

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, УГРОЖАЕМЫХ НА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ

Семенова М.В.¹, Набеева Д.А.¹

¹ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ижевск, Россия, e-mail: marvisem@mail.ru

Изучена структура экстрагенитальной, акушерско-гинекологической патологии, психологических особенностей беременных женщин в аспекте факторов риска очень ранних преждевременных родов. Показано, что преждевременные роды чаще наступают у женщин с психоэмоциональными нагрузками, страдающих хроническими заболеваниями дыхательной, сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем. Гинекологическая патология представлена хроническими воспалительными процессами внутренних половых органов. Установлено повышение уровней депрессии и личностной тревожности у беременных с наличием отягощенного акушерского анамнеза, инфекционных и неинфекционных заболеваний, осложненного течения настоящей беременности. Необходим детерминированный индивидуальный подход к ведению каждой конкретной беременной, с активным привлечением психологов и психотерапевтов для проведения психокоррекционной терапии.

Ключевые слова: преждевременные роды, факторы риска, депрессия, тревожность.

PSYCHOLOGICAL FEATURES AND STATE OF HEALTH OF THE WOMEN THREATENED ON PREMATURE BIRTH

Semenova M.V.¹, Nabeeva D.A.¹

Izhevsk State Medical Academy, Izhevsk, Russia, e-mail: marvisem@mail.ru

The structure of extragenital, obstetric and gynecological pathology, psychological characteristics of pregnant women in terms of risk factors very early preterm birth. It is shown that premature births occur more frequently in women with psycho-emotional stress, chronic diseases of the respiratory, cardiovascular and urinary systems. Gynecologic pathology presented chronic inflammation of internal genital organs. Elevated levels of depression and trait anxiety in pregnant women with the presence of complicated obstetric history, communicable and non-communicable diseases, complicated course of the present pregnancy. Deterministic needs an individual approach to the conduct of any particular pregnant women, with the active involvement of psychologists and psychotherapists for psycho therapy.

Keywords: premature birth, risk factors, depression, anxiety.

Актуальность изучения преждевременных родов (ПР) обусловлена высокой смертностью и заболеваемостью недоношенных младенцев, а также потребностью в огромных ресурсах системы здравоохранения на выхаживание и реабилитацию данного контингента детей [1]. Потеря беременности является результатом влияния неблагоприятных социальных, медицинских и биологических факторов на здоровье будущей матери. Частота ПР колеблется от 4,5 до 11,5% от всех родов, диапазон её разброса связан со сроком беременности, с которого в различных странах определяют ПР [3]. В России этот показатель составляет 6-10% от всех родов. При этом 5-7 % всех ПР происходит с 22 по 27 недель беременности. Наиболее неблагоприятные исходы, по данным литературы, наблюдаются при досрочном прерывании беременности в связи с тяжелыми гестационными осложнениями, когда медицинские показания со стороны матери или плода диктуют необходимость родоразрешения до 33 недель [2].

По мнению ряда исследователей в 40-50% случаев ПР установить их причину не удается [3]. Наблюдаемое в последнее время увеличение частоты ПР объясняется многими факторами, в том числе широким внедрением в повседневную клиническую практику вспомогательных репродуктивных технологий с закономерным повышением частоты многоплодных беременностей, социально-экономическими факторами, а также повышением случаев преждевременного прерывания беременностей по показаниям со стороны матери или плода (индуцированные преждевременные роды). В этиологии ПР также играют роль и другие факторы: спонтанная многоплодная беременность (частота которой составляет 12–27% всех случаев преждевременных родов), паритет, осложненный репродуктивный анамнез (преждевременные роды). Среди причин ПР важное место занимают различные осложнения беременности, особенно инфекция: одонтогенная, урогенитальная. Следует учитывать, что внутриутробное инфицирование может иметь место без клинических проявлений инфекции у матери (гипотеза фетального или хориодецидуального воспалительного синдрома, инициирующего преждевременные роды без объективных признаков инфекции) [4].

Целью настоящего исследования явилось изучение соматического статуса и оценка психоэмоционального состояния беременных, входящих в группу риска на развитие ПР.

Материалы и методы исследования

В основную группу наблюдения были включены беременные, угрожаемые на развитие ПР. Проведено проспективное исследование и анкетирование 52 беременных в сроки 8-15 недель беременности. На момент анкетирования женщины находились в стационаре, где им проводилась сохраняющая терапия. Параллельно была сформирована группа сравнения, которую составили 53 беременных, не входящих в группу риска на развитие ПР. Их анкетирование проведено в условиях женской консультации. Критерии исключения: пороки развития плода, хромосомная патология плода, наличие у женщины экстрагенитальной патологии, ставящей под сомнение возможность вынашивания беременности.

Для определения психоэмоционального состояния беременных оценивались личностная и ситуативная тревожность по опроснику Спилбергера-Ханина, а также экспресс-диагностика депрессивных состояний с помощью шкалы самооценки (ДЕПС-шкалы депрессии). Под личностной тревожностью понималась предрасположенность субъекта к тревоге и стремление воспринимать возникающие или имеющиеся ситуации как угрожающие, при этом отвечая на каждую из них определенной реакцией. Ситуативная тревожность расценивалась как состояние, характеризующееся субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию [5]. При интерпретации

показателей использовали следующие ориентировочные оценки тревожности: до 30 баллов – низкая, 30-44 балла – умеренная, 45 и более – высокая.

Результаты исследования и их обсуждение

Возраст пациенток основной группы составил $29,5 \pm 0,75$ лет, в группе сравнения – $26,0 \pm 0,53$ лет ($p < 0,01$). Оценка семейного положения в обеих группах показала, что состоят в браке $59,2 \pm 6,8\%$ женщин основной группы наблюдения и $78,0 \pm 5,6\%$ – в группе сравнения ($p < 0,05$). В группе наблюдения $70,3 \pm 6,3\%$ женщин являются работающими, из них у $63,2 \pm 6,7\%$ работа связана с психоэмоциональными нагрузками. В группе сравнения работающими оказались $57,2 \pm 6,8\%$ женщин ($p > 0,05$), однако с достоверно меньшей частотой их труд сопровождался повышенными психоэмоциональными нагрузками ($38,1 \pm 6,7\%$, $p < 0,01$).

Изучение соматического анамнеза пациенток показал достоверно большую частоту встречаемости в основной группе таких заболеваний как хронический бронхит ($26,1 \pm 6,1\%$ и $8,1 \pm 3,7\%$ соответственно, $p < 0,05$), заболевания сердечно-сосудистой системы ($22,2 \pm 5,6\%$ и $8,1 \pm 3,7\%$ соответственно, $p < 0,05$), хронический пиелонефрит ($18,1 \pm 5,3\%$ и $6,2 \pm 3,2\%$ соответственно, $p < 0,05$), эндокринопатии ($24,2 \pm 5,9\%$ и $2,3 \pm 1,9\%$ соответственно, $p < 0,001$).

Несколько неожиданными оказались результаты изучения имеющейся гинекологической патологии в обеих группах наблюдения. Мы не получили достоверной разницы в частоте встречаемости патологии шейки матки, перинатально значимых инфекций. В то же время признаки хронического аднексита чаще отмечены у пациенток основной группы в отличие от группы сравнения ($35,4 \pm 6,6\%$ и $11,3 \pm 4,3\%$ соответственно, $p < 0,05$), как и проявления истмико-цервикальной недостаточности ($17,6 \pm 5,2\%$ и $3,5 \pm 2,5\%$ соответственно, $p < 0,05$).

Более показательными явились результаты изучения акушерско-гинекологического анамнеза пациенток обеих групп наблюдения. Нами были учтены: наличие искусственного прерывания беременности, паритет, преждевременные роды в анамнезе, самопроизвольные аборты. Оказалось, что искусственные аборты были произведены у $75,1 \pm 5,6\%$ женщин основной группы и у $35,6 \pm 6,6\%$ группы сравнения ($p < 0,01$), высокий паритет наблюдался у $43,1 \pm 6,8\%$ женщин основной группы и $22,3 \pm 5,7\%$ группы сравнения ($p < 0,05$), преждевременные роды отмечены у $18,3 \pm 5,3\%$ пациенток основной группы.

Таким образом, настоящая беременность наступила у женщин с более значимыми эмоциональными нагрузками в профессиональной деятельности. Прежде всего, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез должен был, на наш взгляд, наложить отпечаток на отношение к наступившей вновь беременности: сомнение в благополучном исходе, страх при возникновении осложнений при вынашивании, даже чувство вины,

поскольку большинства осложнений можно было избежать при соблюдении соответствующих рекомендаций и подготовке к беременности. У каждой пятой пациентки основной группы вынашивание беременности сопровождалось ранним гестозом, и у всех – угрозой прерывания.

Учитывая представленные результаты, мы посчитали необходимым оценить некоторые психологические показатели пациенток. Так, в соответствии с тестом Спилбергера-Ханина у 92,1±3,7% пациенток основной группы наблюдалась низкая ситуативная тревожность, у 8,1±3,7% – средняя. В отличие от них все женщины группы сравнения характеризовались низкой ситуативной тревожностью. В то же время личностная тревожность в группе наблюдения была низкой только у 11,5 ±4,5%, а у остальных 88,5±4,5% женщин – в равных долях умеренная и высокая (по 44,2±5,9%). В группе сравнения выявлен средний уровень личностной тревожности у 30,2±6,3% пациенток, низкий уровень – у 66,2±6,5% ($p<0,001$), а высокий – всего у 3,6±2,5% ($p<0,001$).

Таким образом, психоэмоциональное состояние беременных, угрожаемых на развитие ПР, характеризуется более высоким уровнем ситуативной и личностной тревожности, что несомненно оказывает негативное влияние на течение беременности и ее исход.

В результате опроса по ДЕПС-шкале депрессии у 9,6% женщин основной группы наблюдения выявлена депрессивная симптоматика, в группе сравнения беременных с депрессивной симптоматикой не было. Мы считаем, что склонность к депрессивным расстройствам является отражением более глубоких изменений психоэмоционального статуса беременных и без сомнения требует коррекции.

Заключение

Таким образом, завершение беременности преждевременными родами можно ожидать у женщин с высокими психоэмоциональными нагрузками в повседневной жизни. Соматические заболевания инфекционного (хронический бронхит, хронический пиелонефрит) и неинфекционного генеза (вегето-сосудистые дистонии, эндокринопатии) также могут провоцировать преждевременное начало родовой деятельности, реализуя эту способность через различные механизмы. В этой связи столь же большое значение имеют хронические воспалительные заболевания органов малого таза.

Особого внимания заслуживают психологические особенности женщин, угрожающих на преждевременные роды. И если ситуативная тревожность у большинства женщин группы риска расценена как низкая, личностная тревожность, напротив, чаще обозначается как средняя и высокая. Беременность при этом выступает как дополнительный стрессовый фактор, на который пациентки реагируют соответственно своим индивидуальным

особенностям. Это обстоятельство должно учитываться в комплексной терапии осложнений течения настоящей беременности, а также в программах прегравидарной подготовки. На наш взгляд снижение уровня невынашивания беременности возможно при детерминированном индивидуальном подходе к ведению каждой конкретной беременной, с активным привлечением психологов и психотерапевтов для проведения психокоррекционной терапии.

Список литературы

1. Мартыненко П.Г. Прогнозирование преждевременных родов на основе выявления наиболее значимых факторов риска / П.Г. Мартыненко, В.Г. Волков // Акуш. и гин. – 2012. – №1. – С. 103-107.
2. Савельева Г.М. Прегравидарные нарушения маточного кровотока у пациенток с преждевременными родами в анамнезе / Г.М. Савельева, Е.Ю. Бугеренко, О.Б. Панина // Акуш. и гин. – 2012. – №4-1. – С. 42-47.
3. Сидельникова В.М. Преждевременные роды. Недоношенный ребенок / В.М. Сидельникова, А.Г. Антонов. - М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2006. – 448 с.
4. Ходжаева З.С. Тактика ведения спонтанных преждевременных родов с позиций доказательной медицины (клиническая лекция) / Гинекология. - 2010. - №2. – С. 12-16
5. Столяренко Л.Д. Основы психологии – Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. – 672 с.

Рецензенты:

Тетелютина Ф.К., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ПП государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ижевск;

Дворянский С.А., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Кировская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Киров.