

Расстройства психосоматического здоровья, связанные с абортом: современное решение в акушерско-гинекологической практике

Т.С. Завадская

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Изучено психоэмоциональное состояние женщин в динамике до и после аборта в зависимости от способа искусственного прерывания беременности. Выявлена связь между соматическими жалобами и депрессивным расстройством. Оценено влияние соматизированной депрессии у женщин на выбор способа прерывания нежелательной беременности и их качество жизни.

Ключевые слова: нежелательная беременность, аборт, соматизированная депрессия, качество жизни.

Искусственное прерывание беременности (ИПБ) – состояние, обобщающее одну из наиболее социально значимых проблем медицины, в настоящее время привлекает внимание широкого круга специалистов: акушеров-гинекологов, медицинских психологов, психиатров, врачей общей практики – семейной медицины [4, 1, 6].

Вместе с тем, ИПБ имеет важное клиническое значение, поскольку самого ИПБ как проблемы могло и не существовать, если бы, с одной стороны, население учитывало все рекомендации относительно современных средств контрацепции как метода, регулирующего рождаемость, а, с другой стороны, у женщин была бы мотивация желанного материнства [7, 1, 2].

Однако даже при условии безопасного проведения ИПБ существует вероятность развития послеабортных осложнений как со стороны репродуктивной, так и психосоматической сфер. В современных условиях жизни какое-либо стрессогенное влияние (а в его роли может выступать и ИПБ) воспроизводит повышенный фон эмоционального напряжения женщины и может приводить к психосоматическим расстройствам [1, 3, 5].

Цель исследования: обосновать выбор искусственного прерывания нежелательной беременности на основе изучения психоэмоционального состояния женщин, а также оценить уровень качества жизни женщин, у которых был выполнен аборт разными способами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Клиническое обследование проведено 90 женщинам в возрасте от 17 до 43 лет (в среднем – $30,37 \pm 0,7$ года), которые были распределены на 3 группы в зависимости от способа выполнения ИПБ. По основным клиническим показателям (возраст, менструальный и репродуктивный анамнез, состояние соматического и гинекологического здоровья, форма занятости) группы были сопоставимы.

I группу составили женщины, перенесшие медикаментозный аборт (МА) в сроке $3,67 \pm 0,14$ нед ($n=30$). Для этого использовали Миропристон® с последующим приемом через 36–48 ч препарата Миролют®.

II группу составили женщины, перенесшие хирургическое прерывание беременности путем вакуумной аспирации (ВА) полости матки в сроке $4,04 \pm 0,13$ нед ($n=30$). В III группу включены женщины, перенесшие хирургическое преры-

вание беременности путем дилатации шейки матки и вакуум-эксхолеации плодного яйца (ДК) в сроке $7,32 \pm 0,3$ нед ($n=30$).

Нами изучено психосоматическое состояние женщин на основе Гиссенского опросника, адаптированного в Санкт-Петербургском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева. Для оценки интенсивности депрессии до и после аборта пациенткам был предложен опросник депрессивности Бека. Для определения уровня качества жизни пациенток использовали шкалу оценки уровня качества жизни О.С. Чабана (2008).

Полученные данные обрабатывали на персональном компьютере с использованием пакетов статистических программ «Microsoft Excel 2007», «Statistica 6.0». Анализ различий между двумя группами осуществляли при помощи непараметрического критерия U Вилкоксона – Манна – Уитни. Для анализа таблиц сопряженности 2x2 применяли точный метод Фишера (ТМФ). Для оценки различий в тех долях двух выборок, где зарегистрирован интересующий нас эффект, использовали метод углового преобразования Фишера – ф. Оценку степени связи между парами независимых признаков, выраженных в количественной шкале, проводили при помощи коэффициента корреляции – r. Корреляция считалась сильной, связь прямой, если коэффициент корреляции был равным 0,7–1,0. Результаты представлены в виде $M \pm m$, где M – средняя арифметическая величина, m – стандартная ошибка средней. Различия считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В нашем исследовании при анализе послеабортных осложнений у 1 пациентки (3,3%) после медикаментозного прерывания беременности по данным УЗИ органов малого таза (ОМТ) в динамике (через 10–14 дней) были диагностированы остатки плодного яйца, по поводу чего было произведено выскабливание стенок матки в условиях стационара. Экспульсия плодного яйца отмечена у 29 женщин (96,7%).

Неполный аборт отмечали и при проведении хирургического прерывания беременности: 2 случая (6,7%) при ВА и 1 случай (3,3%) при ДК. Нами диагностировано при УЗИ ОМТ и такое осложнение, как гематометра, – 1 случай (3,3%) при ВА и 2 случая (6,7%) – при ДК.

В послеабортный период после МА со стороны половых органов воспалительных осложнений отмечено не было.

МА исключает осложнения анестезиологического пособия, механического повреждения половых органов, опасность восходящей инфекции в верхние отделы полового тракта и заражения вирусами гепатита В и С, ВИЧ-инфекцией, но не исключает вероятность развития функциональных нарушений, обусловленных гормональным стрессом (нарушений менструального цикла – НМЦ).

Следует отметить, в нашем исследовании возможные перечисленные выше осложнения хирургического аборта отсутствовали.

Анализ частоты осложнений при выполнении хирургического и медикаментозного прерывания беременности свидетельствовал о преимуществах последнего (рис. 1).

По данным Гиссенского опросника, проводимого перед абортom, среднее значение соматических жалоб по шкале «истощение» в группе МА (1,4±0,52 балла) было достоверно ниже в 1,6 раза, чем в группе ВА (2,27±0,58 балла) и в 2,7 раза ниже по сравнению с группой ДК (3,73±0,58 балла) ($p_U < 0,05$). Более низкие показатели в группе МА отмечались и по шкалам «желудочные жалобы», «боль», «сердечные жалобы», «интенсивность жалоб».

Выявлены существенные различия между количеством женщин, предъявляющих жалобы по шкале «истощение», из группы МА (23,3%, или 7 женщин) и группами ВА (43,3%, или 13 женщин) и ДК (70%, или 21 женщина) ($p_{\Phi} = 0,047$ и $p_{\text{ТМФ}} < 0,001$, $p_{\Phi} < 0,001$ соответственно). Аналогичные тенденции прослеживались и по шкале «интенсивность жалоб»: данную шкалу представила значительно более низкая доля ($p_{\Phi} < 0,001$, $p_{\text{ТМФ}} = 0,004$) пациенток из группы МА (33,3%, или 10 женщин) – в 2,1 раза ниже по сравнению с группой ДК (70%, или 21 женщина). Симптомы, объединенные в шкалу «истощение» и «интенсивность жалоб», достоверно реже ($p_{\Phi} = 0,017$, $p_{\text{ТМФ}} = 0,024$) отмечались в группе ВА (43,3%, или 13 женщин) по сравнению с группой ДК (70%, или 21 женщина) (рис. 2).

Таким образом, такие соматические проявления, как астенические расстройства (слабость, вялость, сонливость, быстрая утомляемость, быстрая истощаемость), представлявшие шкалу «истощение», функциональные расстройства со стороны внутренних органов и систем, охватывавшие шкалы «желудочные жалобы» и «сердечные жалобы», психалгии, или шкалу «боль», характерны для депрессивных расстройств, которые могут как провоцировать уже имеющуюся у пациенток патологию, так и быть реакцией на нее, при этом не зависеть собственно от соматического заболевания.

Соматические симптомы являются лишь верхушкой айсберга, в основе которого – глубокие психологические нарушения, например, тревожные и депрессивные состояния. Для оценки интенсивности депрессии в исследуемых группах женщин был применен опросник депрессивности Бека, включавший 21 пункт, каждый из которых представлял собой отдельный тип психопатологической симптоматики.

Среднебалльный уровень депрессивности по шкале Бека, статистически значимый ($p_U < 0,05$), у женщин, планировавших и перенесших МА, оказался ниже, чем в группах женщин до и после хирургического аборта. Ниже этот показатель был и после аборта во II группе по сравнению с III группой ($p_U < 0,05$). Обращал внимание тот факт, что отклонение в состоянии психоэмоционального статуса более выражено у женщин перед хирургическим прерыванием беременности.

Суммарный балл более 9 (диапазон 10 – 14 баллов соответствовал умеренно выраженной депрессии) до аборта отметили 6 пациенток, или 20% ($p_{\text{ТМФ}} = 0,032$, $p_{\Phi} < 0,001$), из группы МА, 16 пациенток, или 53,3% ($p_{\text{ТМФ}} < 0,001$, $p_{\Phi} < 0,001$), из группы ВА и 11 женщин, или 36,7% ($p_{\text{ТМФ}} < 0,001$, $p_{\Phi} < 0,001$), из группы ДК по сравнению с послеабортным периодом. После аборта ни в одной из обследуемых групп женщин суммарный балл более 9 по опроснику депрессивности Бека отмечен не был (рис. 3).

Статистически значимыми оказались различия в группах наблюдения по наличию признаков депрессии до проведения аборта по сравнению с таковыми в послеабортный период в зависимости от способа прерывания беременности.

Уровень депрессии в группах женщин, планировавших прервать беременность медикаментозным путем (20%, или 6

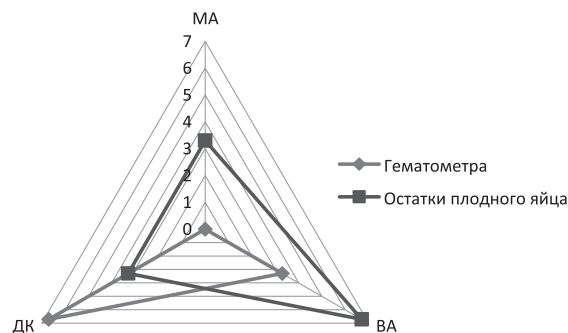


Рис. 1. Сравнительный анализ осложнений в послеабортный период в зависимости от способа ИПБ



Рис. 2. Частота выявляемых соматических жалоб у пациенток в зависимости от способа ИПБ по данным Гиссенского опросника

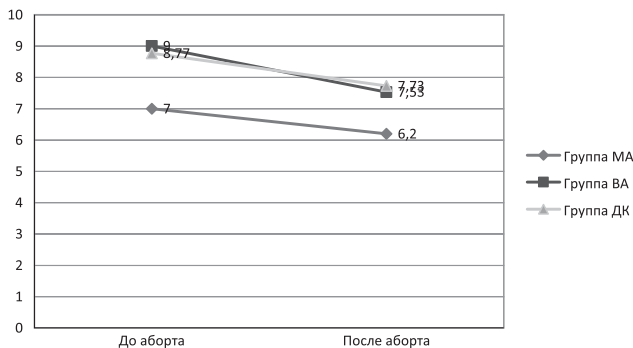


Рис. 3. Динамика показателей уровня депрессии у женщин, планировавших и перенесших аборт, по данным опросника депрессивности Бека

человек), оказался ниже ($p_{\Phi} = 0,002$, $p_{\text{ТМФ}} = 0,006$), чем в группе женщин, которые планировали прервать беременность путем ВА (53,3%, или 16 человек). Следовательно, различия статистически значимы: депрессивные состояния встречались реже в 2,7 раза у женщин до аборта в группе МА, чем в группе ВА.

В группе женщин перед ИПБ медикаментозным путем среднее значение уровня депрессии (7±0,5 балла) по опроснику Бека было в 1,3 раза меньше ($p_U < 0,05$), чем в группе женщин, которым предстояло прервать беременность путем ДК (8,77±0,52 балла). Аналогичная тенденция прослеживалась в тех же группах и в послеабортный период – уровень депрессии (статистически значимый) был ниже в 1,3 раза в I группе (6,2±0,3 балла) по сравнению с III группой (7,73±0,29 балла).



Рис. 4. Корреляционные коэффициенты зависимости уровня депрессии и показателей Гиссенского опросника у женщин, планировавших ИПБ

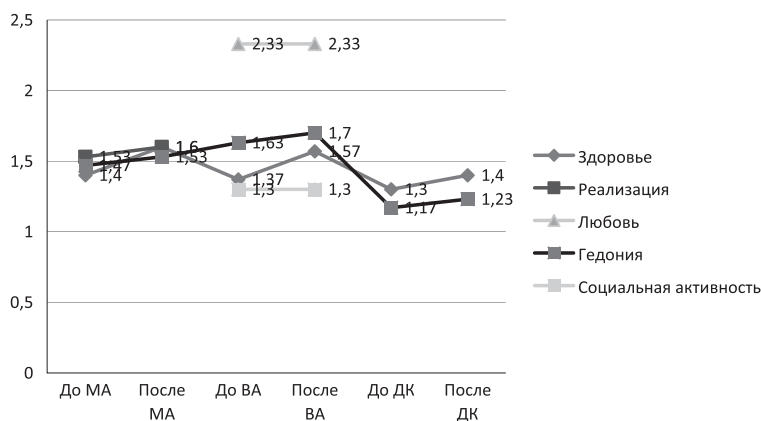


Рис. 5. Динамика статистически значимых показателей качества жизни женщин между группами исследования до и после аборта по шкале оценки уровня качества жизни

Исходя из приведенного выше, аборт как психогенную травму рассматривали большинство обследованных женщин всех исследуемых групп, однако в группе МА – в меньшей степени, что статистически значимо по сравнению с группами, в которых проводили аборт хирургическим путем. Отрицательное влияние аборта на организм женщины проявлялось астеническим, астенодепрессивным синдромами, свойственными как собственно соматическим заболеваниям, так и проявлениям депрессии, ядро которой скрыто соматическими расстройствами. Исходя из этого, своевременное выявление признаков соматизированной депрессии на любом этапе консультирования пациенток по поводу аборта необходимо, чтобы предотвратить или значительно уменьшить осложнения со стороны психоэмоциональной сферы.

Для выявления связи между показателями психического и соматического здоровья нами был проведен корреляционный анализ уровней депрессии и соматических жалоб по данным Гиссенского опросника.

Установлена сильная прямая связь депрессии с уровнем показателей шкал «интенсивность жалоб» и «истощение» у женщин перед ИПБ. Причем наибольшей ($r=0,95$; $p<0,05$) оказалась корреляция в группе пациенток перед ДК по сравнению с группами женщин перед проведением безопасного аборта (МА – $r=0,85$ и $r=0,84$ соответственно; $p<0,05$, ВА – $r=0,82$ и $r=0,77$ соответственно; $p<0,05$), что расценивается как наличие депрессии у данных пациенток даже при неяркой клинической картине, то есть о имеющейся соматизированной депрессии (рис. 4).

Маркером тяжести заболевания является качество жизни, связанное со здоровьем. Рассматривая ИПБ как психотравмирующую ситуацию, нами была проведена оценка показателей уровня качества жизни женщин, перенесших ИПБ, при помощи шкалы оценки уровня качества жизни О.С. Чабана (2008) на основе оценки 10 ее составляющих (здоровье, реализация, любовь, гедония, друзья, социальная активность, финансы, совместное пребывание с семьей и друзьями, удовольствие от работы, социальный статус). Восприятие каждой составляющей оценивали таким образом: 0 баллов – нет; 1 – плохо, частично, иногда; 2 – хорошо, не всегда; 3 – чудесно, часто.

При анализе влияния аборта на качество жизни женщин в зависимости от способа прерывания беременности среднее значение показателей приведенных выше составляющих существенно не отличалось в сравниваемых группах безопасного аборта (МА, ВА). Данная тенденция не прослеживалась и при сравнении показателей здоровья и гедонии в группах безопасного аборта по сравнению с традиционным ИПБ – вакуум-экссколеацией плодного яйца (рис. 5).

Установлены достоверно более высокие значения таких показателей, как состояние здоровья, реализация, гедония в группе женщин, где ИПБ проводили медикаментозным путем по сравнению с группой ДК как до аборта, так и после него ($p<0,05$). Следовательно, ощущение физического и психологического комфорта выявляли у женщин из группы МА.

В группе ВА среднее значение показателей состояния здоровья, любви, гедонии, социальной активности было су-

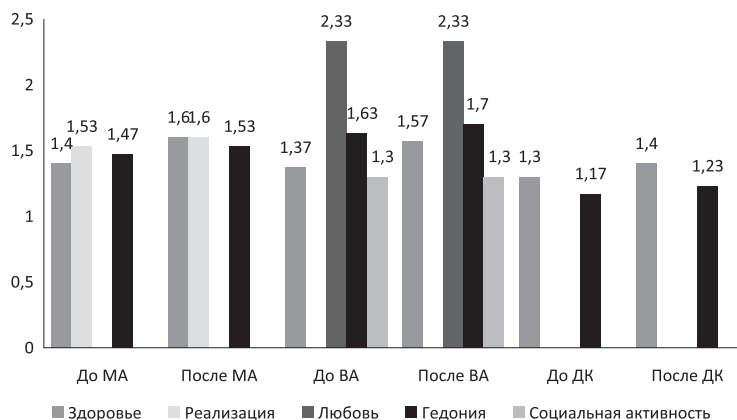


Рис. 6. Динамика статистически значимых показателей составляющих качества жизни в группах исследования до и после аборта по шкале оценки уровня качества жизни

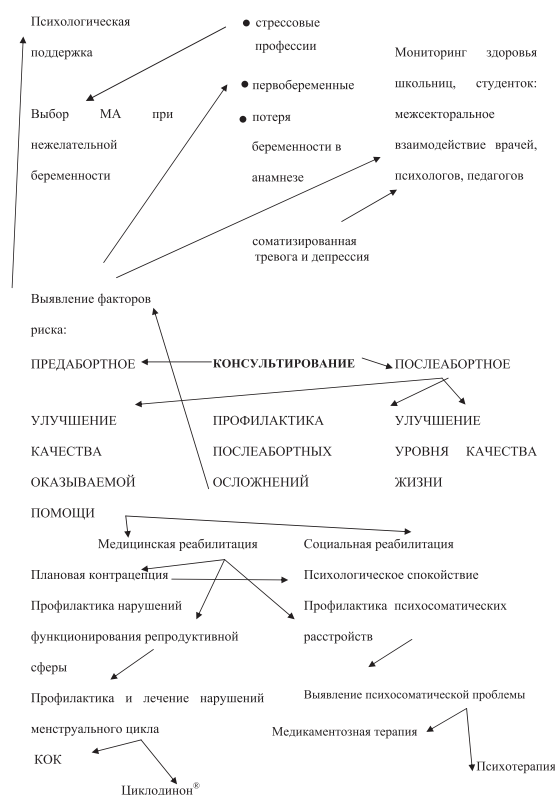


Рис. 7. Методы профилактики и реабилитации до и после искусственного прерывания нежелательной беременности

щественно выше по сравнению с аналогичными показателями из группы ДК ($p_U < 0,05$). Среднее значение показателей здоровья и гедонии в III группе было существенно более низким, чем значение аналогичных показателей в I и II группах ($p_U < 0,05$). Следовательно, большая выраженность дезадаптивного реагирования на аборт как стрессогенное воздействие отмечалась в физической, эмоциональной сферах качества жизни у пациенток из группы ДК (рис. 6).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о преимуществах безопасного аборта перед хирургическим (ДК) по более высоким средним значениям показателей качества жизни – состояния здоровья и гедонии.

Проведенное исследование позволило нам разработать схему реабилитационных мероприятий, которая максимально полно охватывает имеющиеся проблемы и позволяет со-

хранить репродуктивное здоровье женщин после прерывания беременности (рис. 7).

ВЫВОДЫ

1. Любой аборт – это физическая, гормональная, психологическая травма. При этом имеющаяся патология со стороны внутренних органов может свидетельствовать в пользу соматизированной депрессии как в ожидании аборта, который можно рассматривать как личностный стресс для женщины, так и в послеабортный период. В случае несоответствия степени социальных изменений и возможности психологической адаптации он ведет к появлению тревоги, страха, депрессии и снижению качества жизни.

2. Тревожные и депрессивные состояния как явные, так и замаскированные, являются распространенным состоянием

в общемедицинской практике, в частности в акушерстве и гинекологии, где их частое сочетание с функциональной гастроэнтерологической и сердечно-сосудистой патологией, двигательными расстройствами существенно снижает уровень качества жизни пациенток. Эта взаимосвязь в порядке постепенного уменьшения силы связи может быть представлена следующим образом: депрессия > интенсивность соматических жалоб > астенический синдром > сердечные жалобы > болевой синдром > желудочные жалобы.

3. Более высокие средние значения таких составляющих качества жизни, как состояние здоровья и гедония, свидетельствовали о преимуществах безопасного аборта перед хирургическим. Более комфортное, с точки зрения психоэмоционального состояния, было медикаментозное прерывание беременности, а большая выраженность дезадаптивного реагирования на аборт как стрессогенное воздействие отмечалась при проведении прерывания беременности хирургическим путем.

4. В реальных клинических условиях недостаточно внимания уделяется вопросам психоэмоциональной коррекции. Своевременное выявление признаков соматизированной де-

прессии на любом этапе консультирования пациенток по поводу аборта необходимо во избежание осложнений со стороны психосоматической сферы, для создания психологического комфорта и благополучия женщины. Внедрение в клиническую практику разработанной схемы профилактики расстройств, связанных с прерыванием беременности, позволяет ускорить и улучшить процесс послеабортной реабилитации.

Розлади психосоматичного здоров'я, пов'язані з абортom: сучасне вирішення в акушерсько-гінекологічній практиці
Т.С. Завадська

Вивчений психоемоційний стан жінок у динаміці перед і після абортu залежно від засобу штучного переривання вагітності. Виявлений зв'язок між соматичними скаргами та депресивним розладом. Оцінено вплив соматизованої депресії у жінок на вибір засобу переривання небажаної вагітності та їхню якість життя.

Ключові слова: *небажана вагітність, аборт, соматизована депресія, якість життя.*

Сведения об авторе

Завадская Татьяна Сергеевна – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61176, г.Харьков, Салтовское шоссе, 266; тел.: (057) 711-95-42

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Надання жінкам медичних послуг, пов'язаних з абортom: клініко-організаційне керівництво / Під ред. Жилки Н.Я. – К., 2006. – 76 с.
2. «Про затвердження клінічного протоколу «Комплексна допомога під час небажаної вагітності». Наказ МОЗ України від 31 грудня 2010 р. – № 1177.
3. Синчихин С.П. Аборт в аспекте сохранения репродуктивной функции женщины // Астраханский медицинский журнал. – 2007. – № 1. – С. 1–3.
4. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
5. Татарчук Т.Ф., Гуньков С.В., Ефименко О.А. Современные подходы к диагностике и лечению гиперпролактинемии // Репродуктивная эндокринология. – 2012. – № 1 (3). – С. 26–44.
6. Чабан О.С. Якість життя пацієнта з позицій медичної психології // Мистецтво лікування. – 2008. – № 5 (51). – С. 40–43.
7. World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. – Geneva, WHO. – 2003. – 138 p.

Статья поступила в редакцию 14.03.2013

**СУЧАСНА
АЛЬТЕРНАТИВА
ХІРУРГІЧНОМУ АБОРТУ**

МИРОПРИСТОН **та** **МІРОЛЮТ**

- **Відсутність травми статевих органів***
- **Зменшення ризику інфекційних ускладнень***



*дані Національного Центру Акушерства Гінекології та Педіатрії РАМН

Інформація в цьому інформаційному матеріалі призначена виключно для спеціалістів охорони здоров'я.

Міропристон, таблетки. Діюча речовина: міфепристон. Статеві гормони та засоби, які впливають на статеву сферу Антигестагенні засоби. Код АТС G02XB01 Можлива побічна дія: відчуття дискомфорту в нижніх відділах живота, болісні маткові скорочення, загальна слабкість, головний біль, нудота, блювання, діарея, спазми, запаморочення, артеріальна гіпотензія, відчуття приливів, гіпертермія.

Реєстраційне посвідчення №UA /6102/01/01

Виробник: ЗАТ «Обнинська хіміко-фармацевтична компанія», Росія на замовлення ВАТ «Нижфарм». Лікарський засіб має протипоказання. Більш повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування. Зберігати в місцях, що недоступні дітям.

Міролют, таблетки. Діюча речовина: мізопростол. Засоби, що підвищують тонус та скоротливу активність міометрию. Код АТС G02AD06. Можлива побічна дія: переймисті болі внизу живота, запаморочення, головний біль, нудота, блювання, метеоризм, пронос, шкірний висип, приливи. Реєстраційне посвідчення №UA /7326/01/01

Виробник: ЗАТ «Обнинська хіміко-фармацевтична компанія», Росія на замовлення ВАТ «Нижфарм». Лікарський засіб має протипоказання. Більш повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування. Зберігати в місцях, що недоступні дітям.

