

# АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

УДК 618.3–039:616.89–008–02:616.839–008.6

## ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ВАГІТНИХ НА ФОНІ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

*В. В. Камінський<sup>1,2</sup>, Р. Р. Ткачук<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup> Національна медична академія післядипломної освіти  
імені П. Л. Шупика, м. Київ,

<sup>2</sup> Київський міський центр репродуктивної  
та перинатальної медицини, м. Київ

**Вступ.** На теперішній час накопичено докази зв'язку нервово-психічних розладів у жінки з ускладненнями вагітності. Установлено, що підвищена тривожність, психічна виснаженість, утомлюваність, емоційний стрес у вагітних із загрозою переривання сприяють змінам вегетативного статусу, формуванню недостатнього вегетативного забезпечення.

**Мета.** Вивчити індивідуально-психологічні особливості та психоемоційний стан вагітних з порушеннями вегетативного статусу з використанням комплексу психодіагностичних методик.

**Матеріали та методи.** У 72 вагітних жінок досліджували вегетативний статус та психоемоційний стан. Клінічні ознаки дисфункції вегетативної нервової системи були виявлені за допомогою співбесід і анкетування. З метою вивчення функціонального стану вегетативної нервової системи застосовувався вегетативний індекс Кердо, опитувальник Вейна та показники кардіоінтервалографії. Кількісне вираження впливу стресогенних факторів і особистісного сприйняття їх вагітними жінками визначали за шкалою Спілбергера–Ханіна. Дослідження емоційно-вольової стабільності та основних психологічних паттернів особистості вагітних здійснювали за допомогою особистісного опитувальника Айзенка (EPQ) «Міні-мульти».

**Результати.** За даними кардіоінтервалографії, порушення вегетативного гомеостазу у вагітних I групи були представлені, переважно, активацією симпатичного відділу ВНС, що підтверджують результати обчислення індексу Кердо та дані

пульсометрії. Аналіз ВСР в контрольній групі свідчить про стан нормотонії у абсолютної більшості вагітних. Виявлений високий рівень нейротизму, глибокої інтроверсії, низький рівень поставлених цілей та менша задоволеність від досягнутих результатів у вагітних з вегетативною дисфункцією порівняно з іншими досліджуваними. Психоемоційна нестабільність та вегетативна дисфункція супроводжуються більшою частотою акушерських ускладнень.

**Висновки.** Вагітні із вегетативною дисфункцією відрізняються високим рівнем особистісної тривоги, меншими адаптивними реакціями та конструктивністю, схильні до агресії та фаталізму, порівняно з вагітними без ознак вегетативних змін. Гестаційні ускладнення частіше виникають і розвиваються на фоні негативних емоцій, тривоги, переживань та порушень вегетативної регуляції. Виявлені психоемоційні та особистісні зміни, обтяжена психопатологічна спадковість, сімейний анамнез, можуть бути передумовами розвитку вегетативних розладів та ранніми маркерами перинатальної патології.

**Ключові слова:** вагітність, психоемоційний статус, особистісна та ситуативна тривога, варіабельність серцевого ритму, вегетативна дисфункція, гестаційні ускладнення.

**Вступ.** Більшість ускладнень гестаційного процесу мають багатофакторну природу, проте ступінь впливу різних факторів є прямим відображенням зв'язку здоров'я людини з негативними явищами природного, соціального, економічного, духовного вимірів [4].

Передумовами для розгляду деяких видів патології вагітності з позицій концепції психосоматики є численні емпіричні дані і спеціальні дослідження щодо значення стану нервової системи і психіки жінки в розвитку акушерських ускладнень [4].

Вагітність слід розглядати як якісну видозміну соціальної ситуації, що призводить до значущих особистісних змін, формування нової внутрішньої позиції (позиції матері) і виникнення особливої психологічної структури — внутрішньої картини вагітності, яка відображує радикальну тілесну й емоційну еволюцію [4].

Психічні перебудови під час вагітності розглядаються в контексті загальних змін організму, зокрема, ендокринної, центральної нервової системи, імунних процесів [5].

Адаптація центральної нервової системи є найбільш наочною на перших етапах вагітності. Перші місяці вагітності характеризуються становленням гестаційної домінанти, яка має фізіологічний і психологічний компоненти та є передумовою особливостей перебігу вагітності, становлення певних функцій внутрішньоутробної дитини. На її фундаменті закладається материнська поведінка, яка бере початок задовго до народження дитини і спрямована на забезпечення біологічних детермінант нормальної життєдіяльності організму, що розвивається [4].

На теперішній час накопичено докази зв'язку нерво-во-психічних розладів у жінки з ускладненнями вагітності. Так, прееклампсія розглядається як синдром психоемоційної і вегето-судинної дезадаптації, зумовлений особистісними характеристиками жінки в прегравідарному періоді (психотип, психоемоційна стабільність, тривожність, депресивність, стресостійкість), на фоні стійкого недостатнього вегетативного забезпечення вагітності [4].

Високий рівень тривоги і депресії, низька самооцінка відіграють важливу роль в етіології низької маси плода при народженні. Пріоритет емоційних факторів у розвитку ускладнень вагітності беззаперечний. Доведено, що тривожність, яку відмічають самі вагітні, є головним фактором, що відрізняє жінок з нормальною фізіологічною вагітністю й ускладненою [3,9].

Психосоматичну концепцію невиношування вагітності підтверджують дані про підсилення астеничних емоцій, що знижують активність особистості: песимізм, боязкість, покірність, уразливість, фіксація на тінювих сторонах життя, у жінок із загрозою викидня. Яскраво виражений невротичний синдром у вагітної, основу якого становлять підвищена емоційна лабільність і сприйнятливність, почуття страху, детермінують збільшення частоти ускладнень вагітності та пологів [4].

Установлено, що підвищена тривожність, психічна виснаженість, утомлюваність, емоційний стрес у вагітних із загрозою

переривання сприяють змінам вегетативного статусу, формуванню недостатнього вегетативного забезпечення [4].

Підвищення материнського кортизолу у відповідь на вегетативну дизрегуляцію, відставання синтезу плацентарних ферментів, гальмування росту тканин супроводжується ефектами щодо розвитку, росту, терміну народження плода [8].

За сучасними уявленнями, обмін інформацією між матір'ю і дитиною здійснюється за допомогою нейропептидів, гормонів й інших біологічно-активних речовин, що рухаються з током крові судинами пуповини через матково-плацентарний судинний басейн, а також за допомогою хвильової взаємодії енергетичного поля, оскільки мати і дитина поєднані одним хвильовим діапазоном [4].

Флуктуації, або коливальні процеси, що відбуваються постійно в серцево-судинній системі, коректно використовувати для оцінки вегетативної регуляції, що здійснює інтеграцію цілісних реакцій організму. Коливання (варіабельність) ритму серця є найбільш зручним у практичному відношенні і теоретично релевантним об'єктом вивчення міжсистемних взаємодій в організмі, які, власне, і породжують ці коливання [7].

На сучасному етапі можна вважати, що не тільки медіатори нервової системи, а й гормони є кінцевою ланкою рефлексів-регуляторів функцій і процесів, які безпосередньо впливають на перебіг вагітності. До основних з них відносяться судинний тонус і об'єм циркулюючої крові, імунні і запальні реакції, скорочувальна діяльність матки. Нова парадигма в фізіології полягає у визнанні провідної ролі нервової системи в процесах, які недавно вважалися майже цілком гормонально-залежними, що відноситься і до вагітності [2].

Дослідження вагітних з урахуванням психосоматичного компонента, рання діагностика порушення вегетативного гомеостазу під час вагітності є необхідною умовою для зменшення рівня акушерських та перинатальних ускладнень, покращення гестаційних наслідків, зниження частоти аномалій пологової діяльності та дистресу плода в пологах.

**Мета роботи.** Вивчити індивідуально-психологічні особливості та психоемоційний стан вагітних з використанням комплексу психодіагностичних методик.

**Матеріали та методи.** Дослідження виконане на базі жіночої консультації та акушерського відділення Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини, який є клінічною базою кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Українського державного інституту репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика.

За час дослідження обстежені 72 вагітні. У всіх обстежених жінок проводилось загальноклінічне та спеціальне акушерське обстеження згідно з протоколами діагностики та лікування, затвердженими Міністерством охорони здоров'я України. Всі дослідження здійснювалися після отримання інформованої згоди пацієнтки на проведення додаткових методів дослідження.

З вибірки були виключені пацієнтки з внутрішньоутробним інфікуванням, вадами розвитку плода, багатоплідною вагітністю, соматичною та ендокринною патологією, звичним невиношуванням, аномаліями розвитку внутрішніх статевих органів, доброякісними пухлинами жіночої репродуктивної системи, тощо. З аналізу виключали осіб з вираженими порушеннями серцевого ритму (миготлива аритмія, часта екстрасистолія) та осіб, які приймали препарати групи  $\beta$ -блокаторів.

У всіх вагітних жінок досліджували вегетативний статус та психоемоційний стан. Клінічні ознаки дисфункції вегетативної нервової системи в обстежених вагітних були вивчені за допомогою співбесід і анкетування. З метою вивчення функціонального стану вегетативної нервової системи застосовувався вегетативний індекс Кердо (ВІК), який обчислювали за формулою:

$$\text{ВІК} = (1 - \text{АТд/ЧСС}) \times 100 \%,$$

де АТд — діастолічний артеріальний тиск, мм рт.ст.,

ЧСС — частота серцевих скорочень, уд/хв.

При  $\text{ВІК} > 16$  діагностувалась симпатикотонія, при  $\text{ВІК} < -16$  — парасимпатикотонія, при  $\text{ВІК}$  від  $-15$  до  $15$  — нормотонічний стан.

Встановлення змін вегетативного статусу також здійснювалось за допомогою «Опитувальника для виявлення ознак вегетативних змін (Вейн А. М., 1998 г.)». В даній анкеті для кількісної оцінки існуючих вегетативних симптомів проведено експертне балування кожної ознаки за його питомою вагою

серед різних симптомів вегетативної дисфункції. Даний метод дозволяє виявити наявність вегетативних порушень навіть у осіб без активних скарг та оцінити фактори ризику розвитку вегетативної дисфункції. Якщо сума набраних балів менша 15, вегетативні розлади відсутні. Результат від 15 до 25 балів свідчить про невиражений характер вегетативних змін, які вимагають уточнення та можуть бути відкореговані нелікарськими засобами. Якщо кількість балів перевищує 25 — можна стверджувати про наявність виражених вегетативних порушень, які вимагають обов'язкового лікування у спеціаліста (вегетолога).

Поруч із традиційними методами, оцінка вихідного вегетативного статусу здійснювалася шляхом реєстрації часових та спектральних параметрів варіабельності серцевого ритму (ВСР) на підставі проведення комп'ютерної кардіоінтервалографії (КІГ). Для кардіоінтервалографії використовували медичну діагностичну систему «CardioLab Vebicard» («ХАІ Медика», Харків). При аналізі результатів дослідження враховували показники, закладені в програмі системи.

До I групи (основна група) увійшли 42 вагітні з встановленим діагнозом вегетативної дисфункції (соматоформна вегетативна дисфункція, нейро-циркуляторна дистонія).

До II групи (група контролю) були включені 30 жінок без порушень вегетативного гомеостазу.

Середній вік обстежених вагітних першої групи становив  $28,2 \pm 3,6$  років, що було приблизно однаково з жінками групи контролю —  $26,4 \pm 4,8$  років.

У жінок першої групи достовірно частіше, ніж в контрольній групі, відмічалася обтяжена психопатологічна спадковість, а саме, у жінок першої групи в 11 (26,2 %) випадках мав місце алкоголізм у сім'ї та батьків і в 8 (19,1 %) жінок — депресії, невротичні розлади, тоді як у контрольній групі лише у 2 (6,7 %) вагітних вказували на наявність алкоголізму в сім'ї та в батьків. При аналізі сімейного анамнезу, несприятливу атмосферу в родині відмічали 22 (52,4 %) жінок першої групи, з яких 10 (23,8 %) вказували на емоційну холодність та відчуженість в сім'ї та 12 (28,6 %) — на конфліктні відносини.

При аналізі генеративної функції вагітних встановлено, що більшість жінок першої групи— 26 (61,9 %) були повторно вагіт-

## АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

---

ними. В анамнезі у 20 (47,6 %) жінок першої групи були артифіціальні аборти. У контрольній групі вагітних частота штучних абортів становила 16,7 % (5 пацієнток). Водночас встановлено, що у жінок першої групи артифіціальні аборти перед першими пологами мали місце у 2 рази частіше, ніж у осіб контрольної групи. Частота самовільних абортів у першій групі становила 19,1 % (8 досліджуваних).

У всіх вагітних досліджені індивідуально-психологічні особливості та психоемоційний стан із використанням комплексу психодіагностичних методик.

Рівень психоемоційного стану та психосоматичних розладів, кількісне вираження впливу стресогенних факторів і особистісного сприйняття їх вагітними жінками визначали за шкалою Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна (2010) за якою можна уточнити характер тривожності — особистісну або ситуативну (реактивну).

Реактивна тривожність характеризується напруженням, неспокоєм, нервозністю. Дуже висока реактивна тривожність викликає розлади уваги, іноді-тонкої координації. Особистісна тривожність, на відміну від ситуативної, прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, емоціональними, невротичними зривами і психосоматичними захворюваннями [1; 6]. Сума балів за шкалою Спілбергера — Ханіна менша 30 вказує на низький рівень тривожності, 31–45—середній і вищий, 46 — високий рівень тривожності.

Особистісний опитувальник Айзенка призначений для оцінки симптомокомплексу екстраверсії-інтроверсії та нейротизму (емоційно-вольової нестабільності). Автор пов'язує екстра- та інтроверсію з вираженістю процесів збудження й гальмування в корі головного мозку. Фактори екстраверсія-інтроверсія й нестабільність-стабільність (нейротизм) вважають незалежними, і в сполученні вони можуть характеризувати той чи інший тип особистості.

Опитувальник Айзенка містить 57 запитань, з яких за 24 запитаннями оцінюються екстраверсія-інтроверсія, інші 24 запитання характеризують нестабільність-стабільність, решта 9 — входять в шкалу відвертості і вірогідності результатів дослідження. Результати тесту обробляються за спеціальним ключем. Вираженість фактора екстраверсія-інтроверсія оцінюється в балах: якщо кількість балів 12 і більше, то обстежува-

ного можна вважати екстравертом, менше 12 балів — інтровертом. Такі ж оцінки застосовуються й для шкали нейротизму.

**Результати.** За даними співбесіди та об'єктивного огляду у досліджених вагітних виявлені наступні скарги, які характеризують прояви вегетативної дисфункції (табл. 1).

Таблиця 1

**Клінічні ознаки вегетативної дисфункції у обстежених вагітних.**

Вегетативні прояви	Абсолютна кількість (частота)
Головний біль	37 (51,4 %)
Оніміння в ділянці обличчя	45 (62,5 %)
Головокружіння	51 (70,8 %)
Оніміння або похолодання пальців кистей, стоп, кінцівок	41 (56,9 %)
Гіпергідроз (локальний або дифузний)	19 (26,4 %)
Набряклість обличчя	24 (33,3 %)
Схильність до зміни кольору шкіри обличчя (блідість або почервоніння)	33 (45,8 %)
Загальна слабкість	54 (75,0 %)
Відчуття жару або ознобу	60 (83,3 %)
Погана переносимість високих і низьких температур	55 (76,4 %)
Зниження працездатності, швидка втомлюваність, розбитість	43 (59,7 %)
Зниження пам'яті та концентрації уваги	25 (34,7 %)
Біль у ділянці серця	40 (55,6 %)
Серцебиття, «завмирання», відчуття зупинки серця	46 (63,9 %)
Переднепритомний стан	15 (20,8 %)
Нестабільні цифри артеріального тиску	57 (79,2 %)
Порушення сну (важкість засипання, поверхневий, неглибокий сон з частими пробудженнями)	34 (47,2 %)
Субфебрильна температура	16 (22,2 %)
Тремор витягнутих рук	30 (41,7 %)
Червонийабобілийдермографізм	52 (72,2 %)
Слабкість в руках і ногах	5 (6,9 %)

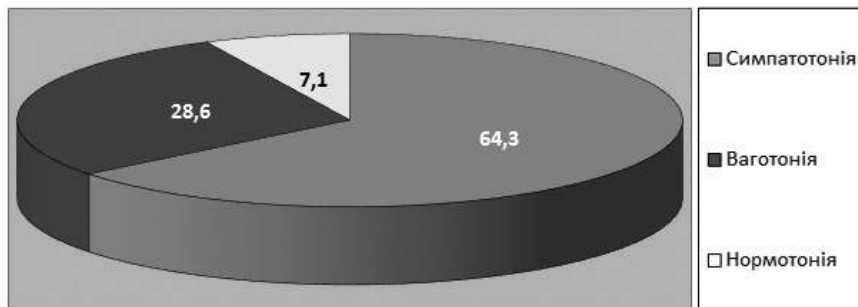


## АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

При детальному аналізі скарг пацієнток встановлено, що у 37 (51,4 %) вагітних наявні цефалгії, які у 62,5 % випадків супроводжувалися онімінням у ділянці обличчя та верхніх кінцівок, у 5 (6,9 %) вагітних — слабкістю в руках і ногах, у 70,8 % випадків — головокружінням, у 60 (83,3 %) вагітних — відчуттям жару або ознобу. Зниження пам'яті та концентрації уваги спостерігали у 25 (34,7 %) вагітних, порушення сну — у 34 (47,2 %) жінок, коливання артеріального тиску — у 57 (79,2 %) випадках, серцебиття, відчуття зупинки серця — у 46 (63,9 %) вагітних, біль у ділянці серця — у 55,6 % випадків, зниження працездатності, швидку втомлюваність, розбитість — у 43 (59,7 %) вагітних.

За даними кардіоінтервалографії порушення вегетативного гомеостазу у вагітних першої групи були представлені активацією симпатичного відділу ВНС у 27 (64,3 %) випадках, а у 12 (28,6 %) випадках — переважаючою активацією парасимпатичного відділу ВНС. У 3 (7,1 %) вагітних I групи спостерігалася вегетативна рівновага (стан нормотонії) (Діаграма 1).

Аналіз варіабельності серцевого ритму в контрольній групі виявив переважну більшість вагітних з нормотонією — 23 жінок (76,6 %). Перевагу симпатичної регуляції встановлено у 5 (16,7 %) вагітних, парасимпатичних впливів — у 2 досліджуваних (6,7 %).



Діаграма 1. Розподіл вагітних I групи в залежності від активації відділів ВНС.

Дані розрахунку вегетативного індексу Кердо підтверджують перевагу симпатичних впливів на серцево-судинну систе-

му у 25 (59,5 %) вагітних, парасимпатичне перевантаження — у 13 (31,0 %) пацієнок, нормотонію — у 4 (9,5 %) жінок (табл. 2).

Таблиця 2

**Вегетативний статус вагітних за «Опитувальником для визначення ознак вегетативних змін» О. М. Вейна.**

Показник, бали	Контрольна група	Основна група	P
Індекс Кердо	0,32±1,12	+7,4±3,2	p<0,05
ЧСС	68,2±4,3	86,2±5,1	p<0,05
Кількість балів за результатами анкетування	11±6	39±12	p<0,05

Частота серцевих скорочень у вагітних-симпатотоніків була вірогідно більшою на 9,86 % ( $t = 3,53$ ;  $p < 0,001$ ), ніж у ваготоніків, на 11,06 % більшою, ніж у вагітних-нормотоніків ( $t = 144$ ;  $p < 0,05$ ) і на 20,89 % вірогідно більшою, порівняно з вагітними контрольної групи ( $t = 3,33$ ;  $p < 0,01$ ).

Отже, отримані дані свідчать про наявність вегетативного дисбалансу у вагітних основної групи, переважно, в бік симпатикотонії.

За даними опитувальника О. М. Вейна (2000), у вагітних основної групи об'єктивні і суб'єктивні вегетативні симптоми спостерігалися частіше, ніж у пацієнок контрольної групи (табл.2). Порушення вегетативного статусу, за даними опитувальника Вейна, виявлено у 41 (97,6 %) вагітних основної та у 28 (93,3 %) жінок контрольної групи. Це свідчить про недостатню діагностичну цінність анкетування для діагностики вегетативного дисбалансу.

При аналізі основних шкал психологічного паттерну особистості вагітних встановлено, що перебіг вагітності у жінок із вегетативною дисфункцією супроводжується підвищеною емоційною лабільністю і тривогою, які досліджені при використанні особистісного опитувальника Айзенка (EPQ) «Міні-мульт» (таблиця 3).

Важливо відмітити, що у переважній більшості вагітних значення показників екстраверсія-інтроверсія знаходились в межах норми. Високий рівень показників цієї шкали, які склали

## АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

(23±6) балів у вагітних контрольної групи були вірогідно більшими ( $p < 0,05$ ) порівняно з контрольною групою (9±3) балів.

Таблиця 3

### Результати дослідження психологічного паттерну за особистісним опитувальником Айзенка (EPQ) «Міні-мульти» у обстежених вагітних, (бали).

Показники дослідження, Бали	Основна група	Контрольна група	p
Екстраверсія/інтроверсія	9±3	23±6	$p < 0,05$
Нейротизм	22±4	11±3	$p < 0,05$
Щирість	6±1	2±1	$p < 0,001$

Серед пацієнток I групи виявлено значний рівень інтроверсії порівняно з жінками групи контролю. Так, в групі жінок з вегетативною дисфункцією значно переважали жінки з глибокою інтроверсією (табл.4), що свідчить про перевагу відчуженості, орієнтованості «всередину», схильність до переживань та внутрішніх роздумів, підвищений рівень песимізму. Вагітні з вегетативною дисфункцією нижче оцінюють своє вміння вступати в контакти з навколишніми людьми, менше схильні до ідеалізації, що супроводжується скороченням інтенсивності емоційної, психічної і моторної активності. Очевидно, що надмірне почуття туги, а також пригнічення емоцій страху і гніву, є складовими компонентами захворювань психосоматичного кола.

Таблиця 4

### Показники екстраверсії-інтроверсії в досліджуваних групах.

Показники дослідження	Основна група	Контрольна група
Екстраверсія	4 (9,5 %)	16 (53,3 %)
Середній показник	9 (21,4 %)	12 (40 %)
Інтроверсія	20 (47,6 %)	2 (6,7 %)
Глибока інтроверсія	9 (21,4 %)	—

На противагу цим результатам, у вагітних II групи переважну більшість становили пацієнтки з високим рівнем екстраверсії — 28 (93,3 %). Такі вагітні відрізняються більшою соціальною адаптацією і конструктивністю, проявляють більш високий

рівень надії на сприятливий наслідок подій завдяки своїм особистим якостям.

Особливої уваги заслуговують отримані результати рівня нейротизму у вагітних із вегетативною дисфункцією як провідного показника нестійкості психоемоційної сфери (табл. 3). Було встановлене вірогідне підвищення рівня нейротизму у вагітних I групи —  $22 \pm 4$  бали проти  $11 \pm 3$  балів у вагітних контрольної групи ( $p < 0,05$ ). Даний показник перевищував референтні норми на 55 %.

Високі показники нейротизму у вагітних основної групи свідчать про розвиток істеричного варіанту дезадаптації. Психологічно це проявляється наявністю поєднання протирічливої активності зі швидким виснаженням, що є характерним для психосоматичного паттерну дезадаптації.

Середні значення показників ситуативної і реактивної тривожності наведено в таблиці 5.

Таблиця 5

**Дослідження емоційно-вольової складової за опитувальником Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна.**

Показник	Контрольна група	Основна група	p
Ситуативна тривожність, (бали)	$14,0 \pm 2,3$	$43,5 \pm 4,3$	$p < 0,001$
Особистісна тривожність, (бали)	$22,0 \pm 2,9$	$62,0 \pm 4,4$	$p < 0,001$

Виявлено, що більшості вагітних із синдромом вегетативної дисфункції притаманний високий рівень особистісної та ситуативної тривожності. Рівень ситуативної тривожності склав ( $43,5 \pm 4,3$ ) бали і був вірогідно вищим від показників контрольної групи ( $p < 0,001$ ). Особистісна тривожність при цьому становила ( $62,0 \pm 4,4$ ) бали і була також вірогідно вищою від вагітних контрольної групи — ( $22,0 \pm 2,9$ ) бали ( $p < 0,001$ ).

Наведені дані засвідчили про серйозний психологічний дискомфорт вагітних жінок із вегетативною дисфункцією. Це свідчить про сприйняття ними більшості ситуацій як потенційно небезпечних і їхню надмірну реакцію у вигляді високого рівня тривоги.

Наявність високого відсотку ситуативної та особистісної тривожності у вагітних основної групи визначила потребу поглибленого вивчення даного явища. З цією метою була використана шкала Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна, за якою уточнено характер особистісної тривожності. Результати представлені у табл. 6.

Таблиця 6

**Розподіл груп спостереження за рівнем особистісної тривожності.**

Групи спостереження	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Основна, n = 42	7	16,7	10	23,8	25	59,5
Контрольна, n = 30	23	76,7	7	23,3	—	—

Переважній більшості вагітних основної групи притаманний високий рівень особистісної тривожності, який встановлено у 25 (59,5 %) вагітних, що значно вище, порівняно з вагітними без вегетативних розладів.

Наявність таких рис, як коливання настрою, чутливість до стресогенних ситуацій, а також більша емоційна нестабільність, слабка здатність до пристосування можуть супроводжуватись більшою частотою акушерських ускладнень [4].

Так, у жінок основної групи відмічалась більша частота загрози переривання вагітності, гіпертензивних ускладнень, плацентарної дисфункції. Зокрема, ознаки плацентарної дисфункції (структурні зміни плаценти, маловоддя, порушення матково-плацентарного і плодово-плацентарного кровотоку за даними доплерометрії, асиметрична і симетрична форма затримки росту плода (ЗРП)) зустрічались у 31 (73,8±6,8 %) вагітної I групи та у 12 пацієнток (40±8,9 %) групи контролю (p<0,05).

Можна припустити, що патологія в системі «мати-плацента-плід» виникає внаслідок неможливості нервової системи матері забезпечити адекватні пристосувальні реакції організму в умовах зростаючого психо-емоційного навантаження.

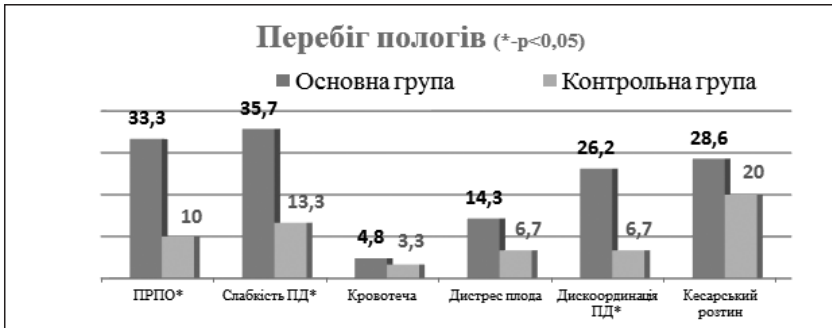
Страх та тривожно-боязні відчуття можуть негативно вплинути на перебіг вагітності, результати пологів та їх можливі ускладнення [4].

Перебіг вагітності у обстежуваних жінок.

Симптоми	Основна група		Контрольна група		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Загроза переривання вагітності	24	57,1±7,6	11	36,7±8,8	p>0,05
Ранній гестоз	18	42,9±7,6	6	20±7,3	p<0,05
Преєклампсія	16	38,1±7,5	5	16,7±6,8	p<0,05
Затримка росту плода	12	28,6±7,0	2	6,7±4,6	p<0,05
Порушення материнсько-плодового кровообігу	15	35,7±7,4	3	10±5,5	p<0,05
Маловоддя	14	33,3±7,3	4	13,3±6,2	p<0,05
Структурні зміни плаценти	31	73,8±6,8	12	40±8,9	p<0,05

Так, у жінок основної групи відмічалась достовірно більша частота аномалій пологової діяльності та патологічного прелімінарного періоду. У жінок з вегетативними розладами спостерігалось збільшення частоти слабкості пологової діяльності — в 2,7 раз, дискоординованої пологової діяльності — в 4 рази, дистресу плода — в 2 рази, частоти оперативного розродження — в 1,4 разів.

Діаграма 2. Перебіг пологів у досліджуваних вагітних.



Низька здатність до сприйняття нового досвіду вагітності, акцентуація негативних рис характеру і поведінки підсилює негативні переживання та емоційні коливання, що, в свою чергу, підсилює соматичну симптоматику [4].

### **Висновки.**

1. Основними скаргами у вагітних з вегетативною дисфункцією є головокружіння, загальна слабкість, відчуття жару або ознобу, погана переносимість високих і низьких температур, нестабільні цифри артеріального тиску, вегетативні реакції з боку шкіри (ліведо, червоний або білий дермографізм, тощо).

2. У жінок I групи достовірно частіше відмічалась обтяжена психопатологічна спадковість та сімейний анамнез, що може бути патогенетичною ланкою формування вегетативних розладів.

3. Порушення вегетативного статусу, за даними опитувальника Вейна, виявлено у 97,6 % вагітних основної та у 93,3 % жінок контрольної групи. Це свідчить про недостатню діагностичну цінність анкетування для діагностики вегетативного дисбалансу.

4. За даними кардіоінтервалографії порушення вегетативного гомеостазу у вагітних I групи були представлені, переважно, активацією симпатичного відділу ВНС, що підтверджують результати обчислення індексу Кердо та дані пульсометрії. Аналіз ВСР в контрольній групі свідчить про стан нормотонії у абсолютної більшості вагітних.

5. У вагітних з вегетативними розладами відмічається вищий рівень нейротизму і високий показник глибокої інтроверсії, що свідчить про розвиток істеричного варіанту дезадаптації.

6. Вагітні із вегетативною дисфункцією сприймають більшість ситуацій як потенційно небезпечні, з високим рівнем особистісної тривоги, якоможе бути основою для формування психосоматичних розладів.

7. Гестаційні ускладнення частіше виникають і розвиваються на фоні негативних емоцій, тривоги та переживання та знаходяться у тісному зв'язку з порушеннями вегетативної регуляції.

8. Виявлені психоемоційні та особистісні зміни, обтяжена психопатологічна спадковість, сімейний анамнез, можуть бути передумовами розвитку вегетативних розладів та ранніми маркерами перинатальної патології.

9. Всім вагітним в алгоритм обстеження у 1 триместрі вагітності доцільно проводити оцінку вегетативного статусу, не-

вротичного профілю та психоемоційного стану за розробленою методикою. Це дасть змогу обирати адекватні для кожної вагітної жінки стратегії та методи психотерапевтичної роботи та оцінювати динаміку психоемоційного стану протягом гестації.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Григорьева Е. С. Роль личностных особенностей женщины в возникновении патологии беременности (обзор современных исследований) / Григорьева Е.С. // Психология телесности: теоретические и практические подходы. — 2011. — С. 177–185.
2. Клещеногов С. А. Ранние признаки задержки развития плода по данным вариабельности кардиоритма матери. // Сибирский научный медицинский журнал. — 2012, № 32. — С. 2.
3. Корнієнко В. Г. Особливості адаптаційних реакцій організму вагітних при ускладненому невиношуванням гестаційному процесі та їх корекція : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.01 «Акушерство і гінекологія» / В. Г. Корнієнко. — К., 2009.
4. Назаренко Л. Г. «Роль стану психоемоційної сфери вагітної жінки при нормальному і ускладненому гестаційному процесі (огляд літератури).» //Жіночий лікар. — 2013. — № 2. — С. 42–46.
5. Сергиенко Л. Ю. Ранний онтогенез — период «программирования» эндокринных и гормонально-зависимых патологий (новые взгляды на старые проблемы): 100 избранных лекций по эндокринологии / Л. Ю. Сергиенко. — Харьков, 2009. — С. 906—913.
6. Сюсюка В. Г. Стан процесів пероксидації у вагітних із соматоформною дисфункцією вегетативної нервової системи // Патологія. — 2013. — № 3 (29). — С. 16–18.
7. Heart rate variability: Standards of measurement, physiological interpretation and clinical use / Task Force of European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology // Circulation.— 1996. — Vol. 93. — P. 1043–1065.
8. Maternal depressive symptoms, serum folate status, and pregnancy outcome: results of the Amsterdam Born Children and their Development study / A. E. Van Dijk, M. Van Eijsden, K. Stronks [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2010. — Vol. 203, № 563. — P. 1—7.
9. Prenatal life events stress: implications for preterm birth and infant birth weight / P. Zhu, F. Tao, J. Hao [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2010. — Vol. 202, № 61. — P. 1—7.

### **Особенности психоемоционального состояния беременных на фоне вегетативной дисфункции**

***В. В. Каминский, Р. Р. Ткачук***

**Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, г. Киев,  
Киевский городской центр репродуктивной и перинатальной медицины, г. Киев**

**Введение.** В настоящее время накоплены доказательства связи нервно-психических расстройств у женщины с осложнениями беременности. Установлено, что повышенная тревож-



ность, психическая усталость, утомляемость, эмоциональный стресс у беременных с угрозой прерывания способствуют изменениям вегетативного статуса, формированию недостаточного вегетативного обеспечения.

**Цель.** Изучить индивидуально-психологические особенности и психоэмоциональное состояние беременных с нарушениями вегетативного статуса с использованием комплекса психодиагностических методик.

**Материалы и методы.** Обследован вегетативный статус и психоэмоциональное состояние у 72 беременных. Клинические признаки вегетативной дисфункции были выявлены с помощью собеседований и анкетирования. С целью изучения функционального состояния вегетативной нервной системы применялся вегетативный индекс Кердо, опросник Вейна и показатели кардиоинтервалографии. Количественное выражение влияния стрессогенных факторов и личного восприятия их беременными женщинами определяли по шкале Спилберга-Ханина. Исследование эмоционально-волевой стабильности и основных психологических паттернов личности беременных осуществляли с помощью личностного опросника Айзенка (EPQ) «Мини-мульти».

**Результаты.** По данным кардиоинтервалографии нарушения вегетативного гомеостаза у беременных I группы были представлены, в основном, активацией симпатического отдела вегетативной нервной системы, что подтверждают индекс Кердо и данные пульсометрии. Анализ вариабельности сердечного ритма в контрольной группе свидетельствует о состоянии нормотонии у абсолютного большинства беременных. Обнаружен высокий уровень нейротизма, интроверсии, низкий уровень поставленных целей и меньшая удовлетворенность достигнутыми результатами у беременных с вегетативной дисфункцией по сравнению с другими исследуемыми. Психоэмоциональная нестабильность и вегетативная дисфункция сопровождаются большей частотой акушерских осложнений.

**Выводы.** Беременные с вегетативной дисфункцией отличаются высоким уровнем личностной тревоги, ослабленными адаптивными реакциями и конструктивностью, склонны к агрессии и фатализму, по сравнению с беременными без признаков

вегетативных изменений. Гестационные осложнения чаще возникают и развиваются на фоне негативных эмоций, тревоги, переживаний и нарушений вегетативной регуляции. Обнаруженные психоэмоциональные и личностные изменения, отягощенная психопатологическая наследственность, семейный анамнез, могут быть предпосылками развития вегетативных расстройств и ранними маркерами перинатальной патологии.

**Ключевые слова:** беременность, психоэмоциональный статус, личностная и ситуативная тревога, вариабельность сердечного ритма, вегетативная дисфункция, гестационные осложнения.

### **Psychoemotic status of pregnant women with autonomic dysfunction**

*V. V. Kaminskyi, R. R. Tkachuk*

**Shupyk National Medical Academy  
of Postgraduate Education, Kyiv,**

**Kyiv City Center of Reproductive and Perinatal Medicine, Kyiv**

**Introduction.** At present, the accumulated evidence reveals the relationship between neuropsychiatric disorders and pregnancy complications. It has been established that increased anxiety, mental exhaustion, fatigue and emotional stress in pregnant women with a threatened abortion contribute to autonomic status changes and autonomic insufficiency.

**Aim.** To study the individual psychological features and psycho-emotional status of pregnant women with autonomic disorders using certain psychodiagnostic techniques.

**Materials and methods.** Seventy-two pregnant women were examined for their autonomic and psycho-emotional status. Clinical signs of autonomic dysfunction were studied through interviewing and questionnaires. In order to study the functional status of the autonomic nervous system, the Kerdo index, the Wein questionnaire and heart rate variability parameters were used. Quantitative expression of stress factors and personal perception were determined by the Spielberger-Hanin scale. The emotional-volitional stability of pregnant woman as well as personality basic psychological patterns were assessed using the Eysenck personality questionnaire (EPQ) "Mini-mult".

**Results.** According to cardiointervalography, the autonomic disorders in pregnant women in group I were mainly represented by activation of the sympathetic nervous system, confirming the results of Kerdo index and pulsometry data. The heart rate variability analysis in the control group indicates the state of normotonia in the absolute majority of women. The high level of neuroticism, deep introversion, low goals level and less satisfaction are reported in pregnant women with autonomic disorders. Psycho-emotional instability and autonomic dysfunction are accompanied by a higher incidence of obstetric complications.

**Conclusions.** The study revealed that pregnant women with autonomic dysfunction had higher levels of personal anxiety, less adaptive responses and constructivism, and more inclined to aggression and fatalism if compared to pregnant women without autonomic changes. Gestational complications often occur and develop on the background of negative emotions, anxiety and autonomic dysfunction. Detected psycho-emotional and personality changes, psychopathological heredity, complicated family history can be the evidence for autonomic disorders development and perinatal pathology.

**Key words:** pregnancy, psycho-emotional status, personal and situational anxiety, heart rate variability, autonomic dysfunction, gestational complications.

### ***Відомості про авторів:***

***Камінський В'ячеслав Володимирович*** — доктор медичних наук, професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Українського державного інституту репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, тел.: (044)-411-92-33.

***Ткачук Рома Романівна*** — молодший науковий співробітник кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Українського державного інституту репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.