

Т.В. Авраменко, О.А. Шевченко

Особливості психоемоційного стану у вагітних при вродженій патології центральної нервової системи плода

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ, Україна

PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA.2016.1(65):42-45;doi 10.15574/PP.2016.65.42

Мета — дослідити психоемоційний стан вагітних при вродженій патології центральної нервової системи у плода.

Пацієнти та методи. Для визначення рівня депресії, зумовленої неврівноваженістю нервових процесів, при дослідженні 45 вагітних жінок використано опитувальник Т.І. Балашової — 20 висловлювань, що відображають психічні стани особистості.

Результати. Виявлено випадки розвитку істинного депресивного стану у 4 вагітних. Встановлено необхідність обов'язкового проведення своєчасного скринінгового ультразвукового дослідження під час вагітності. У разі нечіткої візуалізації та підозри на будь-яку аномалію розвитку (зокрема, центральної нервової системи) у плода за результатами ультразвукового дослідження слід спрямувати вагітну на проведення магнітно-резонансної томографії малого тазу для своєчасного уточнення діагнозу.

Висновки. Комплексне застосування методів ультразвукового дослідження і магнітно-резонансної томографії значно поліпшує якість пренатальної діагностики, дає змогу своєчасно коригувати акушерську тактику, зменшити перинатальну і малюкову смертність, скоротити кількість інвалідів із дитинства через вроджену, але не вчасно діагностовану патологію.

Ключові слова: психоемоційний стан, вагітність, вроджені вади, центральна нервова система.

Вступ

Психоемоційний стан вагітних жінок є унікальним. Він значно відрізняється від звичайного стану жінки. Вагітна набагато гостріше реагує на навколишній світ і є дуже чутливою. У деяких випадках настання вагітності є несподіваною подією і не завжди бажаною, тому прийняття рішення про пролонгацію вагітності може супроводжуватися збільшенням тривоги і занепокоєння, яке збільшується в разі відхилення перебігу вагітності від фізіологічного та при діагностиці вроджених аномалій у плода. При встановленні під час вагітності вродженої вади розвитку (ВВР) центральної нервової системи (ЦНС) у плода спостерігається значний стресовий вплив на організм вагітної жінки зі зміною її психоемоційного стану. Психоемоційний стан жінки відображає психічні, вегетативні і гормональні реакції вагітних в умовах стресу і чинить значний вплив на виношування вагітності і подальше родорозрішення [1, 3, 4, 5]. Тому дослідження психоемоційного стану вагітних впливає на частоту післяпологових порушень психічного здоров'я і зниження перинатальних втрат. Використання відповідних психологічних шкал і опитувальників (особливо на фоні впливу стресу під час вагітності та діагностики вродженої патології у плода) дає змогу оцінити психоемоційний стан вагітної з необхідністю відповідної психологічної корекції.

Мета роботи — дослідити психоемоційний стан вагітних при ВВР ЦНС у плода.

Матеріали та методи дослідження

Для визначення рівня депресії (РД), зумовленої неврівноваженістю нервових процесів, при дослідженні 45 вагітних жінок використано опитувальник Т.І. Балашової — 20 висловлювань, які відображають психічні стани особистості [2]. Вибір даної методики обумовлений наявністю простих і водночас інформативних для оцінки характеру психічної адаптації вагітних висловлювань. Нижче наведено перелік даних висловлювань із подальшим аналізом і інтерпретацією результатів тестування.

	A	B	C	D
1. Я відчуваю	1	2	3	4
2. Вранці починаюся найкраще	1	2	3	4
3. У мене бувають періоди плачу чи близькості до сліз	1	2	3	4
4. У мене поганий нічний сон	1	2	3	4
5. Апетит у мене не гірший за звичайний	1	2	3	4
6. Мені приємно розмовляти з людьми, перебувати поруч	1	2	3	4
7. Я помічаю, що втрачаю вагу	1	2	3	4
8. Мене турбують закрепи	1	2	3	4
9. Серце б'ється швидше, ніж зазвичай	1	2	3	4
10. Я стомлююся без усяких причин	1	2	3	4
11. Я мислю так само ясно, як завжди	1	2	3	4
12. Мені легко робити те, що я вмію	1	2	3	4
13. Відчуваю неспокій і не можу всидіти на місці	1	2	3	4
14. У мене є надії на майбутнє	1	2	3	4
15. Я більш дратівлива, ніж зазвичай	1	2	3	4
16. Мені легко приймати рішення	1	2	3	4
17. Я відчуваю, що корисна і необхідна	1	2	3	4
18. Я живу досить повним життям	1	2	3	4
19. Очікування тривожить і нервує	1	2	3	4
20. Мене досі тишить те, що радувало завжди	1	2	3	4

Примітки. Після прочитання висловлювання потрібно закреслити відповідну цифру праворуч залежно від того, як Ви почуваетесь останнім часом. Над питаннями не слід довго замислюватися. Інтерпретація індексів, позначених буквами А, В, С, D:

А — ніколи або зрідка; В — іноді; С — часто; D — майже завжди або постійно.

Рівень депресії визначається за формулою: $RД = \Sigma пр. + \Sigma звор.$, де $\Sigma пр.$ — сума закреслених цифр до «прямих» висловлювань; $\Sigma звор.$ — сума закреслених цифр за правилами зворотного перекладу до «зворотних» висловлювань.

Прямі висловлювання — 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19.

Зворотні висловлювання — 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

Правила зворотного перекладу: А В С D = 4 3 2 1.

Наприклад, у висловлюванні 2 закреслена цифра 1 — ставимо в суму 4 бали; у висловлюванні 5 закреслена цифра 2 — ставимо в суму 3 бали і т.д. При проведенні аналізу даних тестування мінімальна сума балів становить 20, максимальна — 80.

Таблиця 1

Розподіл вроджених аномалій центральної нервової системи плода у вагітних за структурою (n=45)

Вроджена аномалія центральної нервової системи плода	Кількість жінок із даною патологією в плода	
	абс.	%
Spina bifida	10	22,2
Мальформація Арнольда–Кіарі 1-го типу	1	2,25
Мальформація Арнольда–Кіарі 2-го типу	8	17,8
Мальформація Денді–Уокера	9	20
Аномалія мозолистого тіла (агенезія, гіпогенезія)	6	13,4
Гідроцефалія	3	6,7
Множинні вади розвитку ЦНС	5	11
Арахноїдальна кіста головного мозку	1	2,25
Аневризма вени Галена	2	4,4
Усього	45	100

Таблиця 2

Показники психічного стану (рівень депресії) в обстежених вагітних (n=45)

Рівень депресії	Перед родорозрешенням, (абс. / %)	Після родорозрешення або переривання вагітності, (абс. / %)
Стан без депресії	8 / 17,8	11 / 24,5
Легка депресія	18 / 40	25 / 55,5
Субдепресивний стан	15 / 33,3	9 / 20
Справжній депресивний стан	4 / 8,9	–

Якщо РД становить ≤ 50 балів, то діагностується стан без депресії; 51–58 балів – РД легкого ступеня; 60–69 балів – субдепресивний стан, або маскована депресія; ≥ 70 балів – справжній депресивний стан [2]. Слід зазначити, що в даному опитувальнику пряме висловлювання № 7 («Я помічаю, що втрачаю вагу») для вагітних не нехарактерне, оскільки в них переважно спостерігається зворотна картина – збільшення ваги.

У наведеній групі з 45 вагітних 21 жінка була з м. Київ та Київської області, 3 – із м. Хмельницький та Хмельницької області, 2 – з м. Вінниця, 1 – з м. Одеса; 1 – з м. Чернігова, 1 – з м. Рівного, 4 – з Тернопільської області, 2 – з Волинської області, 2 – з Кіровоградської області, 2 – з Миколаївської області, 1 – з Черкаської області, 1 – з Житомирської області, 1 – із Закарпатської області, 1 – з Дніпропетровської області, 2 – з Криму.

Вік жінок коливався у межах від 17 до 43 років (середній вік – $27 \pm 0,86$ року).

Серед досліджуваних жінок 24 були вагітними вперше, 9 – вдруге, 5 – утретє, 4 – у четверте, по 1 жінці – відповідно в'яте, вшосте і всьоме.

Розподіл діагностованої ВВР ЦНС плода за структурою наведено в таблиці 1.

Результати дослідження та їх обговорення

У таблиці 2 наведено показники психічного стану (РД) в обстежених вагітних.

За результатами досліджень, перед родорозрешенням тільки у 8 (17,8%) вагітних їхній стан розцінювався як «стан без депресії», у 18 (40%) – «легка депресія», у 15 (33,3%) – «субдепресивний стан», у 4 (8,9%) – «справжній депресивний стан». Із чотирьох випадків в одному діагностувалася аневризма вени Галена, у двох – мальформація Денді–Уокера, у четвертому випадку в жінки була складна ВВР ЦНС у плода: голопрозенцефалія, агенезія мозолистого тіла і гіпоплазія хробака мозочка. У першому випадку жінка віком 34 роки дізналася про наявність вродженої аномалії тільки наприкінці вагітності, яка перебігала без особливостей і загроз переривання. Дізнавшись про діагноз, жінка мала почуття провини, тривоги, пригніченості, незахищеності та емоційної нестійкості. Діагноз був встановлений на 40-му тижні вагітності при надходженні до акушерської клініки Інсти-

туту. При ультразвуковому дослідженні (УЗД) малого тазу в області вени Галена візуалізувалося аневризматичне розширення розміром 16x32 мм, при виконанні кольорового доплерівського картування – турбулентний кровотік венозного типу. З метою отримання інформації в більш повному обсязі з деталізацією характеру ураження, вагітній виконувалася магнітно-резонансна томографія (МРТ) малого тазу. Родорозрешення проводилося шляхом операції кесаревого розтину. Маса дитини при народженні становила 3600 г, довжина тіла – 50 см, оцінка за шкалою Апгар – 7 балів. Після народження не відзначалися ознаки лікворо-динамічних порушень і серцевої недостатності (що часто супроводжує аневризму вени Галена), рекомендувалося оперативне лікування аневризми вени Галена – в плановому порядку. У 3,5 міс. була виконана операція – ендovasкулярна оклюзія аферентів мальформації. Перебіг післяопераційного періоду проходив без особливостей. У теперішній час стан дитини задовільний. Розвивається відповідно до віку.

У другому випадку «істинного депресивного стану» у 31-річної жінки з мальформацією Денді–Уокера у плода вагітність перебігала на фоні ожиріння, цукрового діабету 1-го типу, тяжкої форми, субкомпенсованого стану, пре-еклампсії тяжкого ступеня, хронічного аутоімунного тиреоїдиту, еутиреозу. Дана вагітність була другою (перша – перервана за медичними показаннями), а на третьому місяці вагітності в жінки помер чоловік, що значно вплинуло на її психоемоційний стан. При УЗД у 18 і 24 тижні дана патологія не виявлялася, у 27 тижнів вагітності під час УЗД мала місце нечітка візуалізація хробака мозочка, встановлений діагноз мальформації Денді–Уокера. Жінці рекомендувалося уточнююча МРТ малого тазу, але була не виконана через неспроможність жінки вміститись у апарат. Родорозрешення проводилося шляхом операції кесаревого розтину під спинальною анестезією. Маса дитини при народженні становила 3400 г, довжина тіла – 52 см, оцінка за шкалою Апгар – 5 балів. Після народження дитина була переведена для подальшого лікування у відділення реанімації новонароджених.

У третьому випадку «істинного депресивного стану» в жінки віком 32 роки також діагностувалася мальформація Денді–Уокера в плода. Дана вагітність була шостою з обтяженим акушерсько-гінекологічним анамнезом і

лейоміомою матки. В анамнезі: перша вагітність — перервана за медичними показаннями (патологія шлунково-кишкового тракту в плоді), друга вагітність — пологи, третя вагітність — медичний аборт, четверта вагітність — позаматкова, п'ята вагітність — завмерла у 8 тижнів. Спадковий анамнез обтяжений: у тітки вагітної був синдром Дауна. Вказана шоста вагітність настала в результаті медикаментозної стимуляції. Вада Денді—Уокера була встановлена на 20–21-му тижні вагітності. Для уточнення ураження структур мозку плода була виконана МРТ плода з підтвердженням даного діагнозу. Вагітність була перервана.

У четвертому випадку «істинного депресивного стану» у 28-річної жінки перші скринінгові УЗД були неінформативними, друге УЗД не проводилось, а діагноз встановлений у III триместрі і підтверджений у 35 тижнів вагітності при надходженні до Інституту. В цьому випадку вагітності була третьою (перша і друга вагітності — екстракорпоральне запліднення, що закінчилось викиднями на 2 і 3-му тижнях відповідно). Спостерігалось ожиріння 2-го ступеня. Голопрозенцефалія поєднувалася з агенезією мозолистого тіла і гіпоплазією хробака мозочка.

Родорозрішення проводилося шляхом операції кесаревого розтину на 41-му тижні вагітності. Маса дитини при народженні становила 4030 г, довжина — 54 см, оцінка за шкалою Апгар — 3–4 бали. Після народження і проходження лікування в реанімаційному відділенні та у відділенні молодшого дитинства дитина була виписана під нагляд невролога і педіатра за місцем проживання.

Ці випадки вказують на необхідність обов'язкового проведення своєчасного скринінгового УЗД під час вагітності. У разі нечіткої візуалізації та підозри на будь-яку аномалію розвитку (зокрема, ЦНС) у плода за результатами УЗД, слід спрямувати вагітну на МРТ малого тазу для своєчасного уточнення діагнозу. Комплексне застосування методів УЗД і МРТ значно поліпшує якість пренатальної діагностики і дає змогу своєчасно коригувати акушерську тактику, та зменшити перинатальну і малюкову смертність, скоротити кількість інвалідів із дитинства через вроджену, але не вчасно діагностовану патологію.

Після родорозрішення «стан без депресії» і «легка депресія» відзначалися у 36 жінок (80%), «субдепресивний стан» — у 9 (20%). Ці результати відображають необхідність психологічної підтримки вагітних перед пологами і проведення психологічної допомоги в подібних ситуаціях. Приєднання психопатологічних ознак при вагітності не сприяє психічній та вегетативній адаптації і знижує адаптаційні можливості організму жінки перед майбутнім родорозрішенням. Також слід зазначити, що вивчення психологічного стану вагітних впливає на

частоту післяпологових порушень психічного здоров'я і зниження перинатальних втрат.

Висновки

Отримані результати вказують на необхідність психологічної підтримки вагітних перед пологами і проведення психологічної допомоги в подібних ситуаціях. Це пов'язано з тим, що жоден із психотропних медикаментозних засобів не можна вважати повністю безпечним, тому психологічна корекція має бути найбільш прийнятним варіантом лікування психоневрологічних розладів у вагітних. Приєднання психопатологічних ознак під час вагітності не сприяє психічній і вегетативній адаптації та знижує адаптаційні можливості організму жінки перед майбутнім родорозрішенням. Також слід зазначити, що вивчення психологічного стану вагітних впливає на частоту післяпологових порушень психічного здоров'я і зниження перинатальних втрат. Дотримання принципів своєчасної діагностики психоневрологічних порушень у вагітних на фоні впливу стресових факторів (зокрема, у разі діагностики патології ЦНС у плода) є необхідним компонентом для визначення тактики ведення вагітності, родорозрішення і проведення своєчасної психологічної корекції. При виявленні психологічного стресу під час вагітності (особливо на фоні вродженої патології у плода) слід проводити поглиблену діагностику стану фето-плацентарного комплексу. Тому для комплексної оцінки біологічної готовності жінки до пологів потрібно проводити допологову госпіталізацію жінок із психоемоційним стресом у терміні доношеної вагітності до пологового відділення акушерського стаціонару. З метою надання психодіагностичної та коригуючої допомоги вагітним жінкам при психоемоційному стресі та розвитку депресії та членам їхніх родин, особливо на фоні ВВР ЦНС і супутніх аномалій розвитку в плоді, у штатному розкладі всіх жіночих консультацій, перинатальних центрів і пологових відділень має бути медичний психолог. Показання для призначення консультації медичного психолога такі: виявлення в жінки депресії будь-якого рівня для запобігання і подальшого прогресування та коректне ставлення медперсоналу до жінки. Для вирішення проблеми психологічного стресу та депресивних реакцій (особливо в жінок із вродженими аномаліями плода та новонародженого) слід створити державну програму з реабілітації таких жінок після пологів, розробити профілактичні та психотерапевтичні програми для пацієнток із перинатальним стресом, проводити психологічний скринінг вагітних і породіль для своєчасної психотерапевтичної корекції та навчання методом психотерапії лікарів-акушерів-гінекологів і акушерок.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство / В.В. Абрамченко. — Санкт-Петербург: СОТИС, 2001. — 320 с.
2. Батаршев А.В. Психология индивидуальных различий: От темперамента — к характеру и типологии личности / А.В. Батаршев. — Москва: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2001. — 256 с.
3. Беверли Ч. Беременность и материнство / Ч. Беверли. — Санкт-Петербург, 1997. — 123 с.
4. Пэрну Л. Я жду ребенка / Л. Пэрну. — Москва: Медицина, 1989. — 288 с.
5. Филиппова Психология материнства / Г.Г. Филиппова. — Москва: Изд. Института психотерапии, 2002. — 240 с.

Особенности психоэмоционального состояния у беременных при врожденной патологии центральной нервной системы плода

Т.В. Авраменко, А.А. Шевченко

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев, Украина

Цель — исследовать психоэмоциональное состояние беременных при врожденной патологии центральной нервной системы у плода.

Пациенты и методы. Для определения уровня депрессии, обусловленной неуравновешенностью нервных процессов, при исследовании 45 беременных женщин использован опросник Т.И. Балашовой — 20 высказываний, которые отображают психические состояния личности.

Результаты. Выявлены случаи развития истинного депрессивного состояния у 4 беременных. Установлена необходимость обязательного проведения своевременного скринингового ультразвукового исследования во время беременности. В случае нечеткой визуализации и подозрения на любую аномалию развития (в частности, центральной нервной системы) у плода по результатам ультразвукового исследования, следует направить беременную на проведение магнитно-резонансной томографии малого таза для своевременного уточнения диагноза.

Выводы. Комплексное использование методов ультразвукового исследования и магнитно-резонансной томографии значительно улучшает качество пренатальной диагностики, позволяет своевременно корректировать акушерскую тактику, уменьшить перинатальную и младенческую смертность, сократить количество инвалидов с детства из-за врожденной, но не временно диагностированной патологии.

Ключевые слова: психоэмоциональное состояние, беременность, врожденные пороки, центральная нервная система.

Features of psycho-emotional state of pregnant women with congenital disorders of the central nervous system of the fetus

T.V. Avramenko, A.A. Shevchenko

SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology NAMS of Ukraine», Kiev, Ukraine

Objective- to explore the psycho-emotional state of pregnant women with congenital disorders of the central nervous system of the fetus.

Patients and methods. A total of 45 pregnant women were under observation. For the aim of determination of the level of depression caused by imbalance of nerve processes was used T.I. Balashova questionnaire with 20 statements, which reflect the mental state of the person.

Results. The cases of true depressive state in 4 pregnant women are revealed. The necessity of timely mandatory screening ultrasound examination during the pregnancy is found. In the case of obscure visualization and suspected of any anomaly (including the central nervous system) in the fetus for the results of the ultrasound, pregnant should be sent to carry out magnetic resonance imaging of pelvic for clarifying of timely diagnosis.

Conclusions. The complex use of methods of ultrasound and magnetic resonance imaging significantly improves the quality of prenatal diagnostics, allows timely correct obstetric tactics, to reduce perinatal and infant mortality, reduce the number of disabled children due to congenital, but not temporarily diagnosed pathology.

Key words: psycho-emotional state, pregnancy, birth defects, central nervous system.

Сведения об авторах:

Авраменко Татьяна Васильевна — д.мед.н, проф., зав. отделением метаболических нарушений и патологии плода ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды, 8.

Шевченко Александр Анатольевич — канд.мед.н., ст. н. сотр. отделения психоневрологии для детей с перинатальной патологией и орфанными заболеваниями ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии АМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. Майбороды, 8, тел. (044) 483-62-24.

Статья поступила в редакцию 11.02.2016 г.