

В.Ф. Нагорная, А.М. Татарова, Л.Н. Гура

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И ЕГО КОРРЕКЦИЯ ПРИ УГРОЗЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ*Одесский государственный медицинский университет*

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И ЕГО КОРРЕКЦИЯ ПРИ УГРОЗЕ ПРЕРЫВАНИЯ ВАГИТНОСТИ. Обстежена группа практически здоровых не вагітних, вагітних і пацієнок з загрозою переривання (167 жінок). По клінічному опитуванні для виявлення невротичних станів (К.К.Яхин, В.М.Менделевич) знайдено, що у практично здорових не вагітних жінок по різних шкалах станів психоемоціонального здоров'я в цілому від 6,7 % (ШВН) до 33,3 % (ШИТР) жінок, під час фізіологічної вагітності – від 13,3 % (ШТ) до (27,9 %) пацієнок. При загрози переривання психоемоційний статус характеризується станом дезадаптації або гіперадаптації. Застосування ДЕНС в комплексній терапії дозволило знизити медикаментозну навантаження і зберегти вагітність у всіх обстежених. В групі порівняння вагітність збережена у 93 % випадків за рахунок довготривалої гормональної терапії.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И ЕГО КОРРЕКЦИЯ ПРИ УГРОЗЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ. Обследована группа практически здоровых небеременных, беременных и пациенток с угрозой прерывания (167 женщин). По клиническому опроснику для выявления невротических состояний (К.К.Яхин, В.М.Менделевич) обнаружено, что у практически здоровых небеременных женщин по разным шкалам состояние психоэмоционального здоровья составляет от 6,7 % (ШВН) до 33,3 % (ШИТР) женщин, во время физиологической беременности – от 13,3 % (ШТ) до (27,9 %) пациенток. При угрозе прерывания психоэмоциональный статус характеризуется состоянием дезадаптации или гиперadaptation. Применение ДЭНС в комплексной терапии позволило снизить медикаментозную нагрузку и сохранить беременность у всех наблюдаемых. В группе сравнения беременность сохранена в 93 % случаях за счет длительной гормональной терапии.

PSYCHO-EMOTIONAL STATUS AND ITS CORRECTION BY THREAT OF PREGNANCY. A group of practically healthy unpregnant, pregnant and patients in danger of interruption pregnancy was examined (167 female patients). It was revealed that according to clinical questionnaire for neurotic states practically healthy unpregnant female patients showed different scales of state, psychoemotional health level from 6,7 % to 33,3 % in period of physiological pregnancy from 13,3 % to 27,9 % . In danger of pregnancy interruption majority of female patients are in state of desadaptation or hyperadaptation. DENS complex therapy application allowed to decrease medicinal load and to save pregnancy in all cases. In a comparable group pregnancy was saved in 93 % of cases by means of long-term hormonal therapy.

Ключевые слова: беременность, угроза прерывания, ДЭНС-терапия.

Ключевые слова: беременность, угроза прерывания, ДЭНС-терапия.

Key words: pregnancy, danger of interruption, DENS-therapy.

ВСТУП. Особенности психического состояния женщины во время беременности на протяжении многих лет привлекают внимание специалистов.

При этом отмечается как эмоционально отрицательная роль беременности, так и положительная. О благоприятном влиянии беременности на различные психические расстройства писал еще Гиппократ, указывая на то, что «Истерическим девушкам я предписываю замужество, чтобы они излечились беременностью».

Всевозможные особенности в психологическом состоянии женщины во время беременности можно рассматривать в качестве проявления адаптации организма и личности женщины к наступившей беременности и оценивать эти проявления с позиции различных уровней адаптации. На биологический уровень адаптации в первую половину беременности заметное влияние оказывают яичники, во вторую – плацента. Тонус вегетативной нервной системы по мере развития беременности повышается скачкообразно, обнаруживая существование своеобразных критических

периодов для материнского организма. С позиции анализа нейродинамических процессов эмоциональное состояние беременных характеризуется тем, что при наличии положительного фона имеет место активное состояние корковых процессов, обеспечивающих охранительную функцию головного мозга (увеличивается порог болевой чувствительности, что особенно важно в последние месяцы беременности) [1,2].

Любая беременность, в том числе и протекающая нормально, сама по себе является источником большего или меньшего психического напряжения, в силу чего безразличные в прошлом элементы среды и ситуации приобретают иное субъективное значение и становятся причиной личностных реакций. Любой внешний стресс в виде неблагоприятных бытовых, социальных, экономических факторов, вредных привычек, любой экстрагенитальной патологии будет препятствовать адаптации, и вызывать стресс-индуцированные состояния [3]. Selye описал патогенез стресса, введя понятие адаптационного синдрома – неспецифической реакции организма, в которой

различают три фазы: тревоги, сопротивления и истощения, ведущие к соматическим изменениям [1].

К таким состояниям можно отнести самопроизвольное прерывание беременности, особенно привычное, когда развивается синдром нереализованного материнства, проявляющий себя невротическими нарушениями.

Невынашивание беременности, как проблема, является в настоящее время одной из ключевых в акушерско-гинекологической практике [2,4]. По сути своей это не заболевание, а симптом неблагополучия гормональной, иммунной, нервной систем, результат инфицирования и т.д. Однако, при явной полиэтиологичности разные формы невынашивания объединяет наличие психосоматической окраски. Все стандартные методы лечения предполагают применение медикаментозной терапии (гестагены, спазмолитики, нестероидные противовоспалительные средства, препараты магнезии), которая иногда вырастает до размеров полипрагмазии. Редко лечащий врач учитывает состояние психоэмоционального статуса. В лучшем случае назначаются медикаментозные транквилизаторы, действие которых на организм плода непредсказуемо, особенно во взаимодействии с другими препаратами.

Цель исследования: Улучшить исход беременности у пациенток с угрозой ее прерывания, повысить адаптивные возможности организма путем применения немедикаментозного метода регуляторной терапии (динамическая электронейростимуляция).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Под наблюдением находились 167 женщин, которые сформировали 4 клинические группы:

I – практически здоровые небеременные (n = 30) – I контрольная группа;

II – практически здоровые беременные (n = 68) – II контрольная группа;

III – беременные с угрозой прерывания, получавшие стандартное лечение (n = 39) – группа сравнения;

IV – беременные с угрозой прерывания, где проводилось комплексное лечение с ДЭНС-терапией (n = 30) – группа основная. Группы были относительно идентичны по возрасту, паритету, этиологии (у 75,2 % гипопункция яичников), парамедицинским критериям (социально-экономический статус, образование, бытовые условия, и др.) Все беременные находились в сроке от 6 до 22 недель.

Первобеременных было 70, повторнобеременных – 67. Среди повторнобеременных у 13 (19,5 %) предыдущие беременности закончились родами, у 23 (34,2 %) родами и абортами, у 5 (7,6 %) родами и самопроизвольными выкидышами, у 10 (14,9 %) абортами, у 7 (10,4 %) самопроизвольными выкидышами, у 2 (3,0 %) мертворождениями, у 7 (10,4 %) в анамнезе роды, аборт и самопроизвольное прерывание беременности.

Из анамнеза выяснено, что средний возраст менархе составил $12,8 \pm 1,2$ лет. Жалобы на нарушение

цикла по типу неустановившегося цикла имелись у 4 (2,9 %) пациенток. Экстрагенитальная патология имела место у 47 (34,3 %) беременных:

- заболевания ЖКТ у 8 (17,1 %);
- хронический пиелонефрит у 14 (29,8 %);
- миопия средней и тяжелой степени у 4 (8,5 %);
- заболевания сердца (порок митрального клапана, пролапс митрального клапана с выраженной регургитацией) у 2 (4,2 %);
- заболевания нервной системы (нейроциркуляторная дистония, астено-невротический, цефалгический синдромы и др.) у 19 (40,4 %) беременных.

Гинекологические заболевания отмечены в анамнезе у 52 (37,9 %) пациенток: из них 42 (30,6 %) – эрозия шейки матки, 17 (12,4 %) – СПКЯ и 87 (63,5 %) – хронический сальпингоофорит.

При обследовании на наличие TORCH-инфекции методом ИФА выявили, что носителями токсоплазмоза являются 4 (2,9 %), цитомегаловируса и герпетической инфекции 1 и 2 типа 4 (2,9 %) беременных с привычным невынашиванием беременности, краснухи – 1 (0,7 %) пациентка.

Беременные III и IV клинических групп предъявляли жалобы на боли внизу живота – 69 (100 %), на кровянистые выделения из половых путей – 18 (26,0 %). На УЗИ отмечен повышенный тонус матки у 69 (100 %) пациенток, незначительная отслойка плаценты и ретрохориальная гематома у 16 (23,1 %), повышение КПИ у 59 (85,5 %) беременных.

Психоэмоциональное состояние оценивали по клиническому вопроснику К.К.Яхина, Д.М. Менделевича для выявления и оценки невротических состояний [1,5], состоящему из 68 вопросов. Для каждой женщины определялась сумма баллов, которая характеризует ее адаптивность и стрессоустойчивость по 6 шкалам: шкала тревоги (ШТ), шкала невротической депрессии (ШНД), шкала астении (ША), шкала истерического типа реагирования (ШИТР), шкала обсессивно-фобических нарушений (ШОФН), шкала вегетативных нарушений (ШВН).

Для интерпретации результатов диагностических коэффициентов по каждой из 6 шкал выстраивался график. Состояние, соответствующее показателям от + 1,28 до – 1,28, расценивалось, как отвечающее благополучию. Показатель более + 1,28 указывает на повышенную адаптивную способность по данному симптомокомплексу, менее – 1,28 говорит о болезненном характере выявленных расстройств (состояние дезадаптации).

Для чрезкожной динамической нейроэлектростимуляции применяли аппарат ДиаДЭНС-ДТ в режиме «Тест» при минимальном энергетическом диапазоне и режиме «Терапия» на частоте 77 Гц при комфортном энергетическом уровне [6]. Воздействие проводили в проекции выхода ветвей тройничного нерва на лице по 2 мин. на каждую из 6-ти точек. Курс до 7 процедур.

Все исследования у беременных проводили и оценивали в динамике до начала лечения и по окончании курса лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЯ.

Анализ полученных данных при обследовании беременных показал наличие в их жизни множества стресс-факторов, как психических, так и эмоциональных низкой и средней интенсивности, которые действуют, практически, непрерывно и зачастую наслаиваются друг на друга. Проведенное исследование дало возможность увидеть, что большинство пациенток неадекватно оценивают свое состояние и не осознают повышенного психоэмоционального напряжения. При более тщательном сборе анамнеза довольно часто встречаются жалобы на возникновение тревоги и беспокойства по мелочам или без видимой причины, невозможность сконцентрироваться, утомляемость, нарушение процесса засыпания.

Характеристика группы практически здоровых небеременных женщин (I контрольная группа): в состоянии нормы по разным шкалам находилось всего от 6,7 % (ШВН) до 33,3 % (ШИТР) обследуемых. В состоянии дезадаптации от 23,4 % (ШОФН) до 46,7 % (ША) и в гипердаптации от 33,3 % (ШОФН) до 63,3 % (ША).

Во время физиологической беременности (II контрольная группа) все показатели психоэмоционального статуса улучшаются (рис. 1), что можно объяснить реакцией организма, обеспечивающей адаптацию женщины к беременности и, в частности, к родам.

У пациенток с угрозой прерывания беременности (основная группа и группа сравнения) отмечаются

психологические изменения, которые вызывают дезадаптацию и наиболее четко прослеживаются по шкалам тревоги (27,6 %), невротической депрессии (24,7 %), астении (33,3 %) и вегетативных нарушений (34,8 %). Во всех группах обращает на себя внимание высокий процент женщин в состоянии гипердаптации по всем шкалам вопросника (рис.2). Мы считаем, что данное состояние можно назвать условным благополучием, которое является временным, и может привести к истощению адаптивных сил организма, в т.ч. и к резкому переходу в состояние дезадаптации, что значительно усугубляет состояние психоэмоциональной сферы.

В основной группе непосредственной реакцией на сеанс ДЭНС-терапии были: улучшение сна (100 %), исчезновение необоснованного беспокойства и тревоги у 26 (86,7 %), снижение утомляемости, апатии (100 %), уменьшение или полное снятие повышенного тонуса матки. Побочных реакций на проводимое лечение не было.

Комплексная терапия с ДЭНС позволила снизить медикаментозную нагрузку и сохранить беременность у 100 % пациенток, а в группе сравнения при использовании длительной гормональной терапии в 93 % беременных. Прослеживается положительная динамика в изучаемой психоэмоциональной сфере, в то время как в группе сравнения значительных изменений в нормализации состояния не отмечается (рис.3).

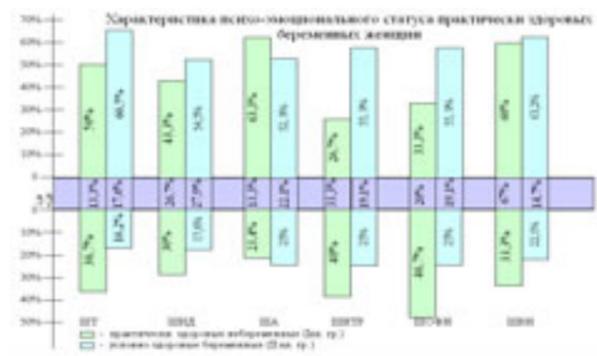


Рис.1

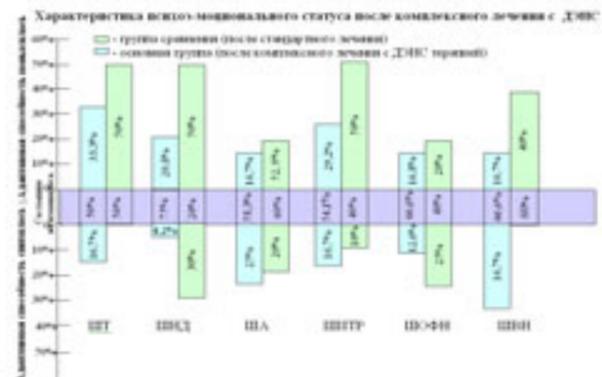


Рис.3

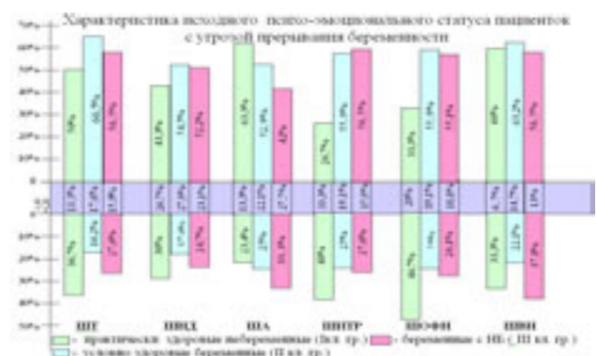


Рис.2

Наиболее выражено на комплексное лечение отреагировали такие симптомокомплексы как: тревога, вегетативные нарушения (нормализация психоэмоционального статуса-100 %), невротическая депрессия (нормализация состояния в 70 % случаев), истерический тип реагирования (нормализация в 90 % случаев). Однако, по шкалам обсессивно-фобических нарушений и невротической депрессии наблюдается снижение адаптивной способности в процентном соотношении в основной группе. Полученные данные, по рекомендации психологов, требуют анализа через длительное время для учета последствия терапии.

ВЫВОДЫ:

1. Современная женщина, находящаяся под влиянием многих стрессов, вступает в состояние бере-

менности в состоянии дезадаптации и требует проведения коррекции на прегравидарном этапе:

2. Во время беременности (защитная функция коры головного мозга) часть женщин переходит в состояние гипердаптации.

3. ДЭНС-терапия в комплексном лечении угрозы прерывания позволяет создать комфортные условия для протекания беременности, уменьшить медикамен-

тозную нагрузку, снять симптомы угрозы прерывания и сохранить беременность.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПОДАЛЬШИХ ИССЛЕДОВАНИЙ.

Изучения состояния психического напряжения, а также факторов приводящих к развитию синдрома нерезализованного материнства в значительной степени поможет в решении проблем невынашивания беременности.

Література

1. Менделевич В.В. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие -5-е изд.-М.:МЕДпресс-инфарм,2005.-186-198,250,399 с.

2. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство. – СПб.: Сотис,2001.-311с.

3. Татарчук Т.Ф Стресс и репродуктивная функция женщины. /Международный эндокринологический журнал.- № 3 (5).-2006.-с.7

4. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В, Крегер Ф, Ледерах-Гофманн К. Психосоматичний хворий на прийомі у лікаря.- АДЕФ – Україна. Київ, 1997. с. 28,40.

5. Малкина – Пык И.Г. Справочник практического психолога. – Москва, ЗКСМО. 2005.- 53, 102, 113, 120 с.

6. ДИА ДЭНС Руководство по динамической электростимуляции аппаратами Диа ДЭНС-Т и Диа ДЭНС-ДТ. Екатеринбург.- 2005.- с.64

УДК 618.146-006.03+618.15-022

В.А. Маляр, В.В. Маляр, В.В.Маляр

ДОБРОЯКІСНІ ПРОЦЕСИ ШИЙКИ МАТКИ У ЖІНОК НА ТЛІ АСОЦІЙОВАНОЇ ВАГІНАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Ужгородський національний університет

ДОБРОЯКІСНІ ПРОЦЕСИ ШИЙКИ МАТКИ У ЖІНОК НА ТЛІ АСОЦІЙОВАНОЇ ВАГІНАЛЬНОЇ ІНФЕКЦІЇ. Вивчена кольпоскопічна картина у 106 жінок з фоновими процесами шийки матки і асоційованою вагінальною інфекцією. Встановлено, що для різних видів інфекційних асоціантів можуть виникати особливі патогномонічні зміни, які потребують пошуку нових діагностично-лікувальних підходів.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ПРОЦЕССЫ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН НА ФОНЕ АССОЦИИРУЕМОЙ ВЛАГАЛИЩНОЙ ИНФЕКЦИИ. Изучена кольпоскопическая картина в 106 женщин с фоновыми процессами шейки матки и ассоциируемой влагалищной инфекцией. Установлено, что для разных видов инфекционных асоциантов могут возникать особенные патогномонические изменения, которые нуждаются в поиске новых диагностически-лечебных подходов.

BACKGROUND PROCESSES IN UTERUS WOMEN ASSOCIATED VAGINAL INFECTION. A colposcopic picture in 106 women with the background processes of neck of uterus and associated vaginal infection is studied. It is set that for different types of infectious associated there can be the special changes which need the search of new diagnostically-medical approaches.

Ключові слова: фонові процеси шийки матки, асоційовані вагінальні інфекції, кольпоскопія.

Ключевые слова: фоновые процессы шейки матки, ассоциируемые влагалищные инфекции, кольпоскопия.

Key words: background processes of neck of uterus, associated vaginal infections, colposcopic.

ВСТУП. На сьогодні одним з головних напрямків запобігання онкологічних захворювань репродуктивної системи є проблема своєчасної діагностики і ефективного лікування фонових захворювань шийки матки, які посідають одне з перших місць в структурі гінекологічної захворюваності і складають близько 80 % від усіх патологічних змін шийки матки [3, 6,8].

Останнім часом у науковій літературі інтенсивно дискутуються питання про важливу роль фонових захворювань в розвитку карциногенезу [2,3,4,8].

Серед факторів, що сприяють виникненню фонових та передракових патологічних станів шийки матки, важливе значення відводиться захворюванням, які передаються статевим шляхом [1,4,5,10]. Відсутні єдині погляди на роль маніфестації персистуючої урогенітальної інфекції у виникненні фонових патологічних процесів шийки матки, що мають тропність до циліндричного та плоского неороговіваючого епітелію і які здатні викликати стійке вогнище ураження тканин шийки матки. Зазвичай мікроорганізми, що в нормі