 34 недели, 39 — 40 недель). Эти сроки связаны с особенностями гормонального фона и повышением функциональной нагрузки на почки, в поздние сроки — с ухудшением оттока мочи. В острый период заболевания беременные жалуются на внезапное ухудшение самочувствия, слабость, головную боль, повышение температуры тела (38 — 40°C), озноб, боли в пояснице, дизурические нарушения — учащенное мочеиспускание, боли при мочеиспускании. При подозрении на пиелонефрит беременная госпитализируется в родоразрешительное отделение родильного дома, при этом рекомендуется длительное лечение (не менее 4 — 6 недель). После родов у женщин, перенесших гестационный пиелонефрит, функция почек обычно восстанавливается.

Параллельно с лечением патологии почек проводят терапию, направленную на сохранение беременности при угрозе ее прерывания и на улучшение маточно-плацентарного кровоснабжения. Вопрос о досрочном прерывании беременности ставится в том случае, когда оказались неэффективными все средства и методы лечения. Роды проводятся через естественные родовые пути. Операция кесарева сечения производится только по строгим акушерским показаниям.[12]

Подводя итог, следует отметить, что представленный обзор, не претендуя на полноту имеющейся по данной теме информации и ограниченная в объеме, имела своей целью подчеркнуть научный интерес и практическую актуальность проблемы патологии почек у беременных. Продолжение исследований в данном направлении позволит глубже понять механизмы и особенности развития данной патологии в сочетании с процессом гестации, определить закономерности и критерии прогноза некоторых осложнений беременности, оптимизировать лечебную тактику и повысить эффективность профилактики как основного заболевания, так и осложнений гестационного процесса у этой категории пациенток.

Литература:

1. Аляев Ю.Г., Руденко В.И., Философова Е.В. Современные аспекты медикаментозного лечения больных мочекаменной болезнью // *Рус. мед. журн.* 2004; №12, с. 534–541
2. Аполин О.И., Какорина Е.П., Бешишев Д.А. Состояние урологической заболеваемости в Российской Федерации по данным официальной статистики // *Урология*, 2008; №3, с.3–9
3. Батюшин М.М., Терентьев В.П., Дмитриева О.В., Повилайтис П.Е. Хроническая болезнь почек. Место нестероидных противовоспалительных препаратов. Санкт-Петербург, Дзержинск, 2009 г. - 136 с.
4. Дорожкин В.К. Роль изменений сосудистой системы в прогнозировании развития сочетанных гестозов на фоне пиелонефрита и их немедикаментозная коррекция: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Самара, 1998.
5. Заманская Т.А. Роль морфо-функциональной асимметрии фетоплацентарного комплекса в формировании патологии мочевыделительной системы у беременных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Ростов н/Д, 1997.
6. Максимова А.С. Заболевания почек. Лечение народными средствами. Санкт-Петербург, Феникс, 2007 г. - 256 с.
7. Мелашова Т.А. Иммунологические взаимоотношения в системе мать—плацента—плод у беременных с гестозом на фоне хронического пиелонефрита. Прогноз для плода и новорожденного: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Барнаул, 1997.
8. Хорошилов И.Е. Правильное питание беременных и кормящих женщин // *Consilium Medicum* 2006; №8, с.49–51
9. Тиктинский О.Л., Александров В.П. Мочекаменная болезнь, М., Медицина, 2000 г., 460с.
10. Сидорова И.С., Макаров И.О., Боровкова Е.И. Беременность и эндокринная патология. Санкт-Петербург, Практическая Медицина, 2009, 144 с.
11. Epstein FH. Pregnancy and renal disease // *N Engl J Med*, 2009, No8 vol 335, p.277-278.
12. Jones D.C., Hayslett J.P. Outcome of pregnancy in women with moderate or severe renal insufficiency // *N Engl J Med*, 2009, vol 335, No8, p.226-232

Роль психофизиологической адаптации во время беременности

Кулиева И.С.

Диссертант кафедры психологии БГУ

По мнению современных исследователей, рост патологии беременности, перинатальных нарушений, осложнений родов и послеродового периода свидетельствуют о том, что ограничение изучения данных аспектов рамками только новых акушерских технологий невозможно. Последние десятилетия практическое акушерство претерпело значительные преобразования, направленные на «медикаментозное» ведение беременности, более активное «управляемое» родоразрешение, в том числе оперативным путем, которые несколько нивелируют взгляд на беременность и роды, как на физиологический процесс, требующий в отдельных случаях только психологической помощи и поддержки. Полное отсутствие психологической помощи и поддержки во время беременности долгие годы способствовали отрицательным демографическим и социальным процессам. Эти процессы в свою очередь приводили к материнской заболеваемости и смертности падению рождаемости, значительному росту аборт, увеличению числа детей, оставленных матерями. Беременность - время стресса, в особенности для молодой женщины, у которой психическое равновесие, необходимое для того, чтобы иметь дело с непрестанными требованиями беспомощного, зависимого человечка, еще не установлено надежно. Д. Пайнз (1997) отмечает, что конфликты, принадлежащие прошедшим стадиям развития оживают, как это бывает в любой кризисной точке человеческой жизни, и молодая женщина должна заново приспосабливаться к своему собственному внутреннему миру и к внешнему объективному миру. Суть этой адаптации женщины на пути к зрелости состоит в достижения устойчивого

и удовлетворительного баланса между бессознательными фантазиями, мечтами и надеждами и реальностью отношений с самой собой, ребенком и окружающими. Новые объективные отношения, которые начнут развиваться только с рождением ребенка, будут зависеть не только от самого ребенка, его пола, внешности и поведения (влияющих, конечно, на мнение матери о Собственном Я и о своем умении заботиться о ребенке), но и от конкретных переживаний матери во время беременности и родов, этих важных этапов на пути материнского узнавания: ребенок вне меня и есть тот плод, который был когда-то столь сокровенной частью моего тела. Но пока ребенок еще не родился, её отношения с плодом так, же достаточно непростые. Уникальное сочетание телесных и эмоциональных ощущений во время беременности предоставляет женщине альтернативное средство для разрешения некоторых психических конфликтов, связанных с детскими переживаниями. Плод можно физически поддерживать, оберегать и хранить его жизнь, но можно физически отвергать невынашиванием или аборт, когда мать отказывается плоду в жизни, а себе в материнстве.

Психологическая работа должна осуществляться на основании добровольного информированного согласия и отличаться разнообразием форм, выбор которых производится индивидуально и в соответствии с желанием женщины. Беременность и роды представляют собой естественный период в жизни женщины, закономерный этап существования семьи. Изменения, протекающие в женском организме при беременности, носят комплексный, психофизиологический характер. В настоящее

время стали актуальны психопрофилактические комплексные программы подготовки беременных к родам, которые по своей сути являются улучшенным вариантом программы И. И. Вельвовского. В исследованиях по изучению состояния женщины во время беременности, связанных с успешностью ее адаптации к материнству и обеспечением адекватных условий для развития ребенка, учитываются разнообразные факторы. Это личностные особенности женщины, социально – бытовые условия, семейная жизнь, адаптация к супружеству, особенности личностной адаптации, культурные, социальные и семейные особенности, физическое и психическое здоровье. В течение беременности на основе комплексного психологического, психиатрического, медицинского, социального исследования, конструируется «матрица материнства», прогностическая для постнатального развития материнского и детского поведения.

Многие исследования показали, что даже в период вынашивания ребенка у женщин возникают проблемы, корни которых часто скрываются на бессознательном уровне.

Проблема восприятия себя в новом состоянии беременности связана с естественным изменением восприятия себя как на телесном, физиологическом, так и на психологическом уровне. Проведенные психодиагностические исследования показывают, что в период беременности происходят переоценка ценностей, осмысление жизненных приоритетов, переориентация в плане выбора социальных ролей и взаимоотношений с другими людьми. Осознание себя беременной превращается в ключевой момент формирования творческой адаптации к новой жизненной ситуации. Поэтому, если женщина не принимает свое новое состояние, или принимает его частично, у нее возникает эмоциональный и душевный кризис (появление страхов, тревог и опасений) для выхода, из которого необходима специальная психологическая поддержка.

Восприятие новой жизни – себя в новом образе, статусе и роли осложняется для беременной женщины постоянно существующим в этот период ощущением ребенка внутри себя. Появление тревоги за жизнеспособность еще не рожденного ребенка, за успешность будущего материнства в определенной степени создает ситуацию отвержения, а иногда и агрессии по отношению к зарождающейся новой жизни в собственной утробе. Возникают сомнения по поводу целесообразности сохранения беременности и страх. У женщины появляется страх за физическое здоровье малыша, за его внешние данные, наличие у него каких либо уродств и генетических заболеваний. Очевидно, что при таком отношении к будущему ребенку женщина не может создать ему полноценный комфорт, необходимый для его развития в перинатальный период, а, следовательно, сама она, безусловно, нуждается в психологической помощи.

Все перечисленные факторы показывают, что в период беременности женщина может нуждаться в своевременной психологической помощи. Важность этой помощи обуславливается еще и тем, что неблагоприятный психоэмоциональный фон протекания беременности, все переживания и страхи женщины в этот период отрицательно сказываются на развитии ребенка. Поэтому скорейшее решение женщиной проблем, связанных с ее состоянием и будущим материнством, выход из психотравмирующей ситуации позволят ей творчески адаптироваться к своей новой роли. В этом случае беременность станет этапом ее дальнейшего личностного роста, условием реализации ее женского начала и индивидуальности.

Важно заметить, что вопросы принятия женщиной своей

беременности, ее отношение к себе и будущему ребенку, а также к окружающим изучены еще недостаточно, хотя без этого невозможно говорить о полноценном существовании как самой матери так и ее ребенка.

С психологической точки зрения работа в период беременности должна быть сфокусирована на следующих моментах. Будущая мать должна ознакомиться с физиологическими аспектами и связанными с ними изменениями в данный период. Она должна иметь представление о возможных эмоциональных и поведенческих особенностях, характерных для женщин, готовящихся стать матерью. Прояснить для себя актуальные желания и ожидания в отношении своей жизни и жизни будущего ребенка. Женщине необходимо рассмотреть ситуации, складывающейся при взаимодействии с близкими людьми, в частности отношения с супругом. Будущей маме очень важно помочь в осознании своих чувств и внутриличностных конфликтов, в нахождение творческих способов адаптации к состоянию беременности и принятие ответственности за их реализацию.

В медицинских ориентированных исследованиях обсуждается связь психологического состояния женщины во время беременности с успешностью ее вынашивания, риском развития гестационных осложнений, патологии родов и послеродового периода, как для матери, так и для ребенка.

Актуальность проблемы определяется отсутствием единых методических подходов и рекомендаций, направленных на нормализацию психоэмоционального состояния женщины во время беременности, практической потребностью разработки современных методов ППП, необходимостью и возможностью ограничения перинатальной фармакотерапии на фоне психологического сопровождения беременности и родов. Оказание своевременной психологической помощи и поддержки во время беременности при условии ранней коррекции негативных переживаний способствует физиологическому течению гестационного процесса, родов и периода новорожденности.

Таким образом, благополучное материнство – это не только предотвращение смерти, данное понятие включает многочисленные аспекты здоровья, как матери, так и ребенка, в том числе физические, психологические и социальные факторы благополучия женщины во время беременности, родов и послеродовом периоде, а также рождение ребенка, готового к здоровому детству.

Литература.

- Арамченко В.В. . Перинатальная психология : теория , методология, опыт/ В. В. Абрамченко Н. П. Коваленко. СПб. : Изд-во Санкт-Петербурга, ун-та, 2001.-348 с.
- Баженова О. В. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка / О. В. Баженова, Ж. Ж1. 1993 -4.с.35
- Батуев А. С. Концепция человека и психофизиология доминанты сб. тез.научно-практической конференции СПб., 1996.с.3-4.
- Боровикова Н. В. Психологическая помощь беременным / Н. В. Боровикова, С. Т.
- Посохова // Медико-психологические аспекты современной перинатологии : сб. материалов I Всероссийской научно – практической конференции по пренатальному воспитанию. М., 1999. – С.54-58.
- Исрафилбейли С.Г., Махмудбекова З.С. Обоснование потребностей дороговой и родовспомогательной помощи на Республиканском уровне // Mataliq qinekolo-giya perinatologiya patologiyalarında bazı mələlər mövzusunda Respublika Elmi Praktik konfransının məğələlər toplusu // Bakı:2010.с.27-29.