

УДК 618.439:159.9:615.851–036.8

ТАЦИЙ В.Н., ЛАСАЧКО С.А.

Донецкий национальный медицинский университет им.М. Горького

Донецкий республиканский центр охраны материнства и детства

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ЖЕНЩИНАМ ПОСЛЕ ПОТЕРИ ЖЕЛАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ КАК ЧАСТЬ ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

**РЕФЕРАТ.** Цель данного исследования – обоснование необходимости психологической помощи и медицинской реабилитации после потери желанной беременности в первом триместре.

**Материал и методы.** Нами был проведен анализ психологического статуса и состояния репродуктивного здоровья (РЗ) 110 женщин после самопроизвольного аборта (СА) в первом триместре (группа I). Контрольную (II) группу составили 190 условно здоровых небеременных женщин (без СА в анамнезе).

**Результаты.** Средний возраст обследованных женщин составил  $34,2 \pm 1,0$  лет и основной и  $32,6 \pm 0,5$  в контрольной группе.

При изучении характеристик менструальной функции (МФ), которая является ведущим маркером состояния РЗ, у пациенток после СА достоверно меньше оказался процент женщин с регулярным менструальным циклом по сравнению с контролем. Диффузные дисгормональные заболевания молочных желез исходно выявлены в группах не различались, но через 6 месяцев в группе после СА уже превышали показатели контрольной группы в 1,7 раза,  $p < 0,05$ . По данным психологического исследования эмоционального состояния у женщин I группы выявлены следующие особенности: повышение личностной и реактивной тревожности ( $38,4 \pm 2,1\%$  и  $47,6 \pm 2,2\%$ ), как следствие – снижение жизненной энергии, повышенная истощаемость у  $28,2 \pm 1,5\%$ . Наблюдается умеренное повышение показателей депрессивности и ипохондрии. При этом результаты психологического исследования в отношении настроения в контрольной группе продемонстрировали низкие показатели личностной тревожности или отсутствие таковой в психологическом статусе личности, а также низкие показатели реактивной тревожности на момент исследования.

**Выводы.** Данное исследование продемонстрировало наличие значительного влияния СА как на психологическое, так и на репродуктивное здоровье женщины. Что диктует необходимость более углубленного изучения взаимосвязи психологического и гормонального дисбаланса в организме женщины после потери желанной беременности, и, в дальнейшем, разработки программ медицинской и психологической реабилитации, независимо от дальнейших репродуктивных планов женщины на ближайшее время.

**Ключевые слова:** репродуктивное здоровье, самопроизвольный аборт, менструальная функция, молочная железа, психологическая помощь.

Человек, его жизнь и здоровье являются наивысшими ценностями государства. На демографическую ситуацию и состояние здоровья населения влияет комплекс политических, экономических, социальных факторов. Состояние репродуктивного здоровья (РЗ) – неотъемлемая составляющая здоровья нации в целом и имеет стратегическое значения для обеспечения позитивного развития общества [2, 8].

К сожалению, несмотря на значительные достижения последних лет в охране РЗ, по-прежнему остается актуальной проблема невынашивания беременности. Согласно статистическим данным, каждая пятая беременность заканчивается выкидышем [11, 13]. Данное печальное событие влечет за собой целую цепь негативных психологических и медицинских последствий, в том числе для РЗ женщины в будущем [9, 10]. Протокол,

существующий в настоящее время, предусматривает только оказание медицинской помощи непосредственно при самопроизвольном аборте (СА), а программы реабилитации ориентированы на женщин с привычным невынашиванием и направлены на успешное донашивание беременности.

В то же время, мы считаем, что данный контингент женщин нуждается в медицинской и психологической реабилитации и разработке комплекса мер, направленных на профилактику нарушений психологического и РЗ после потери даже одной желанной беременности, включая те случаи, когда пациентка в ближайшее время не планирует беременность [6, 7, 11, 12].

**Цель** исследования: обоснование необходимости психологической помощи и медицинской реабилитации у женщин после потери желанной беременности в первом триместре.

## Материал и методы

Нами был проведен анализ психологического статуса и состояния РЗ 110 женщин после самопроизвольного аборта (СА) в первом триместре (группа I). Контрольную (II) группу составили 190 условно здоровых небеременных женщин (без СА в анамнезе).

Состояние репродуктивной системы оценивали по результатам клиническо-анамнестического, ультразвукового (УЗИ) и лабораторных методов исследования. Также выполняли обследование молочных желез (МЖ) с использованием клинического, ультразвукового, рентгенологического (с 40 лет), цитологического методов. УЗИ МЖ выполнялось на аппарате Siemens, Германия, линейным датчиком с частотой 10 МГц по стандартной методике в реальном масштабе времени.

Психологическое консультирование проводилось в рамках клинической беседы в форме полуструктурированного интервью (в обычно принятой в психологическом консультировании форме). Особенность его состоит в необходимости учитывать состояние женщины и связь всех ее переживаний с утратой. В беседу включались необходимые для сбора информации и коррекции темы. Проводилось анкетирование для уточнения формальных данных и оптимизации сбора информации. Использовали наиболее подробный из известных опросников ММРІ (Миннесотский многоаспектный личностный опросник (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, ММРІ, содержит 556 вопросов, охватывающих все стороны субъективных проявлений самочувствия женщины). Для осуществления количественной оценки степени выраженности астенических признаков женщины отмечали не только их наличие или отсутствие, но и частоту возникновения или длительность действия. Это достигалось введением градации признаков астении с оценкой по четырехбалльной системе, причем по возрастанию или убыванию частоты их проявления. Для диагностического исследования использовались также методы диагностики тревожно-депрессивных состояний, метод динамического наблюдения, инограмма с проработкой материнской линии (желательно в трех поколениях) для построения семейной модели материнства и детства, метод транзактного анализа для диагностики и коррекции психологических состояний женщин [1, 3, 4, 5].

Критерии исключения из исследования: органическая патология гипофиза; ятрогенная (медикаментозная) гиперпролактинемия; злока-

чественные опухоли любой локализации в настоящее время и в анамнезе; наличие тяжелой (инвалидизирующей) соматической патологии.

Использовались стандартные методы статистики. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета для анализа и обработки данных табличного редактора Microsoft Excel.

## Результаты и обсуждение

Средний возраст обследованных женщин составил  $34,2 \pm 1,0$  года в основной и  $32,6 \pm 0,5$  в контрольной группах.

При осмотре МЖ диффузные дисгормональные заболевания (ДЗМЖ) исходно выявлены в 48 (43,6%) в I группе и в 56 (29,5%) во II-й ( $p > 0,05$ ), но через 6 месяцев после СА эти показатели уже имели достоверные отличия: 58 (52,7%) в I группе и в 57 (30,0%) во II-й,  $p < 0,05$ .

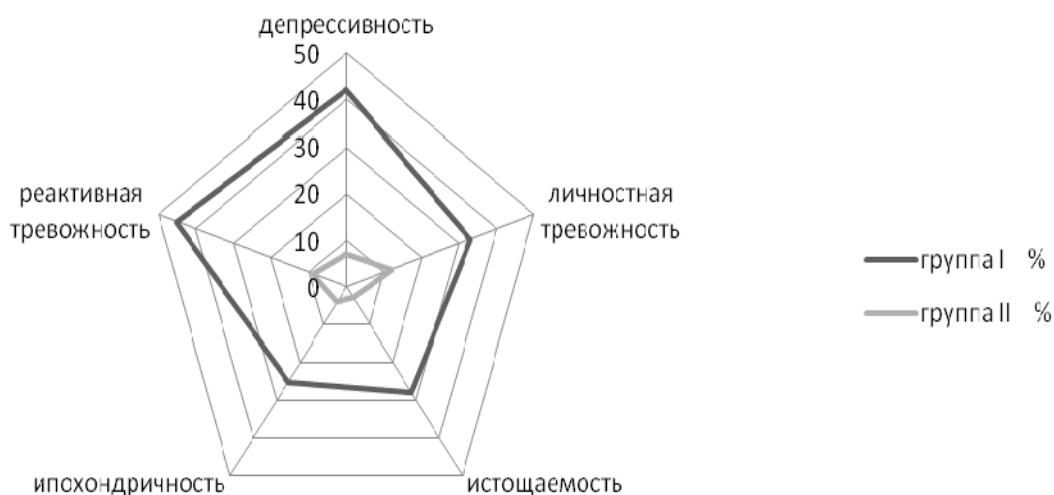
При изучении характеристик менструальной функции (МФ), которая является ведущим маркером состояния РЗ, был обнаружен ряд отличий у пациенток после СА. Так, в основной группе достоверно меньше оказался процент женщин с регулярным менструальным циклом по сравнению с контролем (табл.). Нами также установлено, что процент женщин с кровомазаниями накануне менструации, которые являются признаком НЛФ, был достоверно выше в основной группе, чем в контроле.

**Таблица. Некоторые характеристики менструальной функции у женщин в исследуемых группах (абс., %)**

Показатель	Группа, N	
	Основная, N=110	Контроль, N=190
Регулярный цикл	93 (84,5%)*	137 (93,2%)
Альгодисменорея	43 (39,0%)	52 (35,4%)
Наличие кровомазаний за 2-10 дней до менструации	15 (14,0%)*	4 (2,7%)

Примечание. \* – достоверное различие с показателями контрольной группы,  $p < 0,05$

В результате психологического исследования выявилось, что среди причин, провоцирующих психологическую (душевную) боль у женщин с СА в анамнезе одна из ведущих ролей принадлежит психогенным факторам с психологическим конфликтом в основе, который может быть различным в зависимости от значимости беременности в жизни женщины.



**Рис. Психологический профиль пациенток после СА в первом триместре в сравнении с контролем (%)**

Результаты показали, что у женщин основной группы после СА боль потери слишком высока, психологическое состояние разбалансировано, а именно: завышен уровень тревожности, снижен фон настроения, фиксация на психотравмирующих обстоятельствах. По данным психологического исследования эмоционального состояния у женщин I группы (после СА в первом триместре) в отношении настроения выявлены следующие особенности: повышение личностной и реактивной тревожности ( $38,4 \pm 2,1\%$  и  $47,6 \pm 2,2\%$ ), как следствие – снижение жизненной энергии, повышенная истощаемость у  $28,2 \pm 1,5\%$  (рис.). Также наблюдается умеренное повышение показателей депрессивности и ипохондрии. При этом результаты психологического исследования в отношении настроения в контрольной группе продемонстрировали низкие показатели личностной тревожности или отсутствие таковой в психологическом статусе личности, а также низкие показатели реактивной тревожности на момент исследования. Кроме того, в контроле отсутствует повышение показателей по остальным шкалам исследования. Различие между группами по всем приведенным показателем статистически достоверно,  $p < 0,05$ .

## Выводы

Таким образом, данное исследование продемонстрировало наличие значительного влияния самопроизвольного аборта как на психологическое, так и на репродуктивное здоровье женщины. Возникает и поддерживается психологическая (душевная) боль за счет внутреннего конфликта, несогласия с происходя-

щим, что, в свою очередь, также негативно сказывается на таких маркерах состояния репродуктивного здоровья, как менструальная функция и состояние молочных желез. В частности, в данном исследовании продемонстрировано повышение частоты развития нарушений менструального цикла и дисгормональных заболеваний молочных желез у данной категории пациенток.

Все вышеизложенное диктует необходимость более углубленного изучения взаимосвязи психологического и гормонального дисбаланса в организме женщины после потери желанной беременности, и, в дальнейшем, разработки программ медицинской и психологической реабилитации, независимо от дальнейших репродуктивных планов женщины на ближайшее время.

## Список литературы

1. Астахов В.М. Методы психодиагностики индивидуально-психологических особенностей женщин в акушерско-гинекологической клинике. Донецк: Норд-Пресс, 2010. С. 133-139.
2. ВОЗ. Мониторинг достижения всеобщего доступа к репродуктивному здоровью на национальном уровне. Концептуальные и практические вопросы. Соответствующие индикаторы: отчет о техническом совещании, 13-15 марта 2007 г. Женева, 2010. 54 с.
3. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб.: Питер, 2010. 272с.
4. Михайлов Б.В. Проблемы оценки эффективности и качества оказания психотерапевтической помощи. // Укр. вісник психоневрології. 2010. Т.18, вып.3 (64). С. 137.
5. Перинатальная психология и медицина. Мат. Межд. конф. Иваново, 2011.

6. Пишечная М.Г. Феномен стресса. Эмоциональный стресс и его роль в патологии // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. 2002. № 1. С. 21-23.
7. Молочные железы и гинекологические заболевания: от общности патогенетических воззрений к практическим решениям / В.Е. Радзинский, И.М. Оди-яни, М.Н. Масленникова, Е.А. Павлова // Репродуктивная эндокринология. 2014. № 2(16). С. 72-80.
8. Сергейко И.В., Бубновская А.А. Современные тенденции репродуктивного здоровья женщин // Клинический опыт Двадцатки. 2015. № 2 (26). С. 25-30.
9. Ласачко С.А. Опыт применения циклодинона в комплексном лечении нарушений менструального цикла и дисгормональных заболеваний молочных желез // Здоровье женщины. 2007. № 4. С. 110-114.
10. Татарчук Т. Ф., Ефименко О.А., Тутченко Т.Н. Мастодиния на фоне хронического стресса у женщин активного репродуктивного возраста // Здоровье женщины. 2009. № 10 (46).
11. Чайка В.К., Ласачко С.А., Кващенко В.П. Профілактика дисгормональних захворювань молочних залоз у жінок після спонтанного абортів в першому триместрі вагітності // Репродуктивное здоровье женщины. 2008. № 3. С. 134–138.
12. Cyclical Mastalgia and Breast Cancer Risk: Results of A French Cohort Study/ Plu-Bureau G. [et al.] // Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention. 2006. Vol. 15. P. 1229-1231.
13. Smith M. L., Schust D. J. Endocrinology and recurrent early pregnancy loss // Semin. Reprod. Med. 2011. Vol. 29, № 6. P. 482-490.

08.09.2017

TATSIY V.N., LASACHKO S.A.

Donetsk National Medical University named after M. Gorky  
Donetsk republic center for maternity and childhood protection

**PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO WOMEN AFTER LOSS  
OF THE DESIRED PREGNANCY IN THE FIRST TRIMENON AS A PART  
OF THE MEDICAL REHABILITATION PROGRAM**

**SUMMARY. Aim:** to study the need for psychological care and medical rehabilitation after the loss of a desired pregnancy in the first trimenon.

**Materials and methods.** We conducted an analysis of the psychological status and condition of the reproductive health (RH) of 110 women after spontaneous abortion (SA) in the first trimenon (group I). The control (II) group consisted of 190 conditionally healthy non-pregnant women (without a history of SA).

**Results.** The average age of the examined women was  $34.2 \pm 1.0$  years in the study group and  $32.6 \pm 0.5$  years in the control group. When studying the characteristics of the menstrual function (MF), which is the leading marker of the RH condition, the percentage of women with a regular menstrual cycle was significantly less in patients after SA than in the control. Diffusive dyshormonal diseases of the breast, which were initially detected in the groups, did not differ, but after 6 months in the group after the SA they already exceeded the parameters of the control group by 1.7 -fold,  $p < 0.05$ . According to the psychological study of the emotional state in women in the group I, the following characteristics were revealed in relation to mood: increased personal and reactive anxiety ( $38.4 \pm 2.1\%$  and  $47.6 \pm 2.2\%$ ), as consequence – decrease in vital energy, increased exhaustion in  $28.2 \pm 1.5\%$ . There is a moderate increase of the indicators of depression and hypochondria. At the same time, the results of a psychological study on mood in the control group showed low indices of personal anxiety or lack thereof in the psychological status of a person, as well as low rates of reactive anxiety at the time of the study.

**Conclusions.** This study demonstrated the significant impact of SA on both the psychological and the RH of women. All of the above mentioned dictates the need for more in-depth study of the relationship between the psychological and hormonal imbalances in the woman's body after the loss of the desired pregnancy, and, subsequently, the development of programs for medical and psychological rehabilitation, regardless of the woman's future reproductive plans for the near future.

**Key words:** reproductive health, spontaneous abortion, menstrual function, breast, psychological help