

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ РАЗВИТИИ ПОЛИОРГАННОЙ ДИСФУНКЦИИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ У ЖЕНЩИН С COVID-19

Алимова Хилола Пулатовна¹

¹Республиканский специализированная инфекционная больница
Зангиота №1, Ташкент, Узбекистан

Воитова Гавхар Алишеровна²

²Ташкентский городской центр репродуктивного здоровья женщин,
Ташкент, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7060141>

Цель исследования: выявить особенности психотерапевтической поддержки при развитии полиорганной дисфункции в послеродовом периоде у женщин с COVID-19

Материал и методы. Фундаментом исследования послужили результаты обследования и лечения 3080 беременных женщин и молодых матерей, инфицированных SARS-CoV-2 во время пандемии COVID-19 в условиях родильного отделения «Республиканской специализированной инфекционной больницы Зангиота-1» с декабря 2020 года по 01 января 2022 года. Большинство женщин (48,0%; 1478 из 3080) находилось в возрастном диапазоне 26-30 лет, а также большинство женщин (84,0%; 2586 из 3080) не имели выкидышей в анамнезе. По количеству беременностей в анамнезе больше всего отмечено случаев с двумя (31,0%; 956 из 3080) и одной беременностью (27,5%; 847 из 3080) в анамнезе. Всего 5,9% (183 из 3080) беременных были первородящими. На момент поступления больных в стационар на первом триместре беременности (<13 недель гестации) находились 889 из 3080 женщин (28,9%), на втором триместре беременности (13-27 недель гестации) – 1056 женщин (34,3%) и больше всего на третьем триместре беременности – (≥28 недель гестации) – 1135 женщин (36,8%). Согласно международным критериям оценки степени тяжести инфекции COVID-19 у беременных женщин в подавляющем большинстве (64,3%; 1980 из 3080) случаев диагностировано среднетяжелое течение пневмонии. Клиническая картина беременных с инфекцией COVID-19 была представлена двусторонней пневмонией у 48,0%. (1478 из 3080). При этом до 50% поражения легких по данным МСКТ имели большинство (60,0%; 1848 из 3080) пациенток. Выявление и оценка степени тяжести психоэмоциональных нарушений проводились по шкале оценки тревожных расстройств ГТР-7, шкале оценки посттравматических

стрессовых расстройств (ПТСР) IES-6, и шкале оценки депрессивного синдрома PHQ-9. Выявление сочетанной психоэмоциональной патологии производили по специальной объединенной шкале PHQ-ADS, которая представляет собой сумму баллов из опросников PHQ-9 и ГТР-7 (максимальный балл 48, сочетание ПТСР, тревоги и депрессии проявляется при 20 и более баллах).

Результаты. Полученные данные по шкалам-опросникам при оценке психоэмоциональных нарушений у женщин с COVID-19 и полиорганной недостаточностью (ПОН) в постродовом периоде показали выраженность симптомов ПТСР в 3 триместре беременности на фоне более высоких показателей перинатальной летальности, кесарево сечения, длительного нахождения на ИВЛ и в ОРИТ. Ответы с высокими баллами по комбинированной шкале PHQ-ADS были зарегистрированы статистически значимо выше у женщин 2 и 3 триместра беременности по сравнению с женщинами 1-го триместра. Таким образом, для сочетанных психоэмоциональных нарушений с выраженной симптоматикой ПТСР, тревоги и депрессии на фоне беременности и пневмонии COVID-19, были получены баллы выше пороговых значений по шкале PHQ-ADS (≥ 19 баллов) и также характерно развитие ПОН.

Факторами риска ICUS явились общепризнанные предикторы, которые были унифицированы для пациенток ОРИТ родильного отделения, а именно:

☒ обстановка в ОРИТ (шум, нарушение сна, осознание пациентками тяжести своего состояния) оказывала влияние на 234 (84,5%) пациентки;

☒ не устранённые вегетативные расстройства и полиневропатия (ТРБ, делирий) отмечались у 155 (55,9%) пациенток;

☒ метаболические и гипоксические нарушения (сахарный диабет, метаболический синдром) отмечены у 103 (37,2%) пациенток;

☒ обилие диагностических и лечебных процедур влияло на психику практически всех пациенток, находящихся в сознании;

☒ влияние различных фармакологических средств на психику пациенток (седативные препараты, антидепрессанты и т.д.) побочные реакции от применения препаратов отмечены у 5 (1,8%) пациенток.

Ранними признаками ICUS явились речевое возбуждение (165/59,5%), необъяснимая депрессия (176/63,5%), неадекватные просьбы или поступки (56/20,2%);

Меры, способствующие предупреждению и своевременному лечению СОИТ, мы систематизировали так:

- Необходим, если это возможно, предоперационный контакт с больным;
- Упреждающая аналгезия и седация;
- Седация и транквилизация;
- Сокращение и объединение лечебных действий;
- Особое внимание пациенткам, находящимся на ПИВЛ;
- Участие психотерапевта при необходимости;

После выздоровления реанимационных больных и выписки их из стационара (n=613) для каждого случая была составлена индивидуальная программа реабилитации с учетом факторов риска. В дальнейшем на основе ежемесячного опроса больных (вызов в стационар или по телефону) по шкале IES-6 (для оценки ПТСР) и комбинированной шкале PHQ-ADS (для оценки тревоги/депрессии) были изучены уровни реабилитации в группах среднетяжелого (n=111), тяжелого (n=472) и крайне тяжелого (n=30) течения пневмонии COVID-19. Показатель уровня реабилитации был изучен также в группе больных с ПОН (n=277). Пациенты считались реабилитированными при начислении менее 19 баллов по шкале IES-6 (исключение посттравматического стресса) и показателе менее 2 по комбинированной шкале PHQ-ADS, при котором исключались тревога и депрессивный синдром). Уже к 8 месяцу после окончания интенсивной терапии основной патологии – пневмонии COVID-19, все женщины были реабилитированы и полностью излечились от психоэмоциональных нарушений. При этом, на 5 и 6 месяце половина из продолжавших реабилитацию заканчивали ее, т.е. максимальный эффект был получен через 5 месяцев после начала курса реабилитации. Результаты эффективности реабилитации психоэмоциональных расстройств в группе со среднетяжелым течением среди женщин, получивших лечение в ОРИТ, были лучше, чем в группе с тяжелым и крайне тяжелым течением пневмонии COVID-19. Так, если среднетяжелые случаи завершили реабилитацию в сроках через 4 месяца после выписки из стационара, то тяжелые случаи завершили реабилитацию только к 8 месяцам после выписки, а крайне тяжелые характеризовались тем, что более половина из них все еще продолжали реабилитацию к этому сроку. После перенесения полиорганной недостаточности и выздоровления 213 женщин с психоэмоциональными расстройствами в виде ПТСР, тревожности и депрессивного синдрома, успешно завершили курс

реабилитации позже, чем средние сроки, характерные для общих реанимационных больных. Таким образом, было показано влияние ПОН на усугубление клинической картины психоэмоциональных нарушений и удлинению реабилитационного периода за счет развития синдрома палаты интенсивной терапии.

Заключение. В интенсивной терапии в отделениях реанимации нуждаются 22,0% беременных женщин с пневмонией COVID-19, среди которых подавляющее большинство (72,4%) составляют случаи с тяжелым клиническим течением COVID-19. Частота случаев с развитием полиорганной недостаточности при COVID-19 составила 41,0% среди реанимационных пациенток с беременностью и 9,0% в общей аналитической выборке. Реабилитационный период у женщин после беременности и родов на фоне инфицирования COVID-19 и переживания психоэмоциональных расстройств в виде ПТСР, тревоги и депрессии, продлевается до 8 месяцев с более худшими показателями после перенесения пневмонии COVID-19 в крайне тяжелой форме и в случаях развития ПОН.