



УДК 618.396-06:616.89-008.19

## ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ У ЖІНОК ПРИ «СИНДРОМІ РАННІХ ВТРАТ» ВАГІТНОСТЕЙ В АНАМНЕЗІ, АСОЦІЙОВАНОГО З ДИСБІОЗОМ ПІХВИ

*Федишин Т.В., Маляр В.А.*

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород*

### Вступ

На сьогодні доведено, що потенційно небезпечним є виникнення конкурентної (стресової) домінанти до змін в особистісній, сімейній і соціальній сферах, здатної істотно порушувати формування основної (гестаційної) домінанти [1, 3, 10]. Емоційний стан людини може залежати і від несбалансованості мікробіоценозу (біотипів), які є інтегральною частиною організму [7]. Тривала стрес-реакція на негативні біопсихогенні дії у вагітної жінки спричинює не тільки порушення адаптації, але й впливає на її нервово-психічний стан [2, 5, 11]. Саме тому, зміна автохтомної облигативної мікрофлори може спричинити порушення адаптаційних можливостей вагітної жінки і суттєво впливати на формування гестаційної домінанти.

Незважаючи на чисельні й багатопланові наукові дослідження, до теперішнього часу відсутній єдиний методологічний підхід до оцінки гестаційної домінанти, яка змінює поведінковий стереотип, характер міжособистісних, внутрішньосімейних відносин, особливо у жінок з ранніми втратами вагітностей в анамнезі, асоційованих з дисбіозами.

### Мета дослідження

Дослідити психоемоційний стан у жінок з ранніми втратами вагітностей в анамнезі, асоційованими з дисбіозом піхви.

### Матеріали і методи

Відповідно до мети під спостереженням з ранніх термінів вагітності (6-8 тижнів) перебувало 100 жінок, у яких на основі мікробіологічного дослідження був верифікований діагноз дисбіоз піхви.

Із них були виділені дві репрезентативні групи: 50 вагітних із самовільними викиднями (I група) і 50 осіб зі звиклим невиношуванням (II група). Контрольну групу склали 50 соматично здорових вагітних жінок в аналогічні терміни гестації.

Вивчення біоценозу статевого тракту включало визначення видового та кількісного складу мікрофлори, яке здійснювалося відповідно до наказу № 676 МОЗ України від 27.12.2006 р. № 906 [9].

Оцінка емоційного стану вагітних проводилась з використанням «шкали тривожності» Спільберга-Ханина, яка дозволяє виміряти рівень реактивної тривожності (РТ) в даний момент та визначити особистісну тривожність (ОТ), яка характеризує особисто типологічну характеристику людини. Значення шкали в діапазоні від 20 до 30 балів свідчило про низький, від 31 до 45 балів – помірний, 46 балів і вище про високий рівень реактивності (РТ) і особистої тривоги (ОТ) [4, 6]. Профіль депресії оцінювався за тестом Бека в балах: 11-19 балів – початковий, 20-25 балів – легкий, 26-30 балів – помірно виражений ступінь депресії [8].

Аналіз одержаних даних результатів проводився в напрямку співставлення психологічних показників в трьох групах досліджуваних вагітних.

### Результати досліджень

У ході дослідження психоемоційного стану у вагітних в періоді гестації з дисбіозом статевих шляхів на тлі ранніх втрат вагітностей в анамнезі встановлено, що хронічні тривалі стреси сприяють як посиленню депресії, так і розвитку психологічної дезадаптації (табл. 1).

Таблиця 1

Оцінка ступеня психологічної дезадаптації у вагітних жінок досліджуваних груп (М±м)

Групи обстежених жінок	Тест Бека	Рівень тривожності (РТ)	Ситуативна тривожність (СТ)	Особистісна тривожність (ОТ)
I група	20,2±2,4x	51,3±4,1x	48,3±2,5x	52,1±5,3x
II група	21,2±1,8x	54,0±4,6x	50,2±3,1x	58,3±4,8x
Контрольна група	6,7±1,8	20,2±1,8	20,8±2,5	25,2±3,1
За критерієм Стьюдента	p < 0,05			

Примітка: \*p – достовірність різниці I і II груп відносно групи контролю.

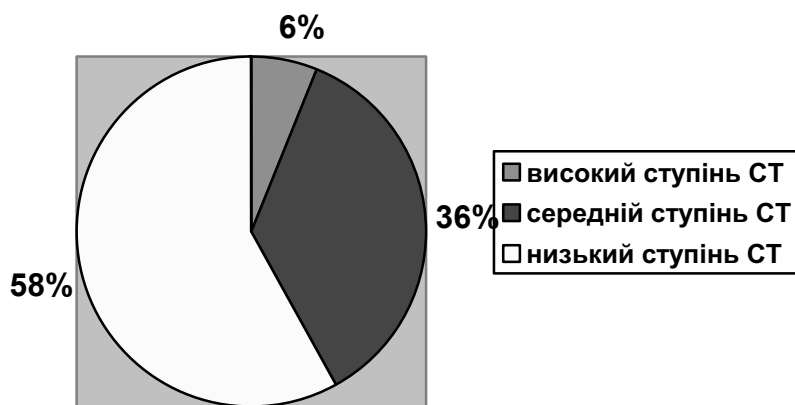
Згідно з даними таблиці 1, середній показник тесту Бека в жінок I групи склав (20,2±2,4) бала, у II групі – (21,2±1,8) бала, що свідчить про помірний рівень депресії в обох групах пацієнток, і відповідно у 3 рази вирізняється від показника групи контролю (6,7±1,8) бала (p < 0,05).

Встановлено, що профіль депресії за тестом Бека у вигляді початкових симптомів (11–19 балів) траплявся у 11 осіб (20,0%) I групи, у 12 жінок (24,0%) II групи і в 4 пацієнток (8,0%) групи контролю. Легкий ступінь депресії (20–25 балів) виявлено у 24 вагітних (48,0%) I групи і у 26 (50,0%) – II групи. Помірно виражена депресія (26–30 балів) спостерігалася у 7 (14,0%) вагітних I групи і у 9 (8,0%) – другої групи. У групі контролю депресію легкого і помірно вираженого ступеня не виявлено.

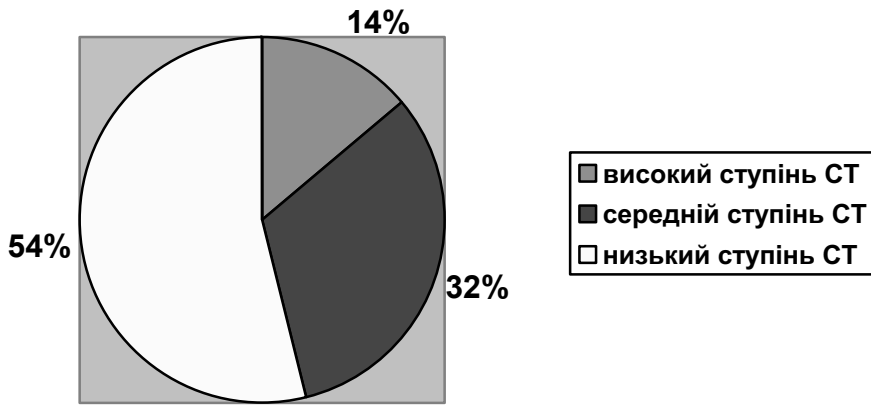
Порівняльний аналіз ступеня психологічної дезадаптації (за тестом Спілбергера-Ханина) виявив високий рівень тривожності

(РТ) за середнім показником як у жінок із дисбіозом і мимовільними викиднями в анамнезі (51,3±4,1) бала, так і в групі з дисбіозом і звиклим невиношуванням в анамнезі (54,1±4,6) бала, що достовірно вирізняється від показника контролю (20,2±1,8) бала (p < 0,05). Крім того, в обох групах встановлено достовірне підвищення ситуативної тривожності (СТ) до (48,3±2,5) бала в I групі і до (50,2±3,1) бала у II групі спостереження, у контролі даний показник склав (20,8±2,5) бала відповідно (p < 0,05). Особиста тривожність (ОТ) у вагітних жінок I групи склала (52,1±5,3) бала, II групи – (54,3±4,8) бала проти (25,2±3,1) бала у контрольній групі (p < 0,05). Достовірної різниці між показниками ситуативної і особистісної тривожності в обох групах не виявлено (p > 0,05).

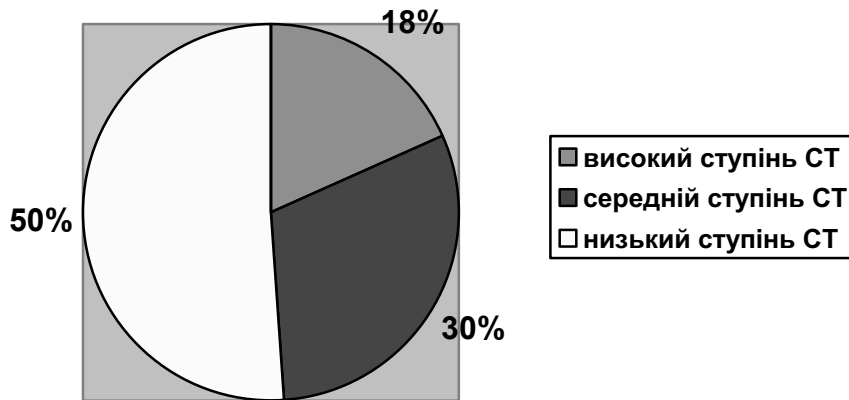
Отримані дані рівнів середніх показників ситуативної і особистісної тривожності досліджуваних груп зображено на рисунках 1, 2.



а) контрольна група

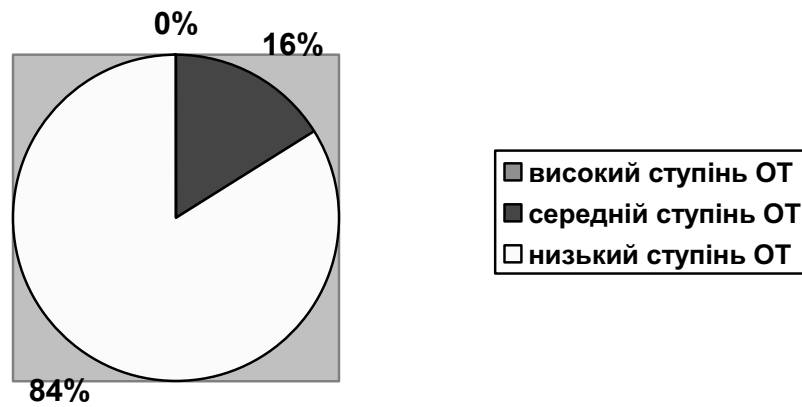


б) група жінок із дисбіозом і мимовільним викиднем у динаміці

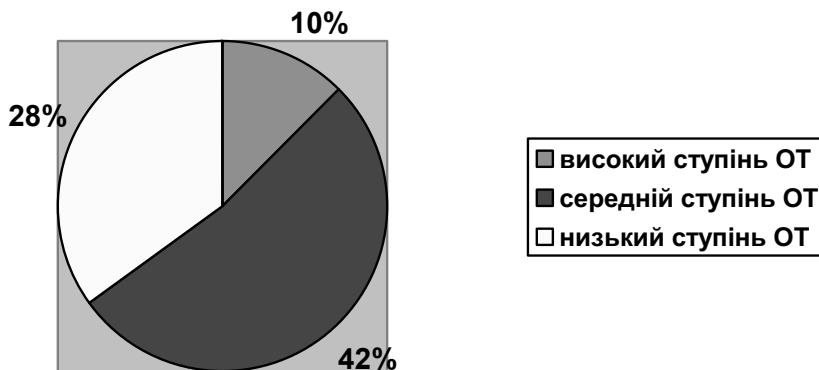


в) група жінок із дисбіозом і звиклим невиношуванням в анамнезі

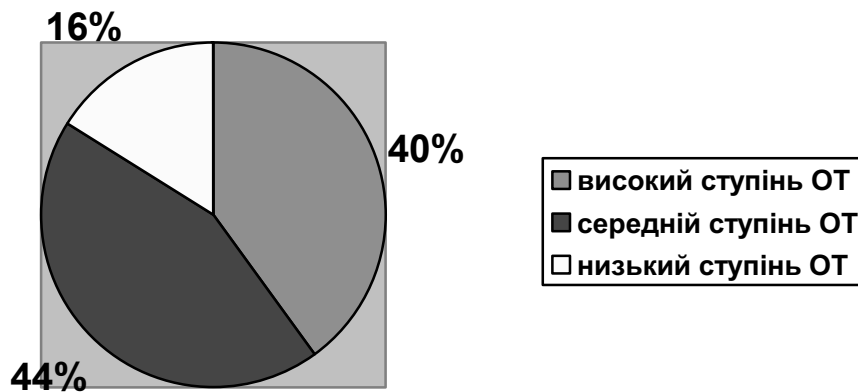
Рис. 1. Частка рівнів середніх показників ситуативної тривожності у досліджуваних групах  
Примітка: \*p – різниця достовірна відносно показників контролю, p < 0,05.



а) контрольна група



б) група жінок із дисбіозом і мимовільним викиднем у динаміці



в) група жінок із дисбіозом і звиклим невиношуванням в анамнезі

Рис. 2. Частка рівнів середніх показників особистої тривожності у досліджуваних групах  
Примітка: \* $p$  – різниця достовірна відносно показників контролю,  $p < 0,05$ .

Вищенаведені дані свідчать про високий рівень психоемоційного напруження у пацієнток із дисбіозом статевих шляхів на тлі ранніх втрат вагітностей в анамнезі. Високий рівень показників депресії, ситуативної і особистісної тривожності свідчить про хронічний психоемоційний стрес, який у період вагітності посилюється і може сприяти гормональному дисбалансу та порушенню імуні-адаптаційних процесів в організмі вагітної в період гестації.

#### Висновки

Високий рівень депресії, показників ситуативної і особистісної тривожності свід-

чить про хронічний психоемоційний стрес, який у період вагітності посилюється і може сприяти гормональному дисбалансу як в організмі вагітної, так у фетоплацентарному комплексі та вести до порушення імуні-адаптаційних можливостей організму вагітної в період гестації.

Високий рівень психоемоційного напруження у пацієнток із дисбіозом статевих шляхів на тлі ранніх втрат вагітностей в анамнезі вказує на доцільність включення психотерапевтичних заходів в процесі комбінованого медикаментозного лікування.

**Резюме.** У даній статті приведений порівняльний аналіз психоемоційного стану у жінок при вагітності з ранніми втратами в анамнезі асоційованих з дисбіозом піхви. Встановлено, що у даної групи вагітних існує високий рівень показників ситуативної і особистісної тривожності та стану депресії, що потребує включення психотерапевтичних заходів в процесі медикаментозного лікування.

**Ключові слова:** вагітність, репродуктивні втрати, дисбіоз, психоемоційний стан.

#### Psychoemotic state features in the pregnant women with "previous loss syndrome" in anamnesis associated with vaginal dysbiosis

Fedyshin T.V., Malyar V.A.

**Summary.** In this article was presented the comparative analysis of the women emotional state with "previous loss syndrome" associated by vaginal dysbiosis. This pregnant women group have a high level of indicators of situational and personality anxiety and the depression state, which requires the psychotherapeutic measures inclusion in the treatment process

**Key words:** pregnancy, reproductive losses, dysbiosis, psycho-emotional state.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Батушев А.С. Учение о доминанте как теоретическая основа формирования системы «мать-дитя» / А.С. Батушев, Л.В. Соколова // Вестник университета СПб. ГУ. – 1994 – Вып 2. – С. 85–102.



2. Барадзе Т.И. Депрессия во время и после беременности / Т.И. Барадзе // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2007. – № 1(14). – С. 63–67.
3. Дубоссарская Ю.А. Проблемы репродуктивного здоровья с позиции перинатальной психологии / Ю.А. Дубоссарская, Л.Г. Захарченко, Л.Г. Боровкова // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Поліграф плюс, 2014. – С. 129–133.
4. Добряков И.В. Психотерапия и перинатальная психология / И.В. Добряков // Сборник материалов конференции по перинатальной психологии. – СПб., 1999. – С. 18–37.
5. Корнієнко В.Г. Особливості психоемоційного стану у вагітних із загрозою передчасних пологів / В.Г. Корнієнко // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2015. – № 2(16). – С. 112–113.
6. Мурашко О.О. Перинатальная психология / О.О. Мурашко // Репродуктивное здоровье женщины. – 2004. – № 1(17). – С. 27–30.
7. Попович В.Б. Таксономічний склад, популяційний рівень мікробіоти порожнини товстої кишки та адаптаційно-компенсаторна активність організму практично здорових людей Буковинського краю / В.Б. Попович, Г.М. Коваль, О.Ю. Куцейко, І.Й. Сидорчук // Проблеми клінічної педіатрії. – 2016. – № 3–4 (33–34). – С. 87–91.
8. Практикум по психологии / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб: Питер, 2005 – 352 с.
9. Перинатальні інфекції: наказ МОЗ України від 27.12.2006 р. № 906. – 11 с.
10. Филипова Г.П. Психология материнства / Ю.А. Дубоссарская, Л.Г. Захарченко, Л.Г. Боровкова. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2002. – 238 с.
11. Franche R.L. Psychologic and obstetric predictors of coryles grief during pregnancy after miscarriage or perinatal death / R.L. Franche // Obstet. Gynecol. – 2001. – Vol. 97, (17). – № 4. – P. 597–602.