

Комплексна підготовка до майбутньої вагітності з урахуванням психоемоційних змін

А.Г. Корнацька, О.Г. Даниленко, І.А. Біль, М.А. Флаксемберг
 ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», м. Київ

Проведено діагностику психоемоційного стану у жінок з репродуктивними втратами та запропоновано психокоригувальну терапію.

Ключові слова: психоемоційний стан, репродуктивні втрати, комплексна корекція.

Здоров'я – це стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя людини [1]. Поняття «якість життя» (ЯЖ) – це суб'єктивний показник, що відображає сприйняття пацієнтом ступеня власного благополуччя. Але ЯЖ поняття більш соціально-економічне і визначається як можливість пацієнта жити так, як він бажає [2]. О.Б. Бельський виділяє три основні складові ЯЖ: 1) суб'єктивні відчуття благополуччя; 2) фізичне здоров'я; 3) достаток.

Проте, J.E. Ware вважає, що ЯЖ це поняття більш широке, що не враховує об'єктивного стану здоров'я, тому більш коректно використовувати поняття «пов'язана зі здоров'ям якість життя». Науковими дослідженнями останніх років [3] підтверджено важливість оцінки стану здоров'я та ЯЖ хворих. Важливим результатом будь-якого лікувального процесу є не тільки його радикалізм по відношенню до хвороби, а також покращання стану пацієнта по відношенню до всіх сфер його життєдіяльності після закінчення лікування, бо ЯЖ є другим та значним показником ефективності лікування після виживання [4].

Для жінки-матері втрата вагітності здебільшого є трагедією і супроводжується значними психоемоційними змінами, що можуть тривати довго і супроводжуватися вторинними змінами в соматичних органах. Рішення їх знаходиться в площині початкового емоційного стану жінки, у можливості його корекції, міжособистих стосунків в сім'ї, соціально-економічного становища подружньої пари.

Таким чином, втрату вагітності необхідно розглядати з позиції психотравми, що повторно подумки переживається і може супроводжуватися тривогою, страхом, фобією. Тривога – це психологічний та/або фізичний стан, що включає соматичні, емоційні, когнітивні та поведінкові компоненти. Її можна розцінювати як нормальну реакцію на стрес, проте якщо тривога стає постійним супутником необхідно говорити про тривожні розлади [5].

Мета дослідження: вивчення необхідності корекції психоемоційних змін у жінок із втратою вагітності та ефективності проведеної терапії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 23 жінки з вагітністю, що не розвивається, та 12 жінок з мимовільними викиднями в різні терміни (7–12 тиж).

У групі жінок з вагітністю, що не розвивається, першовагітні – 13 (56,5%); повторновагітні – 10 (43,5%). Вікові межі від 21 до 36 років. Середній вік становив $26,8 \pm 0,2$ року.

Менструальна функція у пацієнок обох груп була не порушена, середній цикл $28,7 \pm 0,5$ дня, менструації помірні.

З повторновагітних у 3 (13,6%) жінок попередні вагітності закінчилися пологам, у 2 (8,69%) – пологам та

медичними абортами, а у 3 (13,6%) – мимовільними викиднями в термінах від 5 до 7 тиж, у 2 (8,69%) жінок були трубні вагітності.

У групі жінок з мимовільними викиднями першовагітних було 7 (58,3%), повторновагітних – відповідно 5 (41,7%). В анамнезі у 2 (16,6%) жінок пологи, у 1 (8,5%) жінки трубна вагітність і у 2 (16,6%) пацієнок повторні мимовільні викидні.

Хірургічні втручання в групі жінок з вагітністю, що не розвивається, мали 9 (39,1%) жінок: в об'ємі апендектомії – 4 (17,38), кістектомії – 3 (13,0%) жінки та трубну вагітність – 2 (8,72%) жінки. У групі з мимовільними викиднями хірургічних втручань не відзначено.

Для виявлення ступеня змін психоемоційного стану у жінок із втратою вагітності та наступним його коригуванням нами було проведено анкетування даного контингенту хворих. З метою виключення неправдивих відповідей застосовано паралельно кілька опитувальників: DASS-21 (шкала депресії, тривоги, стресу), шкала самооцінки тривоги (О.С. Чабан, Е.А. Хаустова), тест оцінки рівня стресу (Холмс та Pape), HADS (госпітальна шкала тривоги та депресії – A.S. Zigmond, R.P. Snaith, 1983).

Аналіз, проведений за результатами опитувальників, виявив, незалежно від того, чи був мимовільний викидень чи вагітність, що не розвивалась, за даними опитувальника DASS-21 – депресія виявлена у 3 пацієнок, що становило 8,6%, з них помірний рівень – у 2, сильний рівень – у 1; тривога та тривожні стани діагностовано у 27 жінок (77%), а у 5 жінок (14,6%) показники відповідали рівню сильного стресу.

За даними шкали самооцінки тривоги (О.С. Чабан, Е.А. Хаустова) тривога та тривожні зміни виявлені у 72% жінок, а 28% пацієнок вимагали додаткових обстежень та консультацій спеціалістів. За результатами тесту оцінки рівня стресу (Холмс ата Pape) встановлено низький ступінь опору стресу у 5 (14,28%) пацієнок, що потребувало не тільки корекції стану та терапії, але і консультації суміжних спеціалістів (психологів, терапевтів), пороговий рівень діагностовано у 26 жінок (74,2%), у 4 пацієнок сума балів коливалася у межах 192–198, що може свідчити про високий ступінь опору стресу. Дані HADS (госпітальна шкала тривоги та депресії – A.S. Zigmond, R.P. Snaith, 1983) засвідчили у 82% (29 жінок) субклінічні прояви тривоги /депресії, у 6 жінок (18%) сумарні показники були вище за 11 балів, що відповідало клінічним проявам тривоги/депресії.

Таким чином, отримані результати свідчать, що жінки з репродуктивними втратами (мимовільні викидні та вагітність, що не розвивається) в більшості своїй – 74,2–82% – мали пороговий рівень стресу та субклінічні прояви тривоги, що вимагало психокорекції в поєднанні з медикаментозною терапією.

Усі пацієнтки були розділені на дві рівноцінні групи без будь-яких додаткових обстежень. Усі жінки отримували психокоригувальну терапію, що включала тренінги, бесіди разом з чоловіком, а також медикаментозну терапію (І група отримувала Трибестан, друга – Пустирник Форте).

Фітопрепарат Трибестан створений за оригінальною технологією з трави рослини *Tribulus terrestris* (якірці сланкі). Активними компонентами Трибестану є стероїдні сапоніни фурастанолового типу, що забезпечують загальнотонізуювальну дію при фізичному та психоемоційному навантаженні, стимулювальну дію функції статевої системи, а також їх використовують для лібідо та при синдромі виражених вазомоторних та неврастенічних проявів. Препарат призначають в дозі по 1–2 таблетки 3 рази на добу протягом 3 міс.

Інша група жінок отримувала фітокомплекс нового покоління Пустирник Форте, в якому седативну дію пустирника посилює магній та вітаміни В₆, саме комплекс магнію та вітаміну В₆ розширює спектр дії пустирника та забезпечує підвищену стійкість до стресу. Необхідна доза для дорослих – 1–2 таблетки двічі на день під час їжі.

Через 3 міс комплексної корекції у жінок I групи (13 жінок) з репродуктивними втратами за результатами використання методики DASS-21 виявлена депресія у 2 пацієнток, що становило 15,4%, з них помірний рівень – у 1, сильний рівень – у 1; тривога та тривожні стани діагностовано у 2 жінок (15,4%), а у 1 жінки (7,7%) показники відповідали рівню сильного стресу в зв'язку з погіршенням сімейного стану. Нормалізація психоемоційного стану відбулась у 8 жінок, що становить 61,5%. За даними використання методики HADS (госпітальна шкала тривоги та депресії – A.S. Zigmond, R.P. Snaith, 1983) виявлено субклінічні прояви тривоги /депресії у 3 (23,1%) пацієнток, сумарні показники від 0 до 7 балів, що відповідають нормі, діагностовано у 10 жінок (76,9%). За методикою Холмса та Раге в даній групі хворих виявили низький ступінь опору стресу у 1 пацієнтки (7,7%), пороговий рівень діагностовано у 3 хворих (23,1%), а у 10 пацієнток (76,9%) визначено суму балів в межах 189–198. За даними шкали самооцінки тривоги (О.С. Чабан, Е.А. Хаустова) нормалізацію показників відзначено у 84,6%, а у 15,4% – тривогу та тривожні зміни.

У жінок II групи (12 жінок) з репродуктивними втратами вагітності за методикою DASS-21 виявлена депресія у 2 пацієнток, що становило 16,7%, з них помірний рівень – у 1, сильний рівень – у 1; тривогу та тривожні стани діагностовано у 4 жінок (33,3%). Нормалізація психоемоційного стану відбулась у 6 жінок, що становить 50%. За методикою HADS (госпітальна шкала тривоги та депресії – A.S. Zigmond, R.P. Snaith, 1983) виявлено субклінічні прояви тривоги/депресії у 3 (25%) пацієнток, сумарні показники від 0 до 7 балів, що відповідають нормі, діагностовано у 9 жінок (75%). За методикою Холмса та Раге в даній групі хворих виявили низький ступінь опору стресу у 3 пацієнток

(25%), пороговий рівень діагностовано у 3 хворих (25%), а у 9 пацієнток (50%) виявлено суму балів в межах 189–198. За даними шкали самооцінки тривоги (О.С. Чабан, Е.А. Хаустова), нормалізація показників відзначена у 64,2%, а у 35,8% – тривога та тривожні зміни.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За результатами проведених досліджень у жінок з репродуктивними втратами (мимовільні викидні та вагітність, що не розвивається) у 74,2–82% виявлені психоемоційні зміни, що відповідали пороговому рівню стресу та субклінічним проявам тривоги. Проведена комплексна психокоригувальна терапія, що включала тренінги, бесіди разом з чоловіком, а також медикаментозну терапію (I група отримувала Трибестан, II – Пустирник Форте). Після закінчення терапії повторно проведено обстеження жінок. За результатами оброблення даних опитувальників виявлено, що в I групі виявлено нормалізацію психоемоційного стану від 61,5% до 84,6%, тоді як в II групі ці зміни були в середньому в межах від 50% до 64,2%.

ВИСНОВКИ

Таким чином, використання Трибестану в комплексі підготовки до майбутньої вагітності у жінок з репродуктивними втратами та психоемоційними змінами дозволило підвищити ефективність до 61,5–84% за різними методиками та його можна застосовувати в комплексній терапії.

Комплексная подготовка к будущей беременности с учетом психоэмоциональных изменений
А.Г. Корнацкая, Е.Г. Даниленко, И.А. Биль, М.А. Флаксемберг

Проведена диагностика психоэмоционального состояния женщины с репродуктивными потерями и предложена психокорректирующая терапия.

Ключевые слова: психоэмоциональное состояние, репродуктивные потери, комплексная коррекция.

Complex preparation of future pregnancy with the psychoemotional changes
A.G. Kornatsky, E.G. Danilenko, I.A. Biel, M.A. Flaksemberg

Diagnostics of mental and emotional state of women with reproductive losses and proposed psychokorrigiruyuschaya therapy.

Key words: emotional state, reproductive losses, complex correction.

Сведения об авторах

Корнацкая Алла Григорьевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8, тел.: (044) 483-80-67.

Даниленко Елена Григорьевна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8, тел.: (044) 483-80-67.

Биль Ирина Андреевна – Львовский областной клинический перинатальный центр, 79032, г. Львов, ул. Дж. Вашингтона, 6, тел.: (032) 270-16-90.

Флаксемберг Майя Андреевна – Хмельницкая областная больница, 29000, г. Хмельницкий, ул. Пилотская, 1, тел.: (0382) 65-05-76

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Исследование качества жизни / Недошивин А.О., Кулузова А.Э., Петрова Н.Н., Варшавский С.Ю., Перепеч Н.Б. // Русский медицинский журнал. – 2000. – Т. 1, № 1.
2. Новик А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине/ Новик А.А. – СПб., 1999. – 27 с.
3. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / Новик А.А. – СПб., 2001.
4. Добряков И.В. Перинатальная психология. – СПб: Питер, 2010. – 272 с.
5. Кира Е.Ф. Перспективы использования оценки качества жизни гинекологических больных / Кира Е.Ф., Бегенарь В.Ф., Рухляда Н.Н. // Журнал акушерства и женских болезней. – 1999. – С. 59–63.

Статья поступила в редакцию 13.06.2013