

©В. Г. Сюсюка, Ю. В. Котлова

ВПЛИВ ТРИВОЖНОСТІ ЖІНОК ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ НА СТАН НОВОНАРОДЖЕНИХ ТА ПЕРЕБІГ ЇХ РАНЬОГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ

Запорізький державний медичний університет

ВПЛИВ ТРИВОЖНОСТІ ЖІНОК ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ НА СТАН НОВОНАРОДЖЕНИХ ТА ПЕРЕБІГ ЇХ РАНЬОГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРІОДУ. На підставі проведеного дослідження 90 вагітних та їх новонароджених встановлено, що ускладнений перебіг пологів в 3,5 рази частіше мав місце у жінок основної групи (52,1 %), рівень ситуативної тривожності яких був середнім та високим, у порівнянні з жінками з низьким її рівнем - контрольна група (14,3 %). Перинатальні наслідки розродження у жінок основної групи характеризуються високим рівнем дистресу плода у пологах (15,2 %), асфіксією новонароджених (10,7 %) і, як наслідок, неонатальною енцефалопатією (8,7 %) та відсутністю вищезазначених ускладнень у групі контролю.

ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ И ТЕЧЕНИЕ ИХ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА. На основании проведенного исследования 90 беременных и их новорожденных установлено, что осложненное течение родов в 3,5 раза чаще имело место у женщин основной группы (52,1 %), уровень ситуативной тревожности которых был средним и высоким, по сравнению с женщинами с низким ее уровнем - контрольная группа (14,3 %). Перинатальные исходы родоразрешения у женщин основной группы характеризуются высоким уровнем дистресса плода в родах (15,2 %), асфиксией новорожденных (10,7 %) и, как следствие, неонатальной энцефалопатией (8,7 %). При этом вышеупомянутые осложнения отсутствовали в контрольной группе.

INFLUENCE OF ANXIETY DURING PREGNANCY ON STATE OF NEWBORNS AND COURSE OF THEIR EARLY NEONATAL PERIOD. On the basis of conducted investigation of 90 pregnant women and their newborns there was found that women of the main group (52.1 %) had complicated course of deliveries 3.5 times frequently and their level of state anxiety was middle and high comparing with women having low level - the control group (14.3 %). Perinatal consequences of delivery of women from the main group were characterized by high level of fetus distress during labour (15.2 %), asphyxia of newborns (10.7 %) and as a result - neonatal encephalopathy (8.7 %) and absence of the above-mentioned complications in the control group.

Ключові слова: вагітність, ситуативна тривожність, стан новонароджених.

Ключевые слова: беременность, ситуативная тревожность, состояние новорожденных.

Keywords: pregnancy, state anxiety, state of newborns.

ВСТУП. Проблема зниження перинатальної смертності і захворюваності продовжує залишатися однією з найважливіших у сучасному акушерстві та неонатології. Пріоритетним напрямком медицини є охорона материнства та дитинства, що обумовлено негативним впливом комплексу медико-біологічних, соціальних, економічних та екологічних факторів, які призводять до погіршення репродуктивного здоров'я жінок, збільшення перинатальної та дитячої захворюваності, смертності та інвалідизації [4]. Навіть фізіологічний перебіг вагітності і післяпологового періоду вважаються часом підвищеного ризику розвитку психічних порушень. Вагітність може стати пусковим фактором в маніфестації скритої патології. Підвищений рівень тривожності під час вагітності - причина ризику гестаційних ускладнень [5, 11]. Важливу роль у розвитку тривожних станів вагітних грають певний фізичний дискомфорт і психологічні чинники, до яких належать вимушені зміни у способі життя, спілкуванні у сім'ї і з колегами по роботі, занепокоєння за здоров'я майбутньої дитини, фінансові труднощі - все це вносить певний внесок у появу або посилення психоемоційних порушень при вагітності. [12]. Неприятливий перебіг вагітності та пологів мають більш згубний вплив на нервову систему і психіку людини, ніж ендо- та екзогенні фактори в постнатальному періоді. Крім того, існує закономірність, за якою ранні пошкодження нервової системи мають більш важкі на-

слідки для розвитку дитини, ніж пізні. [1, 8, 10]. Вміння адекватно реагувати на стресові ситуації - важливий фактор антиризиків порушень психічного здоров'я. Висока тривожність в прегравідарний період і під час вагітності, очевидно, може виступати індикатором ризику несприятливих репродуктивних результатів [11]. Втім психологічні складності під час вагітності впливають і на подальший розвиток материнської сфери та дитини, призводять до ускладнень материнсько-дитячих відносин після народження дитини [2, 3, 13]. Тому одним із важливих питань як в акушерстві, так і в педіатрії є оцінка взаємозв'язку психологічного стану та ускладнень під час вагітності, що закономірно впливають на розвиток плода, результат розродження та подальший стан дитини.

Мета роботи - дати оцінку стану новонароджених та перебігу їх раннього неонатального періоду в залежності від рівня тривожності їх матерів в період вагітності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Обстежено 90 вагітних терміном гестації 22-34 тижні, які перебували на санаторному оздоровленні. Санаторне оздоровлення проводилось в умовах спеціалізованого відділення для вагітних санаторію «Великий Луг» (головний лікар Шапран Н. Ф.) м. Запоріжжя, згідно стандартів санаторно-курортного лікування [3]. Включення у групу дослідження вагітних у терміні понад 22 тижні обумовлено двома причинами: початком перинатально-

Акушерство та гінекологія

го періоду та стабільним відчуттям ворушіння плоду, що дозволяє матері конкретизувати її «стартовий» стиль емоційного супроводу. В залежності від рівня ситуативної тривожності (СТ), яка є проявом так званої емоційної реакції на стресову ситуацію та характеризується суб'єктивно пережитими емоціями, вагітні були розділені на 2 групи. До основної групи увійшли 55 вагітних з середнім та високим рівнем СТ. В контрольну групу включені 35 вагітних з рівнем тривоги 30 балів і нижче, що характеризує низький рівень СТ. Рівень особистісної (ОТ) та ситуативної тривожності (СТ) об'єктивізували за методикою Ч. Д. Спілбергера, яка адаптована Ю. Л. Ханіним [9]. Для встановлення типу ставлення до хвороби та інших пов'язаних з нею особистісних відносин у вагітних з хронічними соматичними захворюваннями використовували Особистісний опитувальник Бехтеревського інституту (ЛОБИ) [7]. Критерієм виключення були важкі соматичні захворювання. З кожною вагітною було проведено бесіду про доцільність додаткових методів дослідження, та отримана згода на їх проведення. Дослідження відповідає сучасним вимогам морально-етичних норм щодо правил ІСН/ЄСР, Хельсинської декларації (1964), Конференції Ради Європи про права людини і біомедицини, а також положенням законодавчих актів України. Обраний напрямок дослідження тісно пов'язаний з планом науково-дослідної роботи Запорізького державного медичного університету та є фрагментом докторської дисертації.

Середній вік вагітних в основній групі склав $28,3 \pm 0,6$ роки та статистично достовірно не відрізнявся ($p < 0,05$) від групи контролю - $28,5 \pm 0,7$ роки. На підставі оцінки соціального статусу досліджуваних груп відзначено, що найчастіше жінки як основної, так і контрольної груп були службовцями - 91,4 % та 76,1 % відповідно, рідше робітницями - 5,7 % та 21,7 % відповідно і тільки в 2,9 % та 2,2 % випадках відповідно займалися домогосподарством. Усі жінки на момент обстеження перебували у шлюбі. Ведення вагітності та розродження жінок груп дослідження проводилось згідно чинних Наказів МОЗ України №417, № 436, № 620, № 624, № 782 та ін. Первинну оцінку стану новонародженого, його ранню фізіологічну адаптацію та медичний догляд за ним здійснюється згідно Наказу МОЗ України № 152. Усіх новонароджених оцінювали за шкалою Апгар, ступінь дихальної недостатності визначали за шкалою Оошпєв. При виявленні порушень ранньої фізіологічної адаптації та патологічних станів медичний догляд здійснювався згідно з відповідним протоколом. Варіаційно-статистична обробка результатів здійснювались з використанням ліцензованих стандартних пакетів прикладних програм багатомірного

статистичного аналізу "ЭТАПЭТЮА 6.0" (ліцензійний номер АХХЯ7120833214РАМ5).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Проведений аналіз екстрагенітальної захворюваності дозволив встановити її високу частоту як у основній, так і контрольній групах - 69,6 % та 71,4 % відповідно. Враховуючи роль психосоматичного компонента у вагітних з екстрагенітальною патологією, для достовірної оцінки динаміки тривожності та її впливу на перебіг гестації, проведена оцінка типу ставлення до хвороби. За результатами опитувальника «ЛОБИ» дисгармонічний тип ставлення до соматичної хвороби встановлений у 9 (16,4 %) жінок основної групи, тому дана категорія вагітних аналізувалась окремо, а в складі основної групи залишилось 46 жінок.

Аналізуючи генеративну функцію, встановлено, що 47,5 % основної групи та 60,0 % групи контролю були першовагітними, а частота жінок, які народжували вперше, в обох групах була майже однаковою - 71,7 % та 74,3 % відповідно.

Детальний аналіз частоти розвитку патологічних станів під час вагітності, дозволив встановити значний відсоток ускладненого перебігу вагітності як в основній (76,1 %), так і в контрольній (68,9 %) групах дослідження. Однак, слід зауважити, що більшість ускладнень вагітності мали місце до санаторного оздоровлення. Даючи характеристику перебігу пологів, встановлено, що частота ускладнень в основній групі в 3,5 рази перевищувала показник контрольної групи і склала відповідно 52,1 % та 14,3 % ($p < 0,05$). Високий відсоток патологічних пологів вплинув на частоту оперативного розродження, так в основній групі кесарів розтин проведено у 19,6 %, а в контрольній групі 2,9 %. Передчасні пологи мали місце тільки у роділь основної групи, а їх частота склала 8,7 %.

Аналіз даних клінічного стану народжених за шкалою Апгар наведено у таблиці 1. Так встановлено, що у контрольній групі загальний показник був вищим у порівнянні з відповідним показником основної групи, однак статистично достовірної різниці встановлено не було ($p > 0,05$). Зниження загальної кількості балів в основній групі обумовлено синдромом дихальних розладів (4,3 %) у недоношених новонароджених та станом асфіксії 5 (10,7 %), як наслідком дистресу у пологах. Загалом ознаки дистресу плода діагностовані в 7 (15,2 %) випадках у основній групі та відсутні в групі контролю.

Частота ускладнень у ранньому неонатальному періоді, характеристика яких представлена на рисунку 1, в основній групі склала 41,3 % і була в 2 рази вищою у порівнянні з контрольною групою (20,0%).

Таблиця 1. Оцінка новонароджених за шкалою Апгар

Показники	Основна група		Контрольна група	
	1 хвилини	5 хвилини	1 хвилини	5 хвилини
Серцебиття	2,0	2,0	2,0	2,0
Дихання	$1,84 \pm 0,05$	$1,95 \pm 0,04$	2,0	2,0
Колір шкіри	$1,27 \pm 0,06$	$1,55 \pm 0,06$	$1,27 \pm 0,08$	$1,64 \pm 0,06$
Тонус м'язів	$1,09 \pm 0,06$	$1,41 \pm 0,06$	$1,18 \pm 0,07$	$1,48 \pm 0,09$
Рефлекси	$1,30 \pm 0,07$	$1,48 \pm 0,06$	$1,45 \pm 0,08$	$1,61 \pm 0,08$
Загальна кількість балів	$7,41 \pm 0,16$	$8,28 \pm 0,12$	$7,89 \pm 0,11$	$8,74 \pm 0,13$

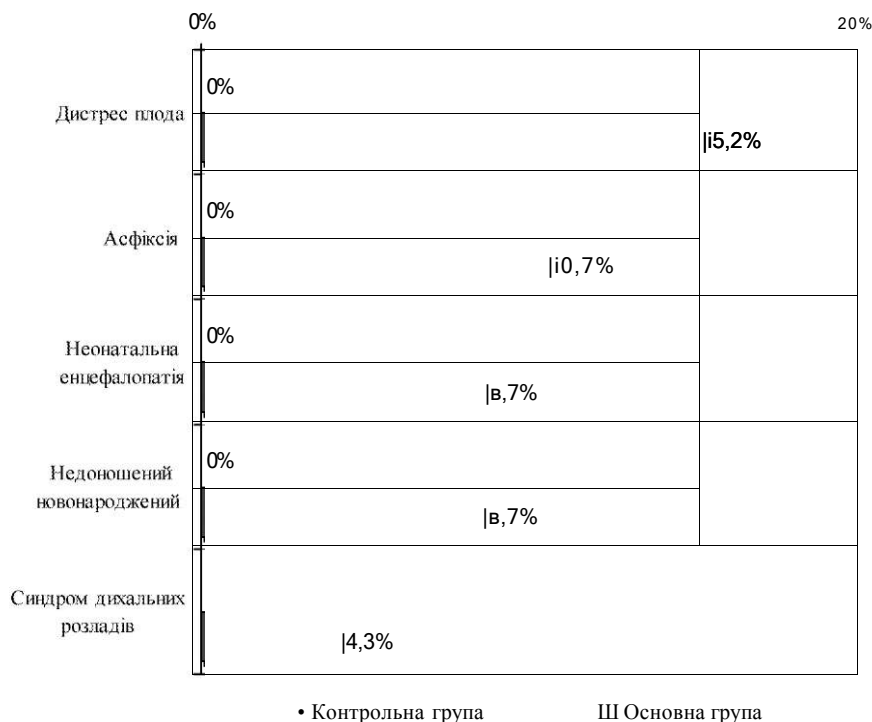


Рис. 1. Характеристика перинатальних ускладнень в групах дослідження.

Неонатальна енцефалопатія мала місце тільки в основній групі, частота якої склала 4,3 %. У 5 (10,9 %) дітей основної групи ранній неонатальний період ускладнився розвитком неонатальної жовтяниці і тільки у 1 (2,9 %) випадку у контрольній групі.

На підставі антропометричних досліджень новонароджених нами не встановлено достовірної різниці між їх основними показниками (маса та зріст). За результатами морфометрії середня маса дітей народжених жінками основної групи склала 3366,9±71,5 гр. та 3590,6±76,1 гр. у контрольній групі (p>0,05). Варто зазначити і про відсутність кореляційного зв'язку між вищезазначеними показниками та рівнем тривожності.

Частота макросомії була майже однаковою в групах дослідження, так в основній групі її частота склала 15,2 %, а в контрольній - 14,3 %. При розрахунку масо-ростових параметрів новонароджених, частота затримки росту плода в основній групі склала 23,9 % і була дещо вищою у порівнянні з групою контролю - 17,1 %, однак статистично достовірної різниці не встановлено (p>0,05).

ВИСНОВКИ. 1. На підставі проведеного дослідження встановлено, що ускладнений перебіг пологів в

3,5 рази частіше мав місце у жінок основної групи (52,1 %), рівень ситуативної тривожності яких був середнім та високим, у порівнянні з жінками з низьким її рівнем - контрольна група (14,3 %). Висока частота патологічних пологів вплинула на частоту абдомінального розродження, частота якого в основній та контрольній групах склала 19,6 % та 2,9 % відповідно.

2. Перинатальні наслідки розродження у жінок основної групи характеризуються високим рівнем дистресу плода у пологах (15,2 %), асфіксією новонароджених (10,7 %) і, як наслідок, неонатальною енцефалопатією (8,7 %). На підставі антропометричних досліджень новонароджених не встановлено статистично достовірної різниці між їх основними показниками в групах дослідження, а також відсутній кореляційний зв'язок між вищезазначеними показниками та рівнем як ситуативної, так і особистісної тривожності.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Результати проведеного дослідження свідчать про доцільність своєчасної психодіагностики та розробки психокорекційної програми вагітних з середнім та високим рівнем тривожності, що матиме на меті вплинути на частоту акушерських та перинатальних ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Баранов А. А. Реализация требований законодательства по предотвращению репродуктивных потерь - важная составляющая демографической политики государства / А. А. Баранов, Б. Т. Величковский, В. Р. Кучма // Российский педиатрический журнал - 2010. - № 5. - С. 4-7.

2. Добряков И. В. Перинатальная психология / И. В. Добряков // Мир медицины. - 2000. - № 5-6. - С. 45-46.

3. Кузнецова В. І. Рекомендації щодо організації психологічної допомоги жінкам з ускладненим перебігом вагіт-

Акушерство та гінекологія

ності/В. І. Кузнецова//ВісникХНУ ім. В. Н. Каразіна. Серія «Психологія». - 2010. - № 902 - С. 154-159.

4. Куріліна Т. В. Неонатальна адаптація новонароджених від матерів зі звичним невиношуванням вагітності ендокринного ґенезу (патогенез, профілактика та лікування перинатальних пошкоджень): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня док. мед. наук: спец. 14.01.10 «Педіатрія» / Т. В. Куріліна. - Київ, 2006. - 36 с.

5. Ласая Е. В. Невротические и соматоформные расстройства у беременных// Мед. новости. - 2003. - №5. - С. 3-7.

6. Лобода М. В. Стандарти (клінічні протоколи) санаторно-курортного лікування / за загальною редакцією М. В. Лободи, К. Д. Бабова, Т. А. Золотарьової, Л. Я. Гріняєвої. - К.: «КІМ», 2008. - 384 с.

7. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: учебное пособие / В. Д. Менделевич. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 432 с.

8. Пальчик А. Б. Токсические энцефалопатии новорожденных/А. Б. Пальчик, Н. П. Шабалов - М.: МЕДпресс-информ, 2009. - С. 160.

9. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебн. пособие/Д. Я. Райгородский (редактор составитель). - Самара: Бахрах-М, 2002. - 672 с.

10. Романова Т. А. Формирование здоровья детей периода новорожденности в современных условиях/Т. А. Романова, Е. В. Подсвинова // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия Медицина. Фармация. - 2011. - № 16 (111), Вып. 15 - С. 145-148.

11. Сурмач М. Ю. Уровень тревожности женщины во время беременности и медико-социальные факторы, влияющие на него / М. Ю. Сурмач, О. Г. Богдан, А. В. Синицкая // Вестник Смоленской государственной медицинской академии - 2012 - № 2. - С. 12-18.

12.Тютюнник В. Л. Психоэмоциональные расстройства при беременности. Необходимость их коррекции / В. Л. Тютюнник, О. И. Михайлова, Н. А Чухарева // Русский медицинский журнал. - 2009. - № 20, Т. 17. - С. 1386-1388.

13. Филиппова Г. Г. Психология материнства: учебное пособие / Г. Г. Филиппова. - М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. - 239 с.

Отримано 21.01.14