

## ДЕЯКІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЖІНОК ВПРОДОВЖ ФІЗІОЛОГІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ

Одеський державний медичний університет

Характерне для України погіршення демографічної ситуації, зниження народжуваності, високий рівень загальної смертності є актуальною проблемою збереження життя і здоров'я матері та дитини, забезпечення безпечного материнства. Особливо наголошується на необхідності визначення впливу різних соціально-економічних, екологічних та психологічних факторів на перебіг вагітності і пологів у жінок [6]. Останніми роками збільшилась кількість досліджень, присвячених вивченню психологічного статусу жінок у процесі фізіологічного та ускладненого перебігу гестації [1; 2; 4; 5; 8].

Попередніми дослідженнями було встановлено, що нерідко вагітність не стає для жінки періодом фізичного та емоційного розквіту [4; 5]. Навпаки, за даними професора В. В. Абрамченка, у 70 % обстежених вагітних та роділець відмічаються різноманітні зміни психічного стану [1]. Наукові дослідження, що були проведені в Інституті ПАГ АМН України, продемонстрували суттєву роль хронічного психоемоційного стресу в генезі низки акушерських ускладнень і захворювань [2]. Однак існуючі літературні дані не відповідають на питання про первинність виникнення психологічних та емоційних проблем під час вагітності. На нашу думку, перш ніж оцінювати особливості психоемоційних реакцій пацієнток, що спричиняють патологічний перебіг вагітності, слід визначити особливості психоемоційного стану здорових жінок впродовж фізіологічної вагітності.

Метою нашої роботи було визначити психоемоційний стан здорових жінок впродовж фізіологічної вагітності.

### Матеріали та методи дослідження

Для досягнення вказаної мети нами проведено клініко-психологічне обстеження 20 жінок, які були визнані практично здоровими. Усі вони не мали гінекологічних і соматичних захворювань, прийняли рішення про настання вагітності і готувалися до неї.

Вперше усі пацієнтки пройшли обстеження під час підготовки до вагітності. З метою уніфікації отриманих даних жінок обстежували у II фазі менструального циклу (I обстеження). Після настання вагітності впродовж її фізіологічного перебігу ті ж самі жінки проходили повторне обстеження: до 12 тиж (II обстеження — 15 жінок); 13–21 тиж (III обстеження — 15 пацієнток); 22–28 тиж (IV обстеження — 10 вагітних); 29–32 тиж (V обстеження — 15 вагітних); 33–36 тиж (VI обстеження — 15 осіб); 37–39 тиж (VII обстеження — 20 вагітних).

У процесі обстеження вивчали скарги пацієнток, загальний і спеціальний анамнез, об'єктивні показники перебігу вагітності. Особливу увагу звертали на скарги вегетативно-емоційного характеру (дратівливість, відчуття серцебиття, загальна слабкість, пітливість та ін.). Клініко-психологічні методи дослідження полягали у визначенні ступеня реактивної та особистісної тривожності за Спілбергером — Ханіним, а також у вивченні характеру самооцінки жінок за методикою «Самопочуття, ак-

тивність, настрої» (САН) [1; 3; 7]. Отримані під час клініко-психологічного дослідження дані вираховували і порівнювали за допомогою пакета стандартних статистичних програм "Statistica". При цьому визначали середні значення, їх помилку та стандартне відхилення кількісних і якісних показників, порівнювали одне з одним, встановлювали наявність кореляційних зв'язків між ними.

### Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік обстежених жінок становив  $(23,70 \pm 0,23)$  року. За цим показником пацієнтки різних клінічних груп не розрізнялися ( $P > 0,05$  для усіх порівнянь).

Вегетативно-емоційні скарги відмічали пацієнтки усіх груп. Однак питома вага частоти скарг у різні періоди була неоднаковою (таблиця). Так, найчастіше скарги турбували жінок у першому триместрі вагітності (II обстеження — 7–12 тиж вагітності), а також у 29–32 тиж вагітності (V обстеження).

Вважаємо, що даний факт пояснюється особливостями процесів адаптації у перелічені терміни вагітності. Так, відомо, що у I триместрі (до 12 тиж) починаються адаптаційні зміни жіночого організму до вагітності, перебудова діяльності усіх органів і систем з метою забезпечення потреб матері і плода під час вагітності. Інший термін (29–32 тиж) — відомий як період найбільшого навантаження на серцево-судинну систему вагітної. Можливо, що деяке збільшення частоти скарг вегетативно-емоційного характеру у цей період пов'язано із



## Психоемоційні характеристики здорових жінок впродовж фізіологічної вагітності

Групи	n	Вегетативно-емоційні скарги	Тривожність		САН		
			ОТ	РТ	Самовідчуття	Активність	Настрій
До вагітності	20	0,15±0,08	39,00±1,34	42,1±1,7	4,20±0,09	3,90±0,14	4,10±0,15
7–12 тиж	15	0,60±0,12*	40,40±1,56	48,3±1,2*	3,40±0,13*	3,20±0,12*	3,40±0,16*
13–21 тиж	15	0,20±0,06	41,40±1,23	38,5±1,2	5,30±0,11*	5,20±0,11*	5,20±0,16*
22–28 тиж	10	0,20±0,13	42,40±2,37	39,5±1,9	5,40±0,17*	5,30±0,12*	5,30±0,18*
29–32 тиж	15	0,50±0,13*	41,10±1,66	39,2±1,4	6,10±0,10*	5,30±0,09*	5,50±0,17*
33–36 тиж	15	0,20±0,11	41,30±1,23	38,5±1,1	5,50±0,13*	5,30±0,08*	5,50±0,17*
37–39 тиж	20	0,10±0,07	40,00±1,47	38,6±1,1	5,80±0,14*	5,30±0,08*	5,40±0,13*

Примітка. \* — вірогідна різниця із показником до вагітності.

максимальним навантаженням на серцево-судинну систему та гемодинаміку вагітних жінок. Однак для того, щоб робити більш точні висновки, необхідно подальше порівняння отриманих даних із основними показниками гемодинаміки.

Важливою особистісною характеристикою є тривожність жінки. Розрізняють тривожність як індивідуальну характеристику чи рису характеру людини (особистісна тривожність — ОТ) і тривожність, як реакцію на ситуацію, емоційний стан (реактивна, ситуаційна тривожність — РТ). Згідно з даними літератури, ОТ — відносно стійка індивідуальна характеристика людини, що дає уявлення про її схильність сприймати ситуацію як загрозу самооцінці, самоствердженню, престижу чи реагувати на ситуацію проявами стану тривожності (Спілбергер, 1984). На відміну від попередньої риси, РТ — це ситуативний стан тривоги, що характеризується неприємними емоціями напруження, занепокоєння, заклопотаності. Саме РТ супроводжується активацією вегетативної нервової системи і оцінюється як емоційна реакція на психотравмуючу ситуацію.

Проведений аналіз показав, що середні значення ОТ до настання фізіологічної вагітності і впродовж неї перебували у межах середнього показника рівня тривожності (31–45 балів). Як видно із поданих

значень, показник, що вивчався, не відрізнявся від такого у різні терміни гестації. Середній показник РТ у здорових жінок до вагітності також перебував у межах середніх значень тривожності (42,1±1,7). Однак у I триместрі фізіологічної вагітності він вірогідно збільшувався до 48,3±1,2, що свідчило про високий рівень тривожності (46–80 балів). У процесі подальшого прогресування фізіологічної вагітності показник РТ вірогідно не відрізнявся від такого до вагітності.

З метою оцінки психічного стану жінок використана одна із найпоширеніших методик — САН. Вона вважається однією із чутливих оцінок динаміки психічного стану пацієнток і полягає у суб'єктивній оцінці жінками таких параметрів як самопочуття, активність та настрої. Середні значення вказаного тесту у наших пацієнток до настання вагітності виявилися нижчими від нормативних показників, що свідчать про задовільне самопочуття, активність та настрої (від 5 до 5,5 для кожної характеристики). Іншими словами, у процесі підготовки до вагітності здорові жінки оцінили своє самопочуття, активність та настрої нижче за задовільні. У I триместрі вагітності перелічені показники були вірогідно нижчими від таких до вагітності ( $P < 0,05$  для всіх груп порівнянь). Останнє свідчило про зниження самооцінки

вагітних жінок за всіма трьома показниками. У подальшому впродовж фізіологічної вагітності відмічалась чітка тенденція до кращого сприйняття свого стану жінками. Так, із 13 до 28 тиж гестації вагітні жінки оцінювали свій стан як задовільний за всіма трьома критеріями. Після 29 тиж і до пологів респонденти відмічали підвищення самопочуття та настрою при збереженні стабільним показника активності. У цілому показники САН впродовж фізіологічної вагітності були вищими за аналогічні показники до вагітності. Слід зазначити, що максимально високі значення за критерієм самопочуття пацієнтки відмітили у 29–32 тиж вагітності, саме тоді, коли в них частіше відмічались вегетативно-емоційні скарги та у 37–39 тиж перед пологами.

### Висновки

Результати проведеного дослідження дозволяють констатувати, що фізіологічна вагітність супроводжується деякими змінами психоемоційного стану здорових жінок. У I триместрі (7–12 тиж) відмічається збільшення частоти скарг вегетативно-емоційного характеру (підвищена дратівливість, відчуття серцебиття, загальна слабкість, пітливість та ін.), зростання показника реактивної тривожності (високий рівень тривожності — 48,3±1,2) на фоні зниженої самооцінки



вагітними жінками (самопочуття, активності та настрою). Подальше прогресування фізіологічної вагітності характеризується середніми значеннями реактивної тривожності, високою самооцінкою за всіма трьома критеріями САН. У термінах гестації 29–32 тиж відзначено підвищення частоти скарг вегетативно-емоційного характеру на фоні максимально високих значень самопочуття пацієнток. Перед пологами (37–39 тиж) жінки знову відмітили високі значення самопочуття при стабільних показниках активності та настрою.

Перелічені особливості демонструють психоемоційну адаптацію жінок до вагітності, що забезпечує її фізіологічний перебіг. На нашу думку, отримані дані потребують посилення психологічної підтримки вагітних жінок впродовж I три-

местру вагітності, що дозволить здійснити профілактику порушень адаптації у подальшому. Ці дані потребують подальшого аналізу, порівняння їх із показниками адаптації в інших регуляторних системах впродовж фізіологічної та ускладненої вагітності. Останнє дозволить покращити прогнозування та ранню діагностику основних ускладнень вагітності — гестозу, загрози переривання вагітності, фетоплацентарної недостатності.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. *Абрамченко А. А.* Психосоматическое акушерство. — СПб.: СО-ТИС, 2001. — 320 с.
2. *Значення* хронічного психоемоційного стресу у виникненні та розвитку прееклампсії / С. П. Писарева, С. М. Янюта, В. Б. Ткаченко та ін. // ПАГ. — 1999. — № 3. — С. 83-86.
3. *Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М.* Методы психологи-

ческой диагностики и коррекции в клинике. — М.: Медицина, 1983. — С. 62-74.

4. *Каплун И. Б.* Психические состояния при нормальном и осложненном течении беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук, НИИ им. Д. О. Отта. — СПб., 1995. — 22 с.

5. *Коваленко Н. П.* Психологические особенности и коррекция эмоционального состояния женщины в период беременности и родов: Автореф. дис. ... канд. псих. наук. — СПб., 1998. — 22 с.

6. *Лукьянова О. М.* Безпечне материнство — важливий профілактичний напрямок в охороні здоров'я матері та дитини // Здоровье женщины. — 2003. — № 1 (13). — С. 4-9.

7. *Практическая психодиагностика: Методики и тесты / Под ред. Д. Я. Райгородского.* — Самара, 1998.

8. *Чеботарева И. С.* Динамика состояния эмоционально-мотивационной сферы пациенток с осложненной беременностью в процессе позитивной психотерапии // Вестн. новых мед. технологий. — 2001. — Т. VIII, № 1. — С. 45-48.

УДК 618.145-006.5:577.122.8-055.26

А. І. Гоженко, В. Г. Дубініна, С. І. Доломатов, А. І. Рибін

## МОЛЕКУЛИ СЕРЕДНЬОЇ МАСИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ГІПЕРПЛАСТИЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ ЕНДОМЕТРІЯ

Одеський державний медичний університет

### Вступ

Гіперпластичні процеси ендометрія посідають одне з провідних місць за частотою виникнення з-поміж усіх захворювань органів репродуктивної системи у жінок фертильного і перименопаузального віку. Частота виявлення даної патології у хворих із наявністю маткових кровотеч в анамнезі становить 60–70 % [1–3; 9].

Незважаючи на те, що останнім часом особлива увага приділяється питанням етіології та патогенезу гіперпластичних процесів ендометрія, консервативні методи лікування даної патології у жінок ре-

продуктивного віку, що є нині в арсеналі клініциста, не дають обнадійливих результатів [1; 3; 8; 9]. Характерними особливостями «сучасних» гіперпластичних процесів ендометрія є часті рецидиви, поява резистентних до гестагенних препаратів форм, «помолодшання» даної патології. Тим актуальнішим є пошук нових прогностичних критеріїв і патогенетичних механізмів розвитку даної патології [1; 2].

До молекул середньої маси (МСМ) зараховують продукти розпаду білків і нуклеопро-теїдів — токсини, що мають масу від 500 до 5000 Да. Останнім часом більшість вітчиз-

няних і зарубіжних авторів висловлюють припущення про те, що МСМ є продуктами нормального обміну речовин в організмі людини, однак збільшення їх рівня пов'язують із посиленням їх утворення в тканинах із подальшим виходом у кров. При деяких патологічних станах рівень МСМ корелює з тяжкістю стану хворих і може бути показником ступеня ендотоксикозу [4; 5; 7].

### Матеріали та методи дослідження

Проведено аналіз 84 клінічних випадків гіперпластичних процесів ендометрія, з яких у 34 (40,5 %) пацієнток

