

## Література

1. Анциферов М.Б., Григорян О.Р., Чернова Т.О. Возможности применения препарата Спофор (метформина гидрохлорида) у женщин с синдромом поликистозных яичников и избыточной массой тела // Проблемы репродукции, 2001. - №2. - С. 49-55.
2. Корниенко С.М. Эндокirurgическая стимуляция овуляции при синдроме Штейна-Левенталя // Медико-социальные проблемы семьи. - 2003. - Т.8, №2. - С. 14-17.
3. Мишиева Н.Г., Назаренко Т.А., Фанченко Н.Д., Джибраилова Д.М. Влияние метформина на эндокринную и репродуктивную функцию у женщин с синдромом поликистозных яичников // Проблемы репродукции. - 2001. - № 3. - С. 8-11.
4. Манухин И.Б., Геворкян М.А., Минкина Г.Н. и др. Метаболические нарушения у женщин с синдромом поликистозных яичников // Проблемы репродукции. - 1994. - № 4. - С. 7-13.
5. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. - СПб: Медицина, 1995. - 223 с.

УДК 618.3:618.17-071.1:616.89-008.19

О.В. Мілевський

## ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН У ВАГІТНИХ З БЕЗПЛІДНІСТЮ В АНАМНЕЗІ, ЯКІ ОТРИМУВАЛИ РЕКОМЕНДОВАНИЙ ЛІКУВАЛЬНИЙ КОМПЛЕКС

*Державна установа "Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Академії медичних наук України"*

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН У ВАГІТНИХ З БЕЗПЛІДНІСТЮ В АНАМНЕЗІ, ЯКІ ОТРИМУВАЛИ РЕКОМЕНДОВАНИЙ ЛІКУВАЛЬНИЙ КОМПЛЕКС. Проведено вивчення психоемоційного стану у вагітних з трубно-перитонеальною безплідністю в анамнезі. Виявлені зміни, які характерні для психологічної дезадаптації. Диференційований підхід до методів корекції психоемоційних порушень у вагітних свідчить про відновлення стану у 90% обстежених.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ У БЕРЕМЕННЫХ С БЕСПЛОДИЕМ В АНАМНЕЗЕ, ПОЛУЧАВШИХ РЕКОМЕНДОВАННЫЙ ЛЕЧЕБНЫЙ КОМПЛЕКС. Проведено изучение психоэмоционального состояния у беременных с трубно-перитонеальным бесплодием в анамнезе. Обнаружены изменения, характерные для психологической дезадаптации. Дифференцированный подход к методам коррекции психоэмоциональных нарушений у беременных свидетельствует о восстановлении состояния у 90% обследованных.

PSYCHO-EMOTIONAL STATE AFTER RECOMMENDED COMPLEX TREATMENT IN PREGNANT WOMEN WITH A HISTORY OF INFERTILITY It was studied psycho-emotional state in pregnant women with a history of tube-peritoneal infertility. Typical changes for psychological disadaptation were founded. Individualization of correction of psycho-emotional disorders in pregnant women led to normalization of psycho-emotional state in 90% of cases.

**Ключові слова:** вагітність, безплідність, психоемоційний стан, лікування, стрес.

**Ключевые слова:** беременность, бесплодие, психоэмоциональное состояние, лечение, стресс.

**Key words:** pregnancy, infertility, psycho-emotional state, treatment, stress.

**ВСТУП.** В сучасних умовах вагітні часто знаходяться під впливом підвищених стресорних навантажень в зв'язку із необхідністю продовження трудової діяльності, нестабільністю матеріального становища, невирішеними побутовими проблемами [1]. Результатом хронічного стресу може бути порушення психоемоційного стану у вагітних, що може стати позитивним фоном для розвитку ускладнень вагітності і пологів [2].

Вагітність є надзвичайно емоційним чинником, що істотно впливає на всі психологічні складові жінки. Навіть у здорових жінок за фізіологічного перебігу вагітності виявляються певні

зміни психоемоційного стану [3, 4]. Безплідність супроводжується психологічною напругою, яка з'являється вже після встановлення діагнозу, і при настанні вагітності вона не зменшується, а може навіть зростати [5].

Безплідність – це не лише порушення репродуктивного здоров'я, але й серйозний емоційний стрес. Багато родин починають засмучуватися вже через декілька місяців ненастання вагітності; а, за даними деяких авторів, у жінок, які не справлялися зі своїм депресивним станом, вагітність наставала удвічі рідше, ніж у тих, хто успішно подолав такий важкий емоційний

стан [6, 7]. Функціонування репродуктивної системи являє собою взаємодію фізіологічних і психологічних механізмів [8, 7]. Вивчення взаємозв'язку між бажанням народити дитину та безплідністю вказують на наявність внутрішнього психологічного конфлікту через нереалізоване материнство у безплідних жінок [9].

Звістка про вагітність, що настала після тривалої безплідності, є не тільки потужним позитивним психоемоційним стресом, але й джерелом нових негативних переживань, пов'язаних із невпевненістю у нормальному перебігу вагітності і розвитку плода, підвищеним ризиком переривання вагітності, фіксацією на соматичних відчуттях та рядом інших психологічних реакцій, що є прямим наслідком формування специфічного психотипу жінки, що перенесла безплідність [10]. Такі жінки складають унікальну в психологічному відношенні групу, оскільки сам по собі потужний стрес вагітності у них накладається на основу тривалої, іноді багаторічної психотравмуючої ситуації безплідності. Безперечно, неможливість реалізації однієї з найважливіших соціальних та фізіологічних функцій жінки – материнства – накладає значний відбиток на її психіку [10].

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.** Обстежено 120 вагітних жінок. 70 з них – жінки з безплідністю в анамнезі, які отримували розроблений нами комплекс лікувальних заходів, а 20 – жінки з безплідністю в анамнезі, які отримували терапію згідно протоколів МОЗ України, 30 – контрольна група з фізіологічною вагітністю, що не мали безплідності та екстрагенітальних захворювань в анамнезі.

Вивчення психологічного статусу вагітних проводилось за допомогою тесту Спілбергера-Ханіна, САН, оцінювали психоемоційний стан методом психологічного інтерв'ю. За допомогою анкетування визначали мотиваційну спрямованість. Оцінку особистісної тривожності та ступеня реактивності проводили з використанням тесту Спілбергера-Ханіна, критеріями високих показників яких була сума більше 46 балів, середніх – від 31 до 45, низьких – від 0 до 30 балів [11]. Характер самооцінки жінок вивчали за методикою САН (самопочуття, активність, настрої) [12]. Дослідження проводили в I (4-12 тижнів), II (18-25 тижнів) та III (36-40 тижнів) триместрах гестації.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.** За віковим складом у I групі переважали пацієнтки старшого репродуктивного віку (30-40 р.) – 77,8%, у II групі – 36,6% жінок були старші 30 років ( $p < 0,01$ ). Середній вік обстежених жінок був  $31,4 \pm 4,8$  років – в основній та  $27,6 \pm 5,1$  років – в контрольній групі ( $p > 0,05$ ).

До настання даної вагітності тривалість безплідності у жінок основної групи склала від 1,5

до 9 років, в середньому  $5,6 \pm 1,4$  року, причому первинна безплідність спостерігалась у 57,8% випадків.

Серед скарг у більшості обстежених жінок зустрічались тривожність, зниження настрою, порушення сну, плаксивість, помисливість, зниження життєвого тону, що характерно для стану психологічної дезадаптації.

При психоемоційних порушеннях та плацентарній дисфункції призначали кардонат (СПЕРКО, Україна) – комбінований препарат, дія якого обумовлена синергічними ефектами компонентів, які входять до його складу (L – карнітин, лізин, коензим вітаміну  $B_1, B_6, B_{12}$ ). Кардонат призначали по 1 капсулі 2-3 рази на добу 3-6 тижнів.

Комплекс медикаментозних методів в I триместрі вагітності із заспокійливих препаратів включав препарат Магвіт В6, який знижує тонус матки за рахунок пригнічуючої дії на кальцієві канали, знижує збудливість нейронів та пригнічує нервово-м'язову провідність. Завдяки заспокійливому ефекту здійснювався одночасно пригнічуючий вплив на центральний механізм спастичної реакції матки, крім того, попереджався розвиток гестозу та плацентарної дисфункції. Курс лікування складав 15 днів в I, II та III триместрах вагітності.

При психоемоційному напруженні, підвищеному роздратуванні, депресивних станах, для нормалізації сну призначався препарат гліцисед. До складу гліциседу (КМП, Україна) входить гліцин (амінооцтова кислота) – нейромедіатор гальмівного типу дії, що є регулятором метаболічних процесів в ЦНС, знижує психоемоційну напругу, відновлює розумову працездатність, виявляє нейропротекторну, антистресову, седативну дію, покращує метаболічні процеси у тканинах мозку, нормалізує сон. Застосовували гліцисед сублінгвально, протягом 15-30 днів.

Після лікування майже 90% обстежених жінок основної групи не мали скарг на тривожність, зниження настрою, порушення сну, плаксивість, помисливість, зниження життєвого тону, які характерні для стану психологічної дезадаптації (табл. 1).

Після проведеного лікування стан жінок покращився, їх показники наближались до даних групи порівняння (табл. 2). Знижені показники психоемоційного стану виявлені у 5,4% жінок основної групи.

Оцінка психічного стану обстежених жінок за методикою САН свідчить про нормалізацію показників в процесі лікування (рис. 1).

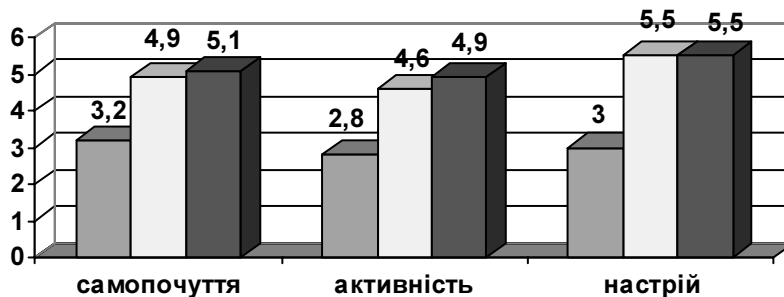
У 49,3% вагітних жінок, які лікувались з приводу безплідності, виявлено значні порушення психоемоційного стану, які характеризувались як афективне ставлення до вагітності з акцентуацією рис особистості, які наближаються до

**Таблиця 1.** Психологічні особливості обстежених вагітних після лікування, абс.ч., %

Скарги	Психологічна особливість	Група обстежених					
		основна (n=70)				контрольна (n=20)	
		до лікування		після лікування			
		абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Психологічні скарги	тривожність	60	85,6	10	11,1	2	10,0
	порушення сну	49	70,0	8	8,9	4	20,0
	зниження настрою	45	64,4	9	10,0	6	30,0
	плаксивість	42	60,0	4	4,4	5	25,0
	помисливість	46	65,6	1	1,1	3	15,0
	зниження життєвого тону	35	50,0	-	-	1	5,0
	психосексуальні розлади	33	46,6	1	1,1	1	5,0
	подразливість	28	40,0	2	2,2	4	20,0
	зниження апетиту	13	18,9	-	-	2	10,0
Рівень тривожності	підвищений	55	78,9	1	1,1	2	10,0
	нормальний	4	5,7	79	98,9	12	60,0
	знижений	11	15,6	1	1,1	4	20,0
Рівень депресії	підвищений	40	56,7	3	3,3	1	5,0
	відсутній	26	37,8	78	97,8	14	70,0

**Таблиця 2.** Психоемоційна характеристика обстежених вагітних в процесі лікування, %

- б(тг)уоГр/ (тгн)	ЦигоктінГруі пвпІЛн		СотГолтінГруі пвпІЛн
	мон(б)ркіттш	ублпш(б)ркіттш	
5 Фю)ФН	Глпн	аан	Он
4 (Г(мГ)ФН	аГпн	лпн	аЛн
± ФГ)ФН	лгпн	, пн	2*пн



■ основна група до лікування    □ основна група після лікування  
 ■ група порівняння

**Рис. 1.** Оцінка психічного стану обстежених пацієнток за методикою САН.

психопатичного типу. У 36,2% обстежених основної групи виявлені низькі рівні порушень, що відповідає формуванню невротичного синдрому неповноцінного материнства з порушенням соціальних контактів з тенденцією до обмеженої поведінки. Оцінка психічного стану обстежених пацієнток за методикою САН свідчить про зниження сумарного рівня показників у 47 (51,1%) жінок основної групи відносно контрольної, що відповідає несприятливим показникам стану.

**ВИСНОВКИ.** Наші дані свідчать про зрив механізмів психологічного захисту, як прояв дезадаптації,

у вагітних з безплідністю в анамнезі, що призводить до підвищення частоти ранніх токсикозів та гестозів, передчасного переривання вагітності, аномалій пологової діяльності. Якість психологічної адаптації залежить від особистих особливостей жінки, мотивації народження дитини, стійкості до стресів та своєчасної корекції виявлених змін.

Зважаючи на психологічну дезадаптацію більшості обстежених пацієнток необхідно застосовувати диференційований підхід до методів корекції психоемоційних порушень у вагітних з безплідністю в анамнезі, для профілактики та корекції патологічних змін в системі мати-плацента-плід.

**ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.**

Прегравідарна підготовка жінок з безплідністю повинна включати корекцію психоемоційного

стану. В перспективі планується вивчення якості життя у жінок з безплідністю.

**Література**

1. Пехню Н.В. Уровень стресса при беременности, осложнившейся репродуктивными потерями / Пехню Н.В. // Репрод.здор. женщины. – 2008. – № 4 (38). – С.140-142.
2. Могілевкіна І.О. Короточасні та довгострокові ефекти відповіді на стрес. Можливості оцінки стресу під час вагітності / Могілевкіна І.О., Карасьова О.В. / Репрод.здор. женщины. – 2007. – № 1. – С.64-72.
3. Бойко В.В. Потребность в детях // Под ред. Райгородского Д.Я. – В.: Психология и психоанализ беременности. – Самара, 2003. – 312 с.
4. Marks M. N. Aims, measures, study sites and participant samples of the Transcultural Study of Postnatal Depression / Marks M. N., Asten P., Oates M. R. // The British Journal of Psychiatry. – 2004. – № 184. – P. 3-9.
5. Мілевський О.В. Психологічні особливості та емоційний стан вагітних жінок з безплідністю в анамнезі //Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2009. – №2. С. – 119–121.
6. Homocysteine and folate levels as risk for recurrent early pregnancy loss / Nelen L., Blom H.J., Steegers E.F. [et al.] // Obstet. Gynecol. – 2000. – Apr.95(4). – P.519-524.
7. Hughes P. Psychological impact of stillbirth on fathers in the subsequent pregnancy and puerperium / Hughes P., Turton P., Badenhorst W. // The British Journal of Psychiatry. – 2006. – № 188. – P.165–172.
8. Филиппова Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие / Филиппова Г.Г. – М., 2002. – 240 с.
9. McQueeney D.A. Efficacy of emotion-focused and problem-focused group therapies for women with fertility problems / McQueeney D.A., Stanton A.L., Sigmon S. // J. Behav. Med. – 1997 Aug. – Vol. 20(4). – P. 313–331.
10. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Healthy Beginnings: Guidelines for Care During Pregnancy and Childbirth // Policy Statement, December. – 1998. – P.71.
11. Практическая психология в тестах, или как научиться принимать себя и других / Под ред. Римской Р., Римского С. – М.: АСТ-ПРЕСС КНИГА, 2003. – 400 с.
12. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Райгородский Д.Я.-Самара: Издательский дом "Бахрах-М". – 2002. – 672 с.

УДК 618.17-009.8-02-618.36-002

**И.Б. Венцовская, В.В. Белая, Е.Ф. Майданник, О.Ю. Костенко, Ю.А. Никитина**  
**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ HELLP-СИНДРОМА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ**

*Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г.Киев*

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ HELLP-СИНДРОМУ В АКУШЕРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ. Представлено клінічний опис двох випадків HELLP-синдрому, що виникли під час вагітності та після пологів, з благополучним наслідком випадків у породіль та плодів. Розглядалися питання: варіанти клінічного перебігу, діагностики, лікування.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ HELLP-СИНДРОМА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ. Представлено клиническое описание двух случаев HELLP-синдрома, возникших во время беременности и в послеродовом периоде, с благоприятным исходом случаев для родильниц и плодов. Рассматривались вопросы: варианты клинического течения, диагностики, лечения.

PECULIARITIES OF PROGRESS OF HELLP-SUNDROME IN TOCOLOGY PRACTICE. Two clinical incidents of HELLP-syndrome during pregnancy and after labour was described in this article. Questions of clinical duration variants, diagnosis and treatment was considered.

**Ключові слова:** HELLP-синдром, клініка, діагностика, лікування.

**Ключевые слова:** HELLP-синдром, клиника, диагностика, лечение.

**Key words:** HELLP – syndrome, clinic, diagnostics, treatment.

**ВВЕДЕНИЕ.** В отечественной литературе почти нет сведений о HELLP-синдроме, тогда как в зарубежной эта акушерская патология отме-

чается всё чаще [3]. При тяжёлой преэклампсии HELLP-синдром встречается в 4-12% случаев и характеризуется высокой материнской (до