

УДК: 159.9:618.2:616.89-055.2

## ЛЕЧЕБНО-ТАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИ РАЗВИТИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН



Воитова Гавхар Алишеровна, Алимова Хилола Пулатовна  
Республиканская специализированная инфекционная больница Зангиота-1,  
Республика Узбекистан, г. Ташкент

### ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ПСИХОЭМОЦИОНАЛ КАСАЛЛИКЛАРНИНГ РИВОЖЛАНИШИДАГИ ТЕРАПЕВТИК ВА ТАКТИК ЖИҲАТЛАР

Воитова Гавхар Алишеровна, Алимова Хилола Пулатовна  
1-сонли Зангиота Республика ихтисослаштирилган юкумли касалликлар шифохонаси,  
Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

### THERAPEUTIC AND TACTICAL ASPECTS IN THE DEVELOPMENT OF PSYCHO-EMOTIONAL DISORDERS IN PREGNANT WOMEN

Voitova Gavgkhar Alisherovna, Alimova Khilola Pulatovna  
Republican Specialized Infectious Diseases Hospital Zangiota-1, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: [gavharv@mail.ru](mailto:gavharv@mail.ru)

---

**Резюме.** Ушбу мақолада COVID-19 пневмонияси фонида ҳомиладорлик ва тугруқ клиник кечилишнинг ўзига хос Перинатал даврдаги стресс ҳолатларини тушуниш ва улар билан қандай куралишни ўрганиш ёш оналарнинг, шунингдек, уларнинг фарзандларининг қисқа ва узоқ муддатда ақлий ва жисмоний соғлиғини мустаҳкамлаш учун калит бўла олади. Мақолада ҳомиладор аёлларда психоэмоционал бузилишларни даволашнинг асосий йўналишлари бўйича адабиётлар тахлили берилган. Агар перинатал даврда психоэмоционал салбий сценарийни ривожлантириш хавф омиллари ва унинг ҳомиладорлик, тугиш ва тугруқдан кейинги даврнинг барча даврларига таъсири ҳақида кўплаб наирлар мавжуд бўлса, унда ушбу асоратни даволаш ва реабилитация тактикаси адабиётларда ва тавсияларда эътиборга олинмайди, асосан клиник шароитларда даволаш жараёнларида камдан-кам иштирок этадиган психотерапевтлар ва тиббий психологлар томонидан олиб борилган тадқиқотларнинг ваколати.

**Калит сўзлар:** ҳомиладорлик, тугиш, тугруқдан кейинги давр, психоэмоционал бузилишлар, терапия.

**Abstract.** Understanding stress and learning how to manage it will be key to promoting the mental and physical health of expectant and new mothers and their children in both the short and long term. The article provides a review of the literature data on the main points in the treatment of psychoemotional disorders that develop in pregnant women. So, if there are many publications regarding the risk factors for the development of a psycho-emotional negative scenario in the perinatal period and its influence on the course of all periods of pregnancy, childbirth and the postpartum period, then treatment and rehabilitation tactics in the development of this complication are not given due attention in the literature, and recommendations are mainly the prerogative of research by psychotherapists and medical psychologists, who are rarely involved in the treatment process in clinical settings.

**Keywords:** pregnancy, childbirth, postpartum period, psycho-emotional disorders, therapy.

---

Симптомы и расстройства, связанные с перинатальной тревогой широко распространены и зачастую приводят к инвалидизации психосоматического состояния женщин в послеродовом периоде. Тем ни менее, одним из дискуссионных вопросов, является своевременная диагностика и грамотное классифицирование психологического статуса пациентов [1-3].

Так, на сегодняшний день наиболее популярной и широко используемой для выявления вероятной депрессии является Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (EPDS). Притом, что три пункта из этой шкалы отражают фактор тревоги как в антенатальном, так и в постнатальном периоде. Кроме того, исследования выявили клинически значимые корреляции между EPDS и различными

показателями тревожности в перинатальном периоде [4].

Тем не менее, по мнению S. Matthey et al. (2013), с одной стороны, EPDS позволяет выявлять перинатальные тревожные расстройства, однако, недостаточно доказательной базы, чтобы установить клиническую и общественную ценность EPDS, а также выяснить, обладает ли данная шкала надежными психометрическими свойствами [4].

Определенный интерес представляют исследования W. Simpson et al. (2014), которые провели оценку психологического состояния 240 перинатальных женщин (n=155 беременных и n=85 родильниц), направленных на консультацию к психиатру [5].

В день первичной оценки все женщины заполнили шкалу генерализованных тревожных расстройств (GAD-7) и Эдинбургскую шкалу послеродовой депрессии (EPDS). Показатели GAD-7 и EPDS сравнивались с клиническими диагнозами. GAD-7 показал чувствительность 61,3% и специфичность 72,7%, что значительно превосходило эти показатели при оценке EPDS [5].

Не столь обнадеживающие выводы опубликовали в своих исследованиях N. Fairbrother et al. (2019), которые оценили EPDS и EPDS-3A, а также GAD-7, GAD-2 и AD-13 (альтернативная шкала депрессии) у 310 канадских женщин через 3 месяца после родов. По мнению авторов, ни EPDS/EPDS 3-A, ни GAD-7/GAD-2 не могут быть рекомендованы для широкого использования в качестве перинатального скрининга тревожно-депрессивного состояния. Более удовлетворительные результаты обнаружены при тестировании пациенток с помощью AD-13 [6].

Заслуживают внимания исследования S.D. Shrestha et al. (2016) которые, оценили надежность и валидность EPDS для выявления распространенных перинатальных психических расстройств у женщин в странах с низким уровнем дохода и уровнем дохода ниже среднего [7].

Следуя протоколу PRISMA, авторы провели поиск в Medline-Ovid, Cinahl-Plus и PubMed, чтобы найти исследования, в которых сообщается о переводе, культурной адаптации и формальной валидации EPDS для выявления перинатальных психических расстройств среди женщин в странах с низким и средним уровнем дохода. Большинство результатов в неанглоязычных странах с низким и средним уровнем дохода не соответствовали всем критериям формальной валидации скрининга. Авторы предлагают усовершенствовать психометрические свойства EPDS [7].

Более расширенное исследование было проведено Г.Э. Мазо с соавт. (2012) из научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург), которые сравнили эффективность и надежность специфических скрининговых инструментов (шкала депрессии Бека (BDI and BDI-II; Beck et al., 1961, 1996) шкала послеродовой депрессии Бромлей (BPDS; Stein and Van den Akker, 1992); Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D; Radloff, 1977); Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (EPDS; Cox et al., 1987); The General Health Questionnaire (GHQ; Goldberg, 1972); шкала самооценки депрессии Цунга (The Zung Self-Rating Depression Scale — SDS; Zung, 1965); The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS; Rush et al., 1986); Скрининговая шкала послеродовой депрессии. (The Postpartum Depression Screening Scale — PDSS; Beck and Gable, 2000, 2001); шкала депрессии Гамильтона) для оценки послеродовой депрессии, традиционно используемых для потенциального риска присутствия стрессового состояния [8]. Полученные авторами результаты, также свидетельствуют о том, что наиболее изученным и доступным скрининговым инструментом по сравнению с другими шкалами, специально разработанными для диагностики послеродовой депрессии, является EPDS [8].

Некоторые исследователи по мимо оценки психологического состояния женщин в перинатальном периоде, рекомендуют акцентировать внимание на различные варианты отношения к беременности [9-11].

Так, например М.А. Нечаева и М.А.Беребин (2010) отмечают, что неадекватное отношение к беременности связанное с психологическим статусом женщины является многовариантным. Авторы предлагают рабочую классификацию, разработанную на основании концепции отношений, а именно: 1. Адекватные варианты отношения к беременности – гармоничный тип. 2. Неадекватные варианты отношения к беременности – а) эргопатический тип; б) тревожный тип с тревожно-ипохондрическим подтипом и тревожно-сензитивным подтипом; в) инфантильный тип с эйфорическим и эгоцентрическим подтипами и г) конфликтный типа с неврастенический и дисфорический. Для определения одного из представленных типов, авторы создали модель клинического мышления психолога в виде специального опросника, который с успехом прошел апробацию [12].

Перинатальные психоэмоциональные состояния по выраженности и длительности стресса, имеют особую специфику и могут варьироваться от легких кратко временных тревожно-депрессивных проявлений, связанных с

переживанием стрессовых ситуаций во время беременности, до выраженных психопатических полиморфных нарушений и достигать уровня аффективных расстройств [13].

М. А. Коргожа (2021) отмечает, что разносторонняя типология эмоциональных проявлений в целом может быть сведена к разделению их на адаптивные и дезадаптивные состояния, отражающие субъективное переживание женщиной значимой ситуации, способствующие или препятствующие удовлетворению ее актуальных потребностей. В данном контексте целесообразно выделять дезадаптивные эмоциональные состояния в перинатальном периоде, влияющие на психическое здоровье женщин, с целью оказания им своевременной специализированной помощи [14].

В целом, сравнивая полезность применения различных психометрических шкал, можно отметить более высокие показатели надежности шкал специально разработанных для скрининга перинатальной депрессии по сравнению со шкалами, традиционно применяемыми для диагностики депрессивной симптоматики. Тем не менее «Золотого стандарта» диагностики перинатальной депрессии на сегодняшний день не существует. В настоящее время сохраняется необходимость в проведение дополнительных исследований, направленных на изучение клинических особенностей, нозологической принадлежности депрессивной симптоматики в перинатальном периоде и выработке комплексных подходов к диагностике тревожно-депрессивного состояния женщин на всех этапах родовой деятельности.

На сегодняшний день, все меньше дискуссий вызывают множество вопросов затрагивающие влияние COVID-19 на течение беременности и родоразрешение. Так, установлено, что клиническая картина беременных с инфекцией COVID-19 сопоставима с инфицированными небеременными женщинами, а частыми симптомами являются: лихорадка, кашель, миалгия, боль в горле и недомогание [15, 16].

В некоторых случаях наблюдается тяжелая материнская заболеваемость и перинатальная смертность, вторичная по отношению к инфекции COVID-19 [17, 18]. В этих условиях беременным женщинам предлагается сосредоточиться на соблюдении личной гигиены, правильном питании и социальном дистанцировании, что значительно снизит риск заражения COVID-19 [19, 20].

Наиболее остро, на сегодняшний день, стоит проблема связанная с влиянием пандемии на психоэмоциональное состояние самых

уязвимых слоев населения, к которым также относятся как беременные и послеродовые женщины. Тревожные расстройства являются наиболее распространенными расстройствами психического здоровья в перинатальном периоде, от них страдает каждая пятая женщина. С начала пандемии до 60% перинатальных женщин испытывают тревогу от умеренной до тяжелой степени. Учитывая значительное увеличение перинатальной тревожности во время COVID 19, большинство клиницистов стремятся лучше понять ее феноменологию, поставив акцент на содержание коллективного беспокойства с помощью проведения различных контент-анализов и разработки системных подходов к диагностике и лечению [21, 22].

Таким образом, понимание стресса во время пандемии COVID-19 и изучение способов борьбы с ним будут иметь ключевое значение для содействия психическому и физическому здоровью будущих и молодых матерей, а также их детей как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе.

В ниже приведенном обзоре, мы попытались провести систематический обзор, который был направлен на оценку влияния коронавирусной инфекции (SARS-CoV-2, MERS-CoV и SARS-CoV) на беременность и возможность ее вертикальной передачи от матери к плоду, что позволит выработать более специфические программы реабилитации.

Если в отношении факторов риска развития психоэмоционального негативного сценария в перинатальном периоде и его влияния на течение всех периодов беременности, родов и послеродового периода имеется множество публикаций, то лечебно-реабилитационной тактике при развитии данного осложнения, в литературе не уделяется должного внимания, а имеющие рекомендации в основном являются пререгитивной исследований психотерапевтов и медицинских психологов, которые редко подключаются в лечебные процессы в клинических условиях.

В связи с этим, заслуживает внимание исследование В. Ю. Лединой (2004), в котором автор, для обеспечения адекватности психологической адаптации к беременности и усиления материнской доминанты, предлагает применить “полисистемный методологический подход к психопрофилактической работе с беременными, включающий психокоррекционный, социально-психологический, физиологический и сенсомоторный компонент”. Для достижения поставленной цели, автором разработана модель подготовки беременных к родам на основе интеграции практических психологических

технологий с включением как индивидуальной, так и групповой форм психокоррекции, психологического тренинга с биоуправлением и информационно-практическим блоком. Автор доказывает, что применение данной модели снижает тревожные переживания на 24% и депрессивного компонента на 9.2% [23].

По данным исследования Е. В. Лохиной (2013), использование программы психофизиологического тренинга дородового медико-психологического сопровождения беременных женщин, благоприятно влияет на течение беременности и родов. В частности: беременность в 2 раза реже осложняется угрозой прерывания, а гестозом в 6,5 раз; уменьшается общая продолжительность родов, в основном за счет укорочения первого периода, в родах отсутствует слабость родовой деятельности, несвоевременное излитие околоплодных вод встречается реже и не требует медикаментозного вмешательства. Значительно уменьшается кровопотеря в родах, реже используется кесарево сечение [24].

Н. П. Коваленко (2002) прослеживая особенности формирования ответственности за родовой акт, предлагает авторский метод централизованного рисунка «План родов», что позволяет закрепить позитивные установки по отношению к рождению ребенка у матери и отца [25]. По мнению автора, «символическое решение такой задачи через рисование способствует стабилизации эмоционального состояния, укреплению веры в себя и свои силы», выявляет скрытые внутри личностные деструктивные процессы, связанные с эмоциональными травмами, неэффективным жизненным опытом и негативизмом по отношению к себе, окружающим и реализации себя в материнстве [25].

Некоторые авторы рекомендуют дополнять психотерапию с применением лекарственных средств.

Так И. М. Мухамадиев (2004) предлагает наряду с психотерапией метаболическую (первый комплекс - тиаминпирофосфат, рибофлавин-мононуклеотид, пантотенат кальция, липоевая кислота, альфа-токоферол; второй комплекс - пиридоксальфосфат, фолиевая кислота, цианкоболамин, глицерофосфат кальция, оротат калия, глютаминовая кислота, пангамат кальция), которая «оказывает благоприятное влияние на психоэмоциональное состояние беременных женщин» и «приводит к снижению числа патологического течения родов в 3 раза и родового травматизма матери более чем в 2 раза» [26].

Г.Б. Мальгина (2003) при психоэмоциональном стрессе в период гестации предлагает применять дифференцированную

психотерапию с включением седативной и антиоксидантной терапии, «метаболических препаратов, перманентной токолитической терапии, курсов физиотерапии, а также родоразрешение в перинатальном центре с привлечением партнера» [27].

Относительный риск применения препаратов при беременности затрудняет выбор терапии, поэтому для коррекции психоэмоциональных расстройств, могут рассматриваться препараты растительного происхождения, не имеющие побочных эффектов. Одним из противотревожных комплексных фитопрепаратов является обыкновенная валериана, мягкий гипнотический эффект которой дает возможность применять ее для купирования неглубоких инсомнических расстройств, вызванных тревогой, а вегетотропный эффект оказывает равномерное влияние как на психические, так и на соматические симптомы тревоги [28].

В.Л. Тютюнник с соавт. (2009) предлагает в перинатальном периоде у женщин с психоэмоциональными расстройствами применять «Персен» – современный комбинированный седативный препарат растительного происхождения, помогающий снять симптомы стресса (тревогу, раздражительность и эмоциональное напряжение) [28].

S.M. Green et al. (2021) предлагают дополнить протоколы лечения беременных пациенток инфицированных SARS-CoV-2, когнитивно-поведенческой групповой терапией, которая дает хорошие результаты для снятия перинатальной тревоги, нацелившись на нетерпимость к неопределенности и адаптировав существующие стратегии для устранения беспокойств и психологического воздействия, связанных с COVID 19 [29].

Когнитивно-поведенческую групповую терапию, так же рекомендуют J.A. Puertas-Gonzalez et al. (2021), которые провели исследование в больнице Universitario Clínico San Cecilio в провинции Гранада (Испания). Оценочными критериями явились: шкала воспринимаемого стресса (EPP-14), инвентаризация уязвимости к стрессу (IVE) и шкала устойчивости Коннора Дэвидсона (CD-RISC). Авторы заключают, что данное вмешательство у беременных женщин, во время пандемии COVID-19, привело к повышению уровня стрессовой устойчивости этой группы населения. [30].

M. Almeida et al. (2020) отмечают, что наиболее уязвимыми в отношении психического здоровья во время пандемии, оказались женщины в послеродовом периоде с выкидышем или сталкивающиеся с насилием со стороны

интимного партнера. Разъяснительная работа с этими группами женщин и усиление социальной поддержки могут привести к профилактике, раннему выявлению и быстрому лечению [31].

E. Güney et al. (2022) предложили онлайн-программу Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) которая может быть использована для снижения уровня стресса, тревоги и страха перед родами у беременных женщин с диагнозом COVID-19. Как показали исследования, после программы MBSR средние баллы по оценочным критериям the Revised Prenatal Distress Questionnaire, the Beck Anxiety Inventory и the Childbirth Attitudes Questionnaire у беременных в экспериментальной группе были значительно ниже, чем средние баллы в контрольной группе ( $p < 0,001$ ). [32].

X. Yang et al. (2021) предоставили эпидемиологические доказательства (19 515 беременных женщин из всех 34 административных районов провинциального Китая) важности интеграции психиатрической помощи и электронного здравоохранения в планирование и реализации политики мер контроля. По мнению авторов, наблюдаемые социальные и когнитивные механизмы в этом исследовании поддаются изменению, и они могут быть использованы при разработке научно обоснованных мер по укреплению психического здоровья беременных женщин [33].

Koucus R.G., Karaca P.P. (2021) так же считают, что ранняя социальная поддержка и выявление экономических трудностей беременных женщин в период пандемии рекомендуется для защиты их психического здоровья. Беременные женщины должны иметь беспрепятственный доступ к психосоциальной поддержке, а также им должно быть предоставлено акушерское консультирование в условиях пандемии [34].

**Заключение.** Даже удовлетворительно протекающая беременность, связана с так называемыми амбивалентными психологическими переживаниями женщины, что само по себе, является нестандартной ситуацией, а если на нее накладывается еще и психотравмирующая пандемия COVID 19, то течение беременности значительно усложняется.

Основные приоритеты в лечебно-профилактическом аспекте, касающиеся беременных пациенток на фоне пандемии COVID-19:

➤ реализация политики универсального тестирования на COVID-19 во время беременности, которая для сдерживания передачи заболевания, позволит обосновать целесообразность всеобщего скрининга

беременных женщин на COVID-19 до поступления в родильные учреждения;

➤ систематическая отчетность и централизованность данных, основанной на доказательствах клинической оценки, лечения и исходов беременности имеет важное значение для предотвращения инфекции COVID-19 среди беременных женщин;

➤ использование антиагрегантов и антикоагулянтов для предотвращения коагулопатических изменений у беременных с COVID-19 имеет высокую вероятность кровотечения во время родов и послеродовом периоде;

➤ возрастающее внимание в последние десятилетия, к изучению особенностей психических процессов, свойств и состояний личности беременных женщин и увеличение роли психогенных факторов в возникновении психосоматических заболеваний привело к необходимости создания современного комплексных психодиагностических подходов;

➤ данные обстоятельства акцентируют внимание специалистов на необходимость совершенствования психодиагностики и оказании специализированной поддержки беременным. Все это диктует потребность в сравнительных исследованиях психологических состояний беременных, находящихся в состоянии условной «психологической нормы беременности», острого и хронического стресса;

➤ психокоррекции острых и хронических стрессовых состояний у беременных уделяется мало внимания, хотя явно прослеживается связь между психологическим состоянием беременной и ее физическим самочувствием. Важно выявить беременных женщин на начальных стадиях заболеваний, при кратковременных невротических реакциях, для предупреждения развития затяжных форм невротозов на последующих этапах беременности.

➤ в дополнение к скринингу и мониторингу симптомов психического здоровья, работа с чрезмерным поиском информации и беспокойством женщин по поводу доступа к медицинской помощи и благополучию их детей, а также разработка стратегий борьбы с одиночеством (например, онлайн-группы поддержки) должны быть частью усилий по вмешательству в перинатальный период;

➤ своевременная диагностика источников и проявлений психологического стресса при беременности с учетом особенностей COVID 19 и коррекция их, с научным методическим обоснованием может значительно снизить риск акушерских осложнений при родах и в постродовом периоде.

### Литература:

1. Гарнизов Т., Хаджиделева Д. Послеродовая депрессия // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. – 2015. – № 3. – С. 58–69.
2. Добряков И.В. Перинатальная психология. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2015. – 352 с.
3. Nilsson C., Hessman E., Sjöblom H. et al. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review // *BMC Pregnancy Childbirth*. – 2018. – Vol. 18, № 1. – P. 28. doi: 10.1186/s12884-018-1659-7
4. Matthey S, Fisher J, Rowe H. Using the Edinburgh postnatal depression scale to screen for anxiety disorders: conceptual and methodological considerations. *J Affect Disord*. 2013 Apr 5;146(2):224-30.
5. Simpson W, Glazer M, Michalski N, Steiner M, Frey BN. Comparative efficacy of the generalized anxiety disorder 7-item scale and the Edinburgh Postnatal Depression Scale as screening tools for generalized anxiety disorder in pregnancy and the postpartum period. *Can J Psychiatry*. 2014 Aug;59(8):434-40.
6. Fairbrother N, Corbyn B, Thordarson DS, Ma A, Surm D. Screening for perinatal anxiety disorders: Room to grow. *J Affect Disord*. 2019 May 1;250:363-370. doi: 10.1016/j.jad.2019.03.052.
7. Shrestha SD, Pradhan R, Tran TD, Gualano RC, Fisher JR. Reliability and validity of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for detecting perinatal common mental disorders (PCMDs) among women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Apr 4;16:72. doi: 10.1186/s12884-016-0859-2.
8. Мазо Г.Э., Вассерман Л.И., Шаманина М.В. Выбор шкал для оценки послеродовой депрессии // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. – 2012. – № 2. – С. 41–50.
9. Голубых А.И., Савеньшева С.С. Эмоциональные особенности беременных женщин и отношение к будущему ребенку и супругу // *Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ*. – 2014. – Т. 2. – С. 72–78.
10. Blackmore E.R., Gustafsson H., Gilchrist M. et al. Pregnancy-related anxiety: evidence of distinct clinical significance from a prospective longitudinal study // *Journal of Affective Disorders*. – 2016. – Vol. 197. – P. 251–258.
11. Dagher R.K., Bruckheim H.E., Colpe L.J. et al. Perinatal Depression: Challenges and Opportunities // *Journal of Women's Health*. – 2021. – Vol. 30, № 2. – P. 154–159.
12. Нечаева М.А., Беребин М.А. Классификация и психологическая диагностика отношения к беременности // *Вестник ЮУрГУ* № 17, 2010, С. 33-38.
13. Крамаренко Е.А. Эмоциональное состояние женщины в течение беременности // *Научные тенденции: Педагогика и психология. Сборник научных трудов по материалам международной научной конференции (Москва, 04 ноября 2016 г.)*. – М.: ЦНК МНИФ «Общественная наука», 2016. – Ч. 2. – С. 26–29.
14. Коргожа М.А. Комплексная диагностика психоэмоциональных нарушений у женщин в перинатальном периоде: проблемы инструментария и их решение // *Медицинская психология в России*. – 2021. – Т. 13, № 2. – С. 5. doi: 10.24412/2219-8245-2021-2-5
15. Diriba K, Awulachew E, Getu E. The effect of coronavirus infection (SARS-CoV-2, MERS-CoV, and SARS-CoV) during pregnancy and the possibility of vertical maternal-fetal transmission: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Med Res*. 2020 Sep 4;25(1):39.
16. J.A. Rizaev, E.A. Rizaev, N.N. Akhmadaliev Current View of the Problem: A New Approach to Covid-19 Treatment // *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology* 14 (4)
17. Karami P, Naghavi M, Feyzi A, et al. Mortality of a pregnant patient diagnosed with COVID 19: A case report with clinical, radiological, and histopathological findings. *Travel Medicine and Infectious Disease* 2020:101665. doi: <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2020.101665>
18. Hashim NAF, Mahdy ZA, Abdul Rahman R, Kalok AHM, Sutan R. Universal Testing Policy for COVID-19 in Pregnancy: A Systematic Review. *Front Public Health*. 2022 Feb 8;10:588269.
19. Khan DSA, Hamid LR, Ali A, Salam RA, Zuberi N, Lassi ZS, Das JK. Differences in pregnancy and perinatal outcomes among symptomatic versus asymptomatic COVID-19-infected pregnant women: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 Dec 1;21(1):801. doi: 10.1186/s12884-021-04250-1.
20. Mullins E, Hudak ML, Banerjee J, Getzlaff T, Townson J, Barnette K, Playle R, Perry A, Bourne T, Lees CC; PAN-COVID investigators and the National Perinatal COVID-19 Registry Study Group. Pregnancy and neonatal outcomes of COVID-19: coreporting of common outcomes from PAN-COVID and AAP-SONPM registries. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2021 Apr;57(4):573-581. doi: 10.1002/uog.23619.
21. Ayaz R, Hocaoglu M, Günay T, Yardımcı OD, Turgut A, Karateke A. Anxiety and depression symptoms in the same pregnant women before and during the COVID-19 pandemic. *J Perinat Med*. 2020 Nov 26;48(9):965-970.
22. Lim S, Savaglio M, Skouteris H, Moran L. Mental health among postpartum women during the COVID-19 pandemic. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2021 Aug;100(8):1537-1538. doi: 10.1111/aogs.14144

- 23.Ледина В. Ю. Комплексная модель подготовки беременных к родам в профилактике психосоматических дезадаптаций рожениц. Автореферат дис. па соискание ученой степени кандидата психологических наук. Санкт-Петербург – 2004. 28с.
- 24.Лохина Е. В. Влияние психоэмоционального состояния беременной и дородовой медико-психологической подготовки на течение беременности и исход родов. Автореферат дис. па соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Иваново– 2013. 24с.
- 25.Коваленко Н. П. Психопрофилактика и психокоррекция женщины в период беременности и родов: Медико-социальные проблемы. Автореферат доктор психологических наук. М. 2002. 32с.
- 26.Мухамадиев И.М. Течение беременности, родов и перинатальные исходы у женщин, перенесших экстремальные психотравмирующие ситуации. Автореферат дис. па соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Душанбе – 2004. 24с.
- 27.Мальгина Г.Б. Патогенез, профилактика и коррекция перинатальных осложнений при психоэмоциональном стрессе в период беременности. Автореферат дис. па соискание ученой степени доктораа медицинских наук. М.– 2003. 32 с.
- 28.Тютюнник В.Л., Михайлова О.И., Чухарева Н.А. Психоэмоциональные расстройства при беременности. Необходимость их коррекции /«РМЖ» №20 от 03.09.2009. стр. 1386
- 29.Green SM, Inness B, Furtado M, McCabe RE, Frey BN. Evaluation of an Augmented Cognitive Behavioural Group Therapy for Perinatal Generalized Anxiety Disorder (GAD) during the COVID-19 Pandemic. J Clin Med. 2021 Dec 31;11(1):209.
- 30.Puertas-Gonzalez JA, Mariño-Narvaez C, Peralta-Ramirez MI, Romero-Gonzalez B. The psychological impact of the COVID-19 pandemic on pregnant women. Psychiatry Res. 2021 Jul;301:113978. doi: 10.1016/j.psychres.2021.113978.
- 31.Almeida M, Shrestha AD, Stojanac D, Miller LJ. The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. Arch Womens Ment Health. 2020 Dec;23(6):741-748. doi: 10.1007/s00737-020-01092-2.
- 32.Güney E, Cengizhan SÖ, Karataş Okyay E, Bal Z, Uçar T. Effect of the Mindfulness-Based Stress Reduction program on stress, anxiety, and childbirth fear in pregnant women diagnosed with COVID-19. Complement Ther Clin Pract. 2022 May;47:101566. doi: 10.1016/j.ctcp.2022.101566.
- 33.Yang X, Song B, Wu A, Mo PKH, Di J, Wang Q, Lau JTF, Wang L. Social, Cognitive, and eHealth Mechanisms of COVID-19-Related Lockdown and Mandatory Quarantine That Potentially Affect the Mental Health of Pregnant Women in China: Cross-Sectional Survey Study. J Med Internet Res. 2021 Jan 22;23(1):e24495.
- 34.Koyucu RG, Karaca PP. The Covid 19 outbreak: Maternal Mental Health and Associated Factors. Midwifery. 2021 Aug;99:103013. doi: 10.1016/j.midw.2021.103013.

### **ЛЕЧЕБНО-ТАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИ РАЗВИТИИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

Воитова Г.А., Алимова Х.П.

**Резюме.** Понимание стресса и изучение способов борьбы с ним будут иметь ключевое значение для содействия психическому и физическому здоровью будущих и молодых матерей, а также их детей как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе. В статье приведен обзор литературных данных по основным моментам терапии психоэмоциональных расстройств, развивающихся у беременных женщин. Так, если в отношении факторов риска развития психоэмоционального негативного сценария в перинатальном периоде и его влияния на течение всех периодов беременности, родов и послеродового периода имеется множество публикаций, то лечебно-реабилитационной тактике при развитии данного осложнения, в литературе не уделяется должного внимания, а имеющие рекомендации в основном являются пререгитивой исследований психотерапевтов и медицинских психологов, которые редко подключаются в лечебные процессы в клинических условиях.

**Ключевые слова:** беременность, роды, послеродовой период, психоэмоциональные расстройства, терапия.