

DOI: 10.21802/artm.2020.4.16.71.
УДК 616-036 618.177 618.36 616.362

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЖІНОК З НЕПЛІДДЯМ НА ТЛІ ВНУТРІШНЬОПЕЧІНКОВОГО ХОЛЕСТАЗУ

Ебає Нсан Еком Нсед¹, О.Г. Бойчук¹, О.В. Янів²

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна:

¹кафедра акушерства і гінекології ПО,

ORCID ID: 0000-0003-4920-2984,

ORCID ID: 0000-0003-4439-3099,

e-mail: L.Vojchuk@gmail.com;

²кафедра фізичної реабілітації, ерготерапії з курсом фізичного виховання,

ORCID ID: 0000-0003-0921-3304, e-mail: olesianiv333@gmail.com

Резюме. В останні роки значно зросла кількість жінок з безпліддям в анамнезі, лікованим сучасними репродуктивними технологіями, причому вагітність у зазначеній категорії – не тільки акушерська, а й психологічна проблема. У сучасному суспільстві вагітність часто протікає на тлі хронічного стресу, пов'язаного з обтяженим репродуктивним анамнезом, який обтяжується соціальними конфліктами, екологічними і технологічними катастрофами.

Для жінок з безпліддям, особливо тих, що мають тривалий негативний досвід його лікування і / або перинатальні втрати в анамнезі, характерні істотні психоемоційні розлади. Метою дослідження стало оцінити психоемоційний стан жінок з внутрішньопечінковим холестаазом (ВПХВ), вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій.

З огляду на симптоматику ВПХВ, яка істотно впливає на загальний стан вагітної жінки, виявлені вегетативні порушення, розлади сну, високу або занадто низьку тривожність, ознаки депресивних станів, зниження якості життя цих пацієнток.

Жінки з внутрішньопечінковим холестаазом вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій потребують оцінки вегетативного і психоемоційного стану, корекції виявлених порушень для нормалізації якості їх життя, досягнення позитивних перинатальних наслідків.

Психологічний стан вагітних значною мірою є результатом взаємодії двох складових: екстрагенітальної, до якої слід віднести соматичні захворювання й індивідуально-типологічні особливості фізичного статусу жінки, і генітальної, тобто власне фізіологічні особливості статевої сфери. Саме оптимізація психічного стану жінки викликає сприятливий перебіг вагітності і народження здорової дитини.

Ключові слова: безпліддя, психологічний стан, психологічний компонент.

Вступ. У сучасному суспільстві вагітність перебігає на фоні хронічного стресу, що поглиблюється соціальними конфліктами, екологічними та технологічними катастрофами, а не тільки гінекологічними та соматичними проблемами, тому й заслуговує на увагу концепція генезу гестаційних ускладнень як хвороби дезадаптації, а власне психологічна сторона цієї проблеми потребує пильного та всестороннього наукового дослідження.

Для жінок з безпліддям, а особливо тих, що мають тривалий негативний досвід його лікування та/або перинатальні втрати в анамнезі, характерні суттєві психоемоційні розлади [1, 2]. Можна припустити погіршення психоемоційного стану та зниження якості життя у жінок з непліддям після ДРТ з внутрішньопечінковим холестаазом вагітних (ВПХВ), що проявляється дискомфорними відчуттями. Проводяться окремі дослідження психоемоційного стану жінок з безпліддям та вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) [3], проте в доступній науковій літературі інформації відносно подібних досліджень саме у вагітних після ДРТ з

ВПХВ нами не виявлено.

Безпліддя призводить до негативних змін у структурі психоемоційного стану, самооцінки жінки і соціального самопочуття подружжя та може викликати порушення у сімейних відносинах [4]. Саме тому наголошується на необхідності комплексного обстеження жінки, що, насамперед, охоплює психодіагностику психоемоційної сфери особистості.

Обґрунтування дослідження. Вагітність можна назвати критичним перехідним періодом у житті жінки, у ході якого суттєво перебудовується її свідомість та взаємовідносини зі світом. В одному з ретроспективних досліджень у жінок з панічними атаками у 20 % випадків спостерігалось зменшення симптоматики під час вагітності, у 54 % – стан залишався без змін, у 26 % – погіршувався перебіг захворювання. Виявлено значний вплив тривожних розладів на перебіг вагітності та перинатальні наслідки [3].

До психосоціальних факторів, що впливають на перебіг вагітності, відносяться такі, як бажана вагітність, мотиви запліднення, підтримка сім'ї, матеріально-побутові умови тощо [4, 5]. При проведенні

популяційного скринінгу було виявлено, що вагітні промислових центрів виношують вагітність в умовах психоемоційного стресу [6, 7]. Наявність тяжкої соматичної патології також є сильним стресогенним фактором, який несприятливо впливає на психосоматичний статус вагітних, а також на фізичний та психічний стан здоров'я новонароджених. Середня маса та довжина плода у таких жінок нижча, ніж при вагітності без маркерів стресу, нижчою є оцінка за шкалою Апгар [5].

Мета дослідження. Оцінити психоемоційний стан жінок з внутрішньопечінковим холестаазом вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій.

Матеріали і методи. Нами комплексно обстежено 80 вагітних після програм ДРТ: 40 жінок з проявами ВПХВ (основна група) і 40 жінок без проявів ВПХВ (група порівняння). 50 жінок зі спонтанною вагітністю фізіологічного перебігу склали контрольну групу. Застосовувались клінічні, інструментальні та функціональні (для попередньої верифікації діагнозу) методи дослідження; анкетування, тестування та проєктивна методика (для дослідження типу психологічного компонента гестаційної домінанти, типу самосприйняття вагітності, вимірювання рівня реактивної (ситуативної) і особистісної тривожності, депресії); опитувальником SF-36; розрахунок вегетативного індексу Кердо та анкети А. М. Вейна (для оцінки вегетативного гомеостазу); шкала реактивної і особистісної тривожності С.А. Спілберга у модифікації Ю.Л. Ханіна (1976) є єдиною методикою, яка дозволяє диференційовано вимірювати тривожність і як властивість особистості, і як стан.

Статистична обробка матеріалу проводилась методами варіаційного, кореляційного та графічного аналізу з використанням критеріїв Стьюдента і Фішера, стандартних та спеціалізованих комп'ютерних програм. Усі кількісні показники визнавали вірогідними при $p < 0,05$.

Результати дослідження. Аналіз анкетування респонденток за опитувальником О.М. Вейна показав, що навіть фізіологічна вагітність супроводжується змінами вегетативного статусу, сумарна кількість балів у жінок всіх груп перевищувала порогове

значення (15 балів), проте найвищу інтегральну оцінку отримали вагітні після ДРТ з ВПХВ (52 бали проти 36 балів у групі порівняння та 24 бали у жінок контрольної групи, $p < 0,05$).

Аналіз частоти симптомів вегетативної дистонії показує, що в основній групі вагітних вона суттєво вища відносно контрольної групи практично за всіма показниками. Найвищою при наявності ВПХВ виявилась частота розладів сну (80,0 % проти 35,0 % та 10,0 % у групі порівняння та в контрольній групі, $p < 0,05$). Дуже високою (достовірно вищою як відносно групи без ВПХВ, так і відносно жінок зі спонтанною вагітністю) була частота нападів головного болю (75,0 %), порушення функції травлення (72,5 %), зниження працездатності, швидка втомлюваність (65,0 %), підвищена пітливість (60,0%), відчуття серцебиття, завмирання, зупинки серця (57,5 %), відчуття затруднення дихання, нестачі повітря (50,0 %).

Враховуючи, що при анкетуванні за опитувальником А.М. Вейна переважна більшість (80,0 %) респонденток з ВПХВ відмітила розлади сну, додатково була проведена оцінка якості сну, особливостей засинання і пробудження (А.М. Вейн, Я.И. Левин, 1998). Більше третини вагітних (37,5 %) основної групи набрали за відповідним опитувальником менше 18 балів, що відповідає суттєвим порушенням якості сну (рис. 1), тоді як у групах порівняння і в контрольній частка таких жінок була меншою майже в 4 і 10 разів (10,0 % та 4,0 %, відповідно, $p < 0,05$). Переважна більшість (78,0 %) жінок контрольної групи оцінила якість свого сну як нормальну, натомість у групі порівняння нормальний сон мала майже половина жінок (47,5 %), а в основній групі – лише чверть (25,0 %).

Здатність організму людини до адаптивних реакцій на зовнішні та внутрішні стресові подразники, хронічний стрес обумовлена особистісними характеристиками, зокрема рівнем тривожності. Шкала реактивної й особистісної тривожності С.А. Спілберга у модифікації Ю.Л. Ханіна (1976) є єдиною методикою, яка дозволяє диференційовано вимірювати тривожність і як властивість особистості, і як стан.

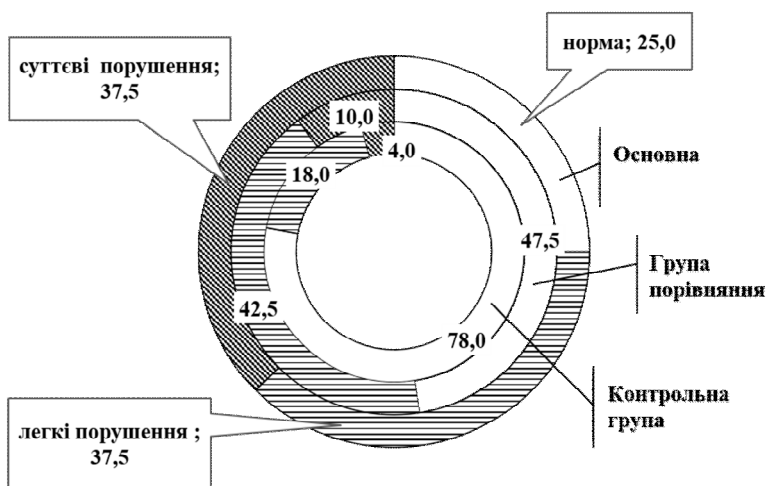


Рис. 1. Розподіл жінок у групах залежно від наявності та вираженості розладів сну (А. М. Вейн, Я. И. Левин, 1998), %

Результати тестування показали, що в жінок основної групи тривожність як особистісна риса індивідууму достовірно вища відносно показника здорових жінок (табл. 1), а ще вища бальна оцінка

реактивної (ситуативної) тривожності на даний момент, яка достовірно відрізняється від результату самооцінювання і жінок групи порівняння, і вагітних контрольної групи.

Таблиця 1

Рівень тривожності (за шкалою Спілберга-Ханіна) у вагітних після ДРТ залежно від наявності ВПХВ

Тривожність	Група вагітних		
	Основна група, n=40	Група порівняння, n=40	Контрольна група, n=50
Особистісна	56 [44; 66]*	42 [33; 52]	38 [32; 47]
Ситуаційна	60 [48; 70]* ^	46 [36; 54]	42 [32; 48]

Примітки: * - різниця достовірна відносно показника жінок контрольної групи ($p < 0,05$); ^ - різниця достовірна відносно показника жінок групи порівняння ($p < 0,05$).

Дуже висока тривожність (оцінка більше 50 балів) особистісної і реактивної тривожності відмічена більш ніж у половини (57,5 %) опитуваних основної групи (проти 22,5 % та 4,0 % у контрольній групі, $p < 0,05$), такий рівень супроводжується неврозами, психоемоційними зривами. Дуже низька тривожність (менше 15 балів), яка відмічалась у 10,0 % пацієток основної групи та 5,0 % групи порівняння, навпаки, асоціюється з депресивними станами, низьким рівнем асоціації.

Як високий рівень, так і низький рівень тривожності часто асоціюється з депресивними станами, що й було підтверджено оцінкою за шкалою депресії Бека. Прояви депресії від легких до високих відмічались більш ніж у половини (55,0 %) пацієток основної групи, тоді як у групі порівняння та контрольній групі таких було лише 27,5 та 8,0 % жінок відповідно ($p < 0,05$). Високий рівень депресії відмічено лише в основній групі та групі порівняння (7,5 та 2,5 %), середній рівень депресії – у 15,0 % вагітних основної групи проти 7,5 % та 2,0 % у групі порівняння та в контрольній. У всіх групах у структурі проявів депресії переважали легкі форми (59,1 % проти 62,6 % та 75,0 % відповідно, $p < 0,05$).

Враховуючи симптоматику ВПХВ, яка суттєво впливає на загальний стан вагітної жінки, виявлені вегетативні порушення, розлади сну, високу або надто низьку тривожність, ознаки депресивних станів, можна припустити зниження якості життя цих пацієток. Для підтвердження даної гіпотези проведено тестування за найбільш поширеним методом вимірювання якості життя, пов'язаного зі здоров'ям, опитувальником SF-36.

За нашими даними, якість життя вагітних після ДРТ нижча, ніж при спонтанній вагітності, хоча і в контрольній групі за деякими шкалами медіана бальної оцінки нижча 90 балів. Жінки групи порівняння достовірно нижче ніж вагітні контрольної групи оцінили свою якість життя за деякими шкалами («Загальне здоров'я», «Життєздатність», «Психологічне здоров'я»). Аналіз інтегральних параметрів свідчить, що пацієтки контрольної групи та групи порівняння нижче оцінюють психологічний компонент здоров'я, ніж фізичний (на 10 та 6 балів відповідно).

Обговорення результатів. За результатами нашого дослідження підтверджено, що у жінок з вну-

трішньопечінковим холестазом вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій порушений вегетативний та психоемоційний стан, знижена якість життя.

Наявність синдрому вегетативної дисфункції характерний для всіх вагітних, однак у пацієток з внутрішньопечінковим холестазом вагітних сумарна кількість балів за опитувальником А.М. Вейна у 3,5 рази перевищує порогове значення 15 балів (медіана 52 бали проти 36 балів при відсутності проявів внутрішньопечінкового холестазу, $p < 0,05$). При цьому переважна більшість (80,0 %) цих жінок відмітила розлади сну. Частота суттєвих порушень якості сну (менше 18 балів за опитувальником А. М. Вейна, Я. И. Левина, 1998) складає 37,5 %, що майже в 4 рази вище за показник групи порівняння ($p < 0,05$).

Пацієтки цієї групи демонструють вищий медіанний рівень як особистісної, так і ситуаційної тривожності (тест Спілберга-Ханіна). Дуже висока тривожність (вище 50 балів) відмічена більш ніж у половини (57,5 %) з них проти 22,5 % у групі порівняння ($p < 0,05$).

Прояви депресії (шкала Бека) від легких до високих відмічаються більш ніж у половини (55,0 %) пацієток проти 27,5 % у групі порівняння ($p < 0,05$), причому високий рівень депресії – у 7,5 % проти 2,5%, середній – у 15,0 % проти 7,5 % жінок відповідно.

Жінки з внутрішньопечінковим холестазом вагітних нижче оцінюють свою якість життя (методика SF-36) як за шкалами фізичного, так і психологічного здоров'я, найнижча кількість балів за шкалами «Життєздатність» (медіана 56 проти 70 у жінок групи порівняння, $p < 0,05$) та «Загальне здоров'я» (62 проти 80, $p < 0,05$). Достовірно нижчий бал інтегрального показника фізичного здоров'я (70 проти 84 відповідно, $p < 0,05$) є відображенням фізичного дискомфорту, пов'язаного з цією патологією.

Висновки. Отже, жінки з внутрішньопечінковим холестазом вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій потребують оцінки вегетативного та психоемоційного стану, корекції виявлених порушень для нормалізації якості їх життя, досягнення позитивних перинатальних результатів.

References:

1. Batsylieva OV. Indyvidualno-psykhologichni osoblyvosti zhinok iz porushenniam reproduktyvnoho zdorovia. Naukovyi visnyk Khersonskoho derzhavnoho universytetu. 2014;2(2),90–94. Rezhim dostupa: <http://nbuv.gov.ua/UJRN/nvkhp> 2014; 2(2):19.
2. Kryshchal EV, Markova MV. Besplodye supruzheskoi v aspekte medytsynskoi psykhologiyi. Medytsynskaia psykhologiya. 2008;3(3);17-22. Rezhim dostupa: <http://www.mps.kh.ua/archive/2008/3/3>.
3. Lesovska SH. Stan uprovadzhennya dopomizhnykh reproduktyvnykh tekhnolohiy v Ukraini. Slovo o zdorovy. 2017;2,12-14. Rezhim dostupa: <https://ozdorovie.com.ua/stanvprovadzhennya-dopomizhnykh-reproduktivnykh-tehnolohiy-v-ukrayini/acceptLicense>.
4. Frederiksen Y, Farver-Vestergaard I, Skovgård NG. Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and metaanalysis. British Medical Journal Open, 2015; 5(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006592>.
5. Ivanova AR. Mediko-psykhologicheskyye osobnosti zhenshchin i psikhokorreksiya v kompleksnom lechenii besplodiya. Mat i ditya v Kuzbasse. 2010;2,42–46. Rezhim dostupa: <https://cyberleninka.ru/article/n/mediko-psykhologicheskyye-osobnosti-zhenshchin-ipsikhokorreksiya-v-kompleksnom-lechenii-besplodiya>.
6. Sebeleva YuG. Hendernaya identichnost u zhenshchin, stradayushchikh besplodiyem: v prohamme ekstrakorporal'noho oplodotvoreniya. Candidate's thesis. Moscow; 2014.
7. Filippova GG. Psykhologiya materinstva. Moscow: Izd-vo In-ta psikhoterapii; 2002.

УДК 616-036 618.177 618.36 616.362

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ НА ФОНЕ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗАЕбае Нсан Эком Нсед¹, А.Г. Бойчук¹, А.В. Янив²*Ивано-Франковский национальный медицинский университет, г. Ивано-Франковськ, Украина:*¹*кафедра акушерства и гинекологии ИО,*

ORCID ID: 0000-0003-4920-2984,

ORCID ID: 0000-0003-4439-3099,

e-mail: L.Bojchuk@gmail.com;²*кафедра физической реабилитации, эрготерапии с курсом физического воспитания,*

ORCID ID: 0000-0003-0921-3304,

e-mail: olesiayaniv333@gmail.com

Резюме. В последние годы значительно возросла доля женщин с бесплодием в анамнезе, леченным современными репродуктивными технологиями, причем беременность в указанной категории – не только акушерская, но и психологическая проблема. В современном обществе беременность часто протекает на фоне хронического стресса, связанного с отягощенным репродуктивным анамнезом, который

усугубляется социальными конфликтами, экологическими и технологическими катастрофами.

Для женщин с бесплодием, особенно имеющих длительный негативный опыт его лечения и / или перинатальные потери в анамнезе, характерные существенные психоэмоциональные расстройства. Целью исследования стало оценить психоэмоциональное состояние женщин с внутриспеченочным холестазом, беременных после применения вспомогательных репродуктивных технологий.

Учитывая симптоматику ВПХВ, которая существенно влияет на общее состояние беременной женщины, обнаружены вегетативные нарушения, расстройства сна, высокую или слишком низкую тревожность, признаки депрессивных состояний можно предположить снижение качества жизни этих пациенток.

Женщины с внутриспеченочным холестазом беременных после применения вспомогательных репродуктивных технологий нуждаются в оценке вегетативного и психоэмоционального состояния, коррекции выявленных нарушений для нормализации качества их жизни, достижения положительных перинатальных исходов.

Психологическое состояние беременных в значительной степени является результатом взаимодействия двух составляющих: экстрагенитальной, к которой следует отнести соматические заболевания и индивидуально-типологические особенности физического статуса женщины, и генитальной, то есть собственно физиологические особенности половой сферы. Именно оптимизация психического состояния женщины вызывает благоприятное течение беременности и рождение здорового ребенка.

Ключевые слова: бесплодие, психологическое состояние, психологический компонент.

UDC 616-036 618.177 618.36 616.362

THE PECULIARITIES OF PSYCHO-EMOTIONAL CONDITION OF WOMEN WITH INFERTILITY AND INTRAHEPATIC CHOLESTASISEbaye Nsan Ekom Nsed¹, O.H. Boichuk¹, O.V. Yaniv²*Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine:*¹*Department of Postgraduate Education, Subdepartment of Obstetrics and Gynecology,*

ORCID ID: 0000-0003-4920-2984,

ORCID ID: 0000-0003-4439-3099,

e-mail: L.Bojchuk@gmail.com;²*Department of Physical Rehabilitation, Ergotherapy with a course of physical education,*

ORCID ID: 0000-0003-0921-3304,

e-mail: olesiayaniv333@gmail.com

Abstract. The adverse impact of the difficult socio-economic situation on the processes of birth and early neonatal morbidity and mortality requires focusing greater attention on the study of the role of psychological factors in solving demographic problems. In recent years,

there has been a significant increase in the percentage of women with infertility in anamnesis, who received modern reproductive technologies, and in these patients, pregnancy is not only an obstetric but also a psychological issue. These women present a complex of symptoms of vasomotor and nervous/psychic disorders already at the preconceptive stage.

In the modern society, pregnancy often goes with chronic stress related to reproductive disorders in anamnesis, which is intensified by social conflicts, environmental and technological disasters. The search for ways to control the body's reactivity, which are based on the understanding of the mechanisms of development of adaptation and deadaptation processes, opens prospects of working out ways of targeted correction of pathological conditions during gestation. Women with infertility, especially those with a long unfavorable experience of treating it and/or with perinatal losses in anamnesis, present significant psycho-emotional disorders. The aim of this research is to assess the psycho-emotional condition of women with intrahepatic cholestasis who got pregnant owing to assisted reproductive technologies.

We have conducted a complex research of 80 women, who got pregnant owing to assisted reproductive technologies: 40 women with manifestations of intrahepatic cholestasis (basic group) and 40 women without such manifestations (comparison group), 50 women with spontaneous pregnancy and its physiological course made up the reference group. We used questionnaires, tests and projective methods (to identify the type of the psychological component of the gestational dominant, the type of self-perception of pregnancy, to measure the level of reactive (situational) and personal anxiety, depression);

the SF-36 Health Survey; the calculation of the Kerdo index and

A.M. Wein's questionnaire (to assess vegetative homeostasis). The Spielberg-Hanin scale of reactive and personal anxiety (1976) is the only method that makes it possible to measure anxiety in a differentiated way: as a personal quality and a condition.

Taking into consideration the symptoms of intrahepatic cholestasis, which significantly influence the pregnant women's general condition, as well as the established vegetative disorders, sleep disorders, high or extremely high anxiety, signs of depressive conditions, one can presume a decrease in the quality of life of these patients.

Women with intrahepatic cholestasis who got pregnant owing to assisted reproductive technologies, require the assessment of their vegetative and psycho-emotional condition and the correction of the established disorders, in order to normalize the quality of their life and achieve favorable perinatal results.

The pregnant women's psycho-emotional condition is a great extent of the result of interaction of two components: the extragenital one, which includes somatic diseases and individual typological peculiarities of a woman's physical status, and the genital one, i.e. the physiological peculiarities of the reproductive system. The optimization of a woman's psychic condition contributes to a more favorable course of pregnancy and the birth of a healthy child.

Keywords: infertility, psychological condition, psychological component.

Стаття надійшла в редакцію 22.11. 2020 р.