

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ ім. М.І. ПИРОГОВА**

**ТАРАСЮК ОЛЕНА КОСТЯНТИНІВНА**

УДК: 616.891:618.3:618.179-084:577.1:615.015

**ПСИХОСОМАТИЧНІ ПОРУШЕННЯ У ВАГІТНИХ З ЗАГРОЗОЮ  
ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ, ЯКІ СТРАЖДАЛИ БЕЗПЛІДДЯМ**

**14.01.01 – акушерство та гінекологія**

**Автореферат  
дисертації на здобуття наукового ступеня  
кандидата медичних наук**

**Вінниця – 2008**

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І. Пирогова МОЗ України.

**Науковий керівник:** доктор медичних наук, професор

**Мазорчук Борис Федорович**, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова МОЗ України, завідувач кафедри акушерства та гінекології №1.

**Офіційні опоненти:**

- доктор медичних наук, професор **Ліхачов Володимир Костянтинович**, ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія” МОЗ України, професор кафедри акушерства та гінекології;
- доктор медичних наук, професор **Юзько Олександр Михайлович**, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, завідувач кафедри акушерства та гінекології.

Захист відбудеться “\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 2008 р. о \_\_\_\_\_ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 05.600.01 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова МОЗ України (21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56).

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова МОЗ України (21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56).

Автореферат розісланий “\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 2008 р.

Вчений секретар  
спеціалізованої вченої ради  
доктор медичних наук, професор

С.Д. Хіміч

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** Патологія вагітності і пологів займає провідне місце серед факторів, що мають негативний вплив на здоров'я матері і дитини. За даними ряду авторів, спостерігається зростання акушерської патології, материнської та перинатальної захворюваності та смертності, що пов'язують із впливом негативних соціально-економічних чинників, погіршенням екологічної ситуації, масовою невротизацією населення (Гойда Н.Г., 2005; Гордієнко С.М., 2005).

Стан репродуктивного здоров'я в Україні викликає особливе занепокоєння: створилися несприятливі умови життя, які призвели до погіршення стану психічного та соматичного здоров'я. А саме від стану репродуктивного здоров'я залежить не лише рівень народжуваності, а й життєздатність майбутніх поколінь (Бабич Т.Ю., 2005; Войтенко В.П., Кошель Н.М., 2005).

Невиношування вагітності – вагоме ускладнення, яке не дає реалізуватися материнству багатьох жінок (Айламазян Э.К. и соавт., 2002; Чайка В.К. и соавт., 2003). Частота цієї патології складає 15 – 20 % (Сидельникова В.М., 2002, 2003; Коханевич Є.В. і співавт., 2001), вона ускладнюється високим рівнем перинатальної захворюваності і смертності (Шалина Р.И. и соавт., 2004; Куріліна Т.В., 2006).

Безпліддя в шлюбі - важлива і достатньо складна сучасна медико - соціальна проблема. За даними ВООЗ, останнє 10-річчя у всіх високорозвинених країнах світу, поруч із низькою народжуваністю, спостерігається збільшення числа безплід-них шлюбів. На сьогодні небажане безпліддя стосується 10,0-15,0 % українських сімей, що у кількісному вимірі становить близько 1 млн. безплідних подружніх пар в Україні (Грищенко В.И. и соавт., 2002; Юзько О.М. та співавт., 2005).

Значні успіхи, досягнуті у діагностиці та лікуванні безпліддя жінок, призвели до збільшення числа вагітностей та пологів у даного контингенту хворих (Іванюта Л.І., 2001, 2002, 2005; Говоруха І.Т., 2005). Перебіг вагітності, яка настала після лікування безпліддя, супроводжується багатьма ускладненнями. Одним із найчастіших є загроза її переривання (26,0 - 87,6 %) та невиношування (до 30,0 %) (Аржанова О.Н., 1999; Лыся Т.Н. и соавт., 2002; Чернишова Л.Є., 2005). Тому ос-таннім часом на Україні все більш актуальним стає питання профілактики невино-шування вагітності у жінок, у яких вона настала після перенесеного безпліддя.

Вагітність є надзвичайно потужним емоційним чинником та істотно впливає на всі психосоматичні складові життєдіяльності жінки (Долецкая Д.В. и соавт., 2006; Мурашко О.А., 2004). Психологічні зміни, що виникають під час розвитку ускладненої вагітності, викликають дизадаптацію, яка підтримує та

сприяє прогресуванню патологічних процесів в організмі жінки (Могілевкіна І.О., 2006; Филиппова Г.Г., 2003).

Таким чином, усе це вказує на актуальність проблеми і спонукає до пошуку нових заходів профілактики загрози переривання вагітності у жінок з безпліддям в анамнезі, з врахуванням комплексу соціально-економічних особливостей, гормонального фону та психологічного статусу.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Виконана робота є фрагментом планової науково-дослідної роботи кафедри акушерства та гінекології №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова - "Клініко-математичний метод прогнозування, профілактики і лікування деяких видів акушерської та гінекологічної патології внаслідок впливу факторів зовнішнього середовища і виробництва" (№ держреєстрації 0196U004907).

**Мета дослідження.** Зниження рівня невиношування вагітності у жінок, які страждали безпліддям, шляхом розробки комплексної системи заходів з профілактики загрози переривання вагітності у них на основі поглибленого вивчення соціально-психологічних особливостей, гормонального фону та соматичного стану здоров'я.

**Завдання дослідження:**

1. Провести аналіз перебігу вагітності у жінок з невиношуванням для визначення основних факторів ризику виникнення цієї патології.

2. Вивчити вплив на перебіг вагітності соціально-економічних чинників та способу життя вагітних з фізіологічним перебігом та з загрозою її переривання.

3. Визначити динамічні зміни біохімічних показників та рівня прогестерону протягом всього періоду гестації у вагітних з безпліддям в анамнезі.

4. З'ясувати особливості психосоматичного стану жінок з фізіологічним перебігом вагітності та вагітних, які перенесли безпліддя, для визначення взаємозв'язку з виникненням у них загрози переривання вагітності.

5. Розробити прогностичні моделі високого ризику невиношування вагітності у жінок з безпліддям в анамнезі та запровадити індивідуальну комплексну профілактику цієї патології у них.

*Об'єкт дослідження* – психосоматичний стан вагітної, соціально-економічні чинники, гормональний статус при невиношуванні вагітності.

*Предмет дослідження* – вивчення особливостей соматичного статусу, економічних чинників та способу життя, динамічних психологічних та біохімічних, у тому числі гормональних, змін при невиношуванні вагітності та перенесеному безплідді в анамнезі, а також розробка способу профілактики невиношування

вагітно-сті у жінок, які страждали безпліддям, з врахуванням даних психологічного статусу.

*Методи дослідження* - загально-клінічні, соціально-медичні, психологічні, лабораторні та інструментальні. Обробка результатів проводилась різними статистично-математичними методами.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Вперше виявлені медико-соціальні та соціально-психологічні чинники ризику виникнення та розвитку невиношування вагітності у жінок, які перенесли безпліддя.

Вперше встановлений вплив психологічних особливостей жінок, які перенесли безпліддя в анамнезі, на перебіг у них вагітності та пологів. Визначені шляхи індивідуальної психокорекції.

Створені та впроваджені в практику охорони здоров'я індивідуальні прогностичні моделі розвитку невиношування вагітності у жінок з безпліддям в анамнезі в залежності від їх соціально-психологічного статусу та клініко-біологічних чинників.

Розроблена науково обґрунтована система заходів з комплексної профілактики загрози переривання вагітності у жінок, які страждали безпліддям в анамнезі, з урахуванням медико-соціального, психологічного та лабораторного обстеження вагітних, починаючи з моменту постановки їх на облік.

**Практичне значення отриманих результатів.** На підставі проведених досліджень створено та впроваджено в практику охорони здоров'я індивідуальну систему прогнозування невиношування, що дозволяє визначати ступінь ризику виникнення цієї патології в залежності від клініко-біологічних, медико-соціальних та психологічних особливостей вагітної, а також виділяти групи високого ризику по невиношуванню вагітності. Розроблена методика комплексного ведення вагітності у жінок, які перенесли безпліддя та профілактики невиношування у них, з врахуванням соціально-психологічного та клініко-лабораторного обстеження, з наступним проведенням індивідуальної медикаментозної та психологічної корекції психоемоційного стану вагітної у кожному окремому випадку, що знижує ризик виникнення загрози переривання вагітності та покращує репродуктивне здоров'я жінок.

Методичні рекомендації, затверджені та рекомендовані до публікації експертною комісією „Акушерство та гінекологія” АМН і МОЗ України (протокол № 5 від 23.12.05 р.), впроваджені на кафедрі акушерства та гінекології Івано-Франківського державного медичного університету, у гінекологічному відділенні Ужгородської обласної клінічної лікарні, жіночій консультації Полтавського міського клінічного пологового будинку, міському клінічному пологовому будинку м. Чернівців і на кафедрі акушерства та гінекології № 1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова.

**Особистий внесок здобувача.** Автором особисто вибрана тема, визначена адекватна мета і розроблена програма досліджень, самостійно виконаний пошук та аналіз літератури за темою дисертації, проведене обґрунтування та планування роботи. Самостійно зібрана первинна інформація і проведений її детальний аналіз. Особисто проведене вивчення психологічного стану та результатів лабораторних (у тому числі гормонального) та інструментальних досліджень вагітних з безпліддям в анамнезі. Сформульований опитувальник по дослідженню соціальних факторів у вагітних для прогнозування індивідуального ризику невиношування вагітності, який впроваджений в практичній медицині у вигляді методичних рекомендацій. Розроблена тактика ведення вагітності у жінок, які перенесли безпліддя, для запобігання у них невиношування. Статистична обробка отриманих даних, теоретичне узагальнення та інтерпретація результатів дослідження проведені здобувачем самостійно.

Матеріали дисертації повністю відображені в опублікованих працях.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення дисертації оприлюднені на VIII університетській (XXXXI вузівській) науково–практичній конференції молодих вчених та фахівців (Вінниця, 2004), науково-практичній конференції „Актуальні питання сучасного акушерства” (Вінниця, 2004), XX, XXI та XXII науково-практичних конференціях Вищих медичних закладів освіти Вінницького регіону (2004, 2005, 2006), Міжнародній науково-практичній конференції „Актуальні питання сучасного акушерства” (Тернопіль, 2006), Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю „Безпліддя. Реалії та перспективи” (Чернівці, 2006), викладені у збірнику наукових праць, затвердженому ВАК України „Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики” (Луганськ, 2007), у методичних рекомендаціях „Індивідуальна первинна профілактика невиношування вагітності у жінок з різним соціальним статусом”, а також на апробаційній раді Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова 20 червня 2007р. Теоретичні та практичні положення дисертації включені до програм навчання та лекційних курсів для студентів на кафедрі акушерства і гінекології №1 ВНМУ ім. М.І. Пирогова.

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковані 11 наукових робіт: 5 статей у фахових наукових журналах та збірнику наукових праць, затверджених ВАК України (з них 2 одноосібні), 3 статті та 2 тез у збірках матеріалів науково-практичних конференцій; видані 1 методичні рекомендації. Зміст проведеного дисертаційного дослідження відображено в публікаціях повністю.

**Структура дисертації.** Дисертаційна робота викладена державною мовою, повний обсяг сягає 209 сторінок комп'ютерного тексту (з них 150 сторінок основного тексту) і складається зі вступу, огляду літератури, описанням матеріалів та методів дослідження, 3 розділів власних досліджень, аналізу та

узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, 7 додатків. Список використаних джерел літератури включає 285 робіт кирилицею та 28 латиницею. Дисертація ілюстрована 103 таблицями (29 в основному тексті), 14 ілюстраціями.

## ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

**Матеріали та методи дослідження.** Виконання поставленої мети та задач дослідження проводилось у двох напрямках. Для вивчення впливу клініко-анамнестичних, соціальних та психологічних чинників на виникнення невиношування вагітності були проаналізовані результати обстеження 608 вагітних, з яких 399 мали загрозу переривання даної вагітності і 209 вагітних з фізіологічним перебігом вагітності.

Первинне обстеження 608 вагітних, вік яких складав 17-38 років, проводили в термінах вагітності до 12 тижнів і воно включало комплексне клініко-психологічне обстеження. В подальшому ці жінки були обстежені також у II та III триместрах вагітності, з інтервалом між психологічним обстеженням не менше 2 тижнів. Таким чином, вагітні цієї групи були комплексно обстежені протягом вагітності тричі.

Детально проаналізований перебіг вагітності і пологів у обстежених жінок за даними медичної документації, враховуючи особливості перебігу вагітності, наявність і характер акушерської та екстрагенітальної патології в період гестації, тривалість, перебіг та ускладнення пологів, обсяг медичної допомоги, що надавалась в пологах, стан плода протягом всього перинатального періоду, особливості раннього післяпологового періоду.

Клініко-лабораторне і психологічне дослідження проводили серед 199 жінок з вилікуваним безпліддям, з них 87 вагітних основної групи та 112 вагітних групи порівняння. Вагітні основної групи отримували запропонований комплекс профілактичних заходів, який включав психологічну та медикаментозну корекцію, і був направлений на попередження виникнення у них невиношування вагітності; група порівняння мала традиційне ведення вагітності. Комітет з біоетики Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова встановив (протокол № 12 від 13. 06. 2007 р.), що дослідження не суперечать біоетичним нормам.

Всі жінки, які досліджувалися, перебували на обліку в зв'язку з вагітністю в жіночій консультації № 1 м. Вінниці і вагітність у них завершилась пологами або самовільним викиднем. В спеціально розроблену анкету заносились дані проведеного комплексного соціально-медичного, клініко-психологічного та лабораторних методів дослідження. Критеріями для встановлення діагнозу невиношування вагітності були скарги, дані анамнезу, результати

загальноклінічних, кольпоцитологічних, інструментальних, гормональних методів дослідження.

На основі отриманих даних проведено розробку системи прогнозування та математичного моделювання невиношування вагітності для врахування у розробці комплексу медико-соціальних заходів з первинної профілактики ускладнень вагітності і пологів.

Необхідну кількість спостережень, яка забезпечувала репрезентативність одержаних даних, було визначено за допомогою формули межової помилки. Для вирішення питання щодо статистичної достовірності виявлених розбіжностей враховували критерій відповідності Пірсона -  $\chi^2$ . Вивчення психологічного стану вагітних проводили тричі за вагітність – раз на триместр такими тестами: СБОО (скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості); тест МКВ (метод кольорових виборів), варіант тесту Люшера; шкали реактивної та особистісної тривожності Spilberger в модифікації Ханіна. Лабораторне та інструментальне дослідження вагітних проводили згідно Наказів МОЗ України № 503 (від 28.12.2002 р.) і № 582 (від 15.12.03 р.); додатково раз на триместр досліджували рівень прогестерону та показники гормональної кольпоцитології. Математична обробка проводилась з використанням пакетів програм обробки баз даних „FoxPro” і статистичних програм Mathcad 6.0, Microsoft Word, Microsoft Excel.

**Результати дослідження та їх обговорення.** При аналізі вікових особливостей вияснили, що в групі жінок з невиношуванням вагітності достовірно більша кількість (30,8 %) попадає в прогностично менш сприятливі вікові групи до 18 років та понад 28 ( $p < 0,05$ ).

Відповідно до наших досліджень, дані вивчення впливу соціально-медичних факторів на виникнення невиношування, показали, що ризик невиношування вагітності тісно корелює ( $p < 0,01$ ) з перенесеними стресами під час вагітності (з переважанням хронічних, у тому числі значної вираженості;  $\chi^2 = 51,1$ ), середньою або вищою освітою вагітної ( $\chi^2 = 23,8$ ;  $p < 0,01$ ), соціальним статусом (жінки–службовці,  $\chi^2 = 14,1$ ;  $p < 0,01$ ), що можна пояснити більшим стресовим навантаженням; неповним складом сім'ї ( $\chi^2 = 43,4$ ;  $p < 0,01$ ), незадовільними житловими умовами ( $\chi^2 = 25,4$ ,  $p < 0,01$ ), обмеженням можливості постійного спілкування з близькими людьми ( $\chi^2 = 15,5$ ;  $p < 0,01$ ), недостатністю нічного сну та відпочинку (відповідно, у 22,6 % та 21,3 %;  $p < 0,01$ ), негативною самооцінкою стану здоров'я ( $\chi^2 = 27,5$ ;  $p < 0,01$ ) та психологічним неблагополуччям ( $\chi^2 = 7,7$ ;  $p < 0,01$ ). Наявний достовірний зв'язок виникнення невиношування з небажаністю вагітності для самої жінки ( $p < 0,05$ ). Орієнтування вагітної на допомогу у забезпеченні та вихованні дитини достовірно виявило ( $p < 0,01$ ), що жінки, вагітність яких супроводжувалась невиношуванням, здебільшого сподівалися у цьому питанні на себе та на чоловіка, на противагу



вагітним з фізіологічним перебігом вагітності, де було більше жінок, які сподівалися на допомогу чоловіка та рідних, або сподівалися на допомогу лише рідних (психологічна підтримка). Наявність шкідливих звичок також корелює з частотою невиношування вагітності ( $p < 0,05$ ).

Дослідження жінок з безпліддям в анамнезі показало, що вік настання у них даної вагітності був переважно 18 - 28 років (77,0 % в основній та 67,9 % в групі порівняння), але вік понад 28 років переважав у жінок, які мали невиношування під час даної вагітності в обох групах (21,8 % та 32,1 % відповідно,  $p < 0,05$ ).

При вивченні інших соціально-психологічних факторів, нами встановлено, що серед жінок з безпліддям в анамнезі вагомим виявились вища освіта, відсутність дітей в сім'ї ( $p < 0,05$ ), незадоволеність відносинами з чоловіком, ( $p < 0,05$ ), а також відсутність друзів та близьких людей ( $p < 0,05$ ). Стреси під час вагітності мали загалом 65,2 % жінок з безпліддям в анамнезі, при цьому переважали тривалі (хронічні) та важкі стреси, і достовірно частіше вони супроводжували невиношування вагітності ( $p < 0,05$ ).

Результати вивчення особливостей анамнезу показали, що важливе значення відіграють ( $p < 0,05$ ) характер менструацій (рясні та скудні, болісні), що, очевидно, є відображенням гормонального дисбалансу; наявність і кількість вагітностей в анамнезі та попередніх пологів (особливо, передчасних), а також абортів (штучних і самовільних), перенесений в анамнезі кесарський розтин, патологічний перебіг попередніх пологів та наявність післяабортних ускладнень ( $p < 0,05$ ). Не менш важливим ( $p < 0,01$ ) є зв'язок з перенесеними гінекологічними захворюваннями (верхнього відділу) та операціями до вагітності (частіше - порожнинними), а також безпліддям в анамнезі. Крім того, мають значення ( $p < 0,05$ ): перенесені до вагітності інфекційні захворювання (зокрема, специфічні), захворювання нирок, алергічні реакції в анамнезі, новоутворення матки та яєчників; вузький таз ( $p < 0,01$ ), що може бути пов'язано з інфантилізмом.

Серед вагітних, які перенесли безпліддя дані анамнезу показали, що значущими факторами в генезі невиношування ( $p < 0,05$ ) є також характер менструацій, але з переважанням гіперполіменореї та альгодисменореї, операції в анамнезі (порожнинні, на статевих органах та позапорожнинні), інфекційні захворювання (переважали неспецифічні), алергія та захворювання шлунково-кишкового тракту. Крім того, виникнення невиношування вагітності у цих жінок пов'язане з видом безпліддя – частіше виникає при первинному (58,6 % в основній групі та 59,8 % – в групі порівняння); формою безпліддя - частіше ендокринною (78,2 % в основній та 70,5 % – в групі порівняння;  $p < 0,05$ ). Тривалість безпліддя серед жінок досліджуваних груп (199 осіб) частіше становить 1 - 2 роки (62,1 % в основній та 44,6 % в групі порівняння,  $p < 0,05$ ), а при тривалості безпліддя 3-5 років (29,9 % та 34,8 % в обох групах,  $p < 0,05$ ) викає неодноразова загроза переривання вагітності.

Серед жінок обох груп, які перенесли безпліддя, дана вагітність наступила внаслідок застосування допоміжних репродуктивних технологій у 3,5 % осіб в основній та 3,6 % в групі порівняння.

Вивчення особливостей перебігу вагітності серед жінок з невиношуванням показало, що серед них частіше ( $p < 0,05$ ) виникали: гестози, ізосенсибілізація по групам крові та резус-фактору, істміко-цервікальна недостатність. Крім того, у них виявили достовірно більшу ( $p < 0,05$ ) кількість інфекційних захворювань, нейроциркуляторної дистонії та перенесених під час вагітності оперативних втручань; особливо тісним виявився зв'язок з розвитком анемії ( $p < 0,01$ ). Дистрес плода супроводжував вагітність у жінок з невиношуванням вагітності та жінок з безпліддям в анамнезі у 30,3 % та 56,8 % відповідно ( $p < 0,05$ ).

Аналізуючи перебіг вагітності серед жінок з безпліддя в анамнезі, з'ясували, що поруч з анемією, достовірний зв'язок з невиношуванням вагітності у них мав хронічний токсоплазмоз ( $p < 0,05$ ).

Досліджуючи перебування вагітної у стаціонарі, встановлено, що жінки з невиношуванням госпіталізувалися у стаціонар достовірно частіше ( $p < 0,01$ ): одноразово – 53,1 % вагітних, неодноразово – 17,8 %.

Вивчаючи перебіг пологів та раннього післяпологового періоду у жінок, вагітність яких супроводжувалася загрозою переривання вагітності, виявлена висока частота низької маси тіла новонароджених ( $p < 0,05$ ) та підвищений ризик передчасних пологів ( $p < 0,05$ ), а також більш часте використання різних ліків при знеболюванні пологів у ( $p < 0,05$ ).

У жінок, які перенесли безпліддя, мали місце ті ж фактори, але більше виражені: дещо частіше народжувалися діти з дефіцитом маси ( $p < 0,05$ ), передчасними пологами завершилось 14,8 % вагітностей і з них усі жінки мали загрозу її переривання ( $p < 0,05$ ); крім того, достовірно частіше зустрічалися відхилення у тривалості пологів, зокрема, виникнення слабкості пологової діяльності ( $p < 0,05$ ) та застосовування стимуляції пологової діяльності ( $p < 0,05$ ), а також несвоєчасне відходження навколоплідних вод ( $p < 0,05$ ). Дистрес плода у пологах зустрічався у 15,9 % і супроводжував лише вагітних із загрозою переривання під час вагітності ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, на ризик невиношування вагітності мають вплив ряд специфічних акушерських (порушення менструального циклу, особливості паритету) та загальносоматичних чинників (перенесені гінекологічні та деякі інфекційні захворювання), патологічний перебіг вагітності та пологів з дистресом плода, передчасними пологами, які вимагають надання жінці оперативної допомоги та використання багато медикаментів у пологах. При безплідді в анамнезі ці фактори виражені більш різко та значно ускладнюють перебіг пологів та стан плода і новонародженого.

Для комплексного об'єктивного вивчення стану жінок, які перенесли безплід-

дя в анамнезі, нами проводилось також лабораторне дослідження. При аналізуванні отриманих показників встановлений прямий зв'язок ( $p < 0,05$ ) виникнення загрози переривання вагітності з запальним процесом слизової оболонки піхви, причому при першому обстеженні частіше інших збудників зустрічалися кандиди. При другому обстеженні (28-30 тижнів) серед збудників переважав лептотрикс та лейкоцитоз.

Рівень прогестерону достовірно ( $p < 0,05$ ) відображає загрозу переривання вагітності, так, знижені його показники зустрічаються у I та II триместрах вагітності у однакової кількості вагітних групи порівняння (12,5 %) в основній групі знижений рівень прогестерону в I триместрі спостерігався у 16,1 % вагітних (так як в цій групі було дещо більше жінок з ендокринною формою безпліддя). При динамічному спостереженні за групою порівняння ми встановили, що у III триместрі кількість вагітних зі зниженими показниками прогестерону становить вже 7,1 %. При цьому спостерігається тенденція до дещо частішого виявлення відхилень від нормальних показників у жінок з неодноразовою загрозою переривання даної вагітності. Кольпоцитологічне дослідження показало підвищену естрогенову насиченість у вагітних з безпліддям в анамнезі, при цьому виявлений достовірний зв'язок з невиношуванням вагітності ( $p < 0,05$ ), частіше неодноразовим.

За даними УЗД в III триместрі спостерігалась тенденція до більш частого виникнення невиношування вагітності при поєднанні патологій, при цьому у більшості з них загроза переривання даної вагітності була неодноразовою ( $p < 0,05$ ). Також у групі порівняння в динаміці спостерігалась тенденція до збільшення кількості жінок з ознаками дистресу плоду – в II триместрі таких було 2,7 %, а в III триместрі вже 10,7 %. За даними КТГ дистрес плоду достовірно пов'язаний з невиношуванням під час вагітності ( $p < 0,05$ ).

Достовірний вплив на перебіг вагітності та виникнення загрози переривання вагітності має наявність TORCH-інфекції ( $p < 0,05$ ): поєднаної, токсоплазмозу, цитомегаловірусної інфекції. При цьому на неодноразову загрозу переривання вагітності свій вплив справляла ще й краснуха (червоничка), а також герпес.

Дослідження інших лабораторних показників, таких як загальноклінічні аналізи, біохімічний склад крові та коагулограма, достовірного зв'язку з невиношуванням у жінок, які перенесли безпліддя, під час вагітності не виявило.

За основними лабораторними показниками основна група та група порівняння серед жінок, які перенесли безпліддя, є порівнювальними.

Отже, крім клінічних даних, необхідно враховувати дані комплексного обстеження вагітних, яке включає результати доступних методів додаткової

діагностики, що використовуються найчастіше. Провівши відповідну корекцію, можна покращити перебіг вагітності, зокрема, зменшити частоту її переривання.

Особливості психологічного стану жінок з невиношуванням вагітності, які ми вивчали, виявилися наступними: за даними тесту СБОО у них відмічається тривога, підвищена акцентованість на неприємних соматичних відчуттях, схильність інтерпретувати їх як загрозливі для власного здоров'я та плоду, емоційна напруга та неспокій. Це свідчить про тривожний, напружений, неспокійний психологічний стан з вираженими елементами соматичної фіксації, нерідко з астенізацією. Результати обстеження вагітних за допомогою тесту МКВ підтверджують і доповнюють дані попереднього дослідження: підвищена подразнюваність, сенситивність, наявність протективних захисних реакцій особистості, соматичних фіксацій, емоційної напруги. Дослідження особистісної та реактивної тривожності показало дещо вищий їхній рівень (45,4 бали та 45,1 бали). Крім того, у цих жінок середні рівні тривожності мали 47,1 %, а 46,6 % мали підвищені її рівні ( $p < 0,05$ ). Тобто, жінки основної групи постійно перебували під дією хронічного стресового фактору, яким є невиношування вагітності.

У жінок з безпліддям в анамнезі має місце багаторічна психотравмуюча ситуації безпліддя, а звістка про вагітність, що настала, є психоемоційним стресом та джерелом нових негативних переживань. Дослідження за тестом СБОО таких жінок виявили приховану тривогу і напруження, посилені соматичними фіксаціями, що також підтверджується високими показниками по шкалі реактивної тривожності. Загалом, такі жінки частіше виявляють ознаки депресивних, іпохондричних та астенічних рис, ніж жінки, які не мали в анамнезі безпліддя.

У жінок, які окрім безпліддя, страждали невиношуванням вагітності, ознаки депресії стають домінуючими. Переважання депресивних ознак у жінок з невиношуванням є несприятливим психологічним фактором, що потребує відповідної психокорекції.

Результати обстеження вагітних за допомогою МКВ підтверджують і доповнюють попередні дані. Показник особистісної тривожності жінок, які перенесли безпліддя, наближається до верхньої межі норми, а реактивної - незначно вищий за середній (45,1 бали). При цьому виявляється деяке переважання високих її рівнів (втричі більше, ніж контрольної групи,  $p < 0,05$ ).

Таким чином, комплексне психологічне обстеження вагітних свідчить, що у жінок з невиношуванням вагітності, а також вагітних, які перенесли безпліддя в анамнезі, наявні спільні риси - прихована тривога і напруження, посилені соматичними фіксаціями, помірно збільшені показники реактивної та особистісної тривожності; у них частіше виявляються ознаки депресивних, іпохондричних та астенічних рис. При поєднанні безпліддя з невиношуванням вже в I триместрі

даної вагітності ознаки депресії стають домінуючими, з переважанням жінок з високими рівнями особистісної та реактивної тривожності.

Досліджуючи психологічну динаміку при вагітності у 399 жінок з невиношуванням виявлено, що починаючи з II триместру у них з'являються ознаки астенизації, зростання показників депресії, і поступове формування патологічного психологічного стану з домінуванням соматичних фіксацій, переважанням депресивного настрою, вираженою емоційною лабільністю. В III триместрі ці тенденції стають найбільш наочними і досягають максимальної вираженості в останні тижні перед пологами, що може бути пов'язане з тривожним їх очікуванням. Результати аналізу динаміки психологічних характеристик за тестом МКВ підтверджують ці тенденції. Дослідження динаміки реактивної тривожності в процесі вагітності показує поступове зростання її рівня, що свідчить про більший стресогенний ефект патологічної вагітності порівняно з фізіологічною.

Динамічне спостереження за психологічним станом вагітних з безпліддям в анамнезі виявило, що при невиношуванні у них протягом всього періоду вагітності зберігається прихована або соматизована депресія, з переважанням тривожності та соматичних фіксацій. Динаміка психологічних характеристик за даними МКВ також підтверджує ці дані. Аналіз динаміки реактивної тривожності у жінок, які перенесли безпліддя, свідчить про поступове наростання його рівня протягом всього періоду вагітності. У вагітних, що перенесли безпліддя і мають ознаки невиношування, рівень реактивної тривожності перевищує середній показник вже у II триместрі вагітності.

Таким чином, динамічні психологічні характеристики вказують на те, що починаючи з II триместру у вагітних з загрозою переривання вагітності відбуваються негативні психологічні тенденції, які більше проявляються у жінок з безпліддям в анамнезі: з'являються ознаки астенизації та зростання показників депресії і поступове формування патологічного психологічного стану з домінуванням соматичних фіксацій, вираженою емоційною лабільністю. В III триместрі ці ознаки при поєднанні безпліддя в анамнезі з невиношуванням даної вагітності стають більш виражені.

Тому нами вирішено виробити тактику ведення вагітності у жінок, що перенесли безпліддя, яка включає комплексне обстеження та своєчасну медикаментозну та психологічну корекцію виявлених патологічних станів для попередження у них невиношування вагітності.

За анамнестичними та лабораторними даними жінки основної групи (87 осіб) та групи порівняння (112 осіб), які перенесли безпліддя, були тотожними, що дозволило їх порівнювати.

Жінкам основної групи, які перенесли безпліддя в анамнезі, проводилась вироблена нами тактика ведення вагітності, згідно якої особливої уваги вагітні

заслужували в критичні терміни вагітності – 8 - 12, 16 - 22, 26 - 28 та 32 - 34 тижні; профілактичні заходи були індивідуальними для кожної жінки та комплексними, враховувались отримані результати обстеження вагітної з моменту постановки її на облік по вагітності.

Розроблений нами комплекс заходів по профілактиці загрози викидня включав: до 12 тижнів вагітності - лабораторні обстеження, з обов'язковим гормональним (прогестерон), кольпоцитологічним та психологічним обстеженням вагітної. Комплекс медикаментозних засобів в цей період - спазмолітична терапія, вітамінотерапія та седативні препарати. Для психологічної адаптації до вагітності

жінкам проводилися індивідуальні бесіди одразу після взяття на облік.

При виявленні відхилень у гормональному статусі та відсутності клінічних проявів загрози переривання вагітності, а також нормальному УЗД проводилась корекція гормональними препаратами: дуфастоном по 2 табл. (20 мг) на добу, або утрожестаном по 100 - 200 мг всередину чи вагінально.

У II триместрі - повторний гормональний контроль та психологічне обстеження. При встановлених психологічними методами відхиленнях проводилась психокорекція, призначались заспокійливі засоби, спазмолітики та полівітамінні (вітаміно-мінеральні) комплекси; при зниженому рівні прогестерону та відсутності клінічних проявів загрози переривання вагітності, підтверджених УЗД призначались ті ж гормональні препарати, в тих же дозуваннях, дуфастон - до 20 тижнів вагітності, утрожестан інтравагінально. При запальному процесі в піхві проводилась її санація місцевим препаратом, діючою речовиною якого є хлоргексидину біглюконат (Гексикон).

У III триместрі - другий курс психокорекції після психологічного тестування, спазмолітики та полівітаміни. Повторний контроль прогестерону, при необхідності – утрожестан по 200 – 400 мг на добу до 34 тижня. При виявленні порушеного стану плода проводилась корекція. Перед пологами - у жінок з запальним процесом піхви проводилась санація вагінальними супозиторіями Гексикон – по одній на ніч 5 днів. Всі вагітні пройшли психо-профілактичну підготовку до пологів у школі безпечного материнства з 30 тижнів.

Психологічна корекція включала в себе раціональну психотерапію та аутогенне тренування (за Шульцем).

Застосовуючи медикаментозні засоби, ми враховували фармакокінетику препарату, відсутність тератогенної та ембріотоксичної дії, не використовували тривалих курсів лікування, зважали на сумісність різних препаратів.

Враховуючи встановлене нами провідне значення в профілактиці невиношування вагітності у обстежених жінок психологічного стану вагітних, на початку наводимо результати психокорекції у них

Після проведеної психокорекції в II триместрі вагітності у повторному психологічному обстеженні відображається адаптація вагітної до нових соматичних відчуттів, спричинених вагітністю, а в групі порівняння зберігалися тривожно-депресивні ознаки. Ознаки імпульсивності та ригідності у жінок основної групи зміщуються більш інтенсивно, тоді як у жінок групи порівняння зберігалися емоційна лабільність та психастенія. За тестом МКВ серед жінок основної групи спостерігається поступове зміщення кольорового вибору до типового вибору жінок з фізіологічною вагітністю. Дослідження реактивної тривожності також підтверджують зазначені тенденції, крім того серед жінок основної групи побільшало вагітних з низьким рівнем тривожності до 9,2 % проти 1,8 % групи порівняння ( $p < 0,05$ ).

У III триместрі після другого курсу психокорекції профіль СБОО характеризується варіантом нормального профілю здорових людей, він більш збалансований, гармонійний і має кращі прогностичні перспективи. Це підтверджується результатами тесту МКВ та аналогічною динамікою в рівнях реактивної тривожності: питома вага жінок із низьким рівнем реактивної тривожності в основній групі продовжувала зростати, на противагу групі порівняння. В основній групі також зменшилась кількість вагітних з високим рівнем реактивної тривожності, тоді як питома вага таких жінок в групі порівняння дещо збільшилась – до 48,2 %.

Таким чином, одержані результати психологічного обстеження вагітних, які перенесли безпліддя і отримували крім традиційного лікування психокорекцію, свідчать про ефективність застосованих нами методик. Так, у них зменшились депресивні явища, ознаки соматичних фіксацій та іпохондричних проявів, зменшилась тривожність, стабілізувався загальний психологічний стан.

Результати запропонованого нами профілактичного комплексу оцінювалися клінічно – скаргами, які могли б вказувати на загрозу переривання вагітності, підтвердженими об'єктивно та лабораторно, а також за допомогою УЗД.

В основній групі, завдяки виробленій нами тактиці ведення вагітності та корекції ускладнень, виявлених на доклінічній стадії, частота загрози переривання вагітності зменшилась на 51,0 % ( $p < 0,01$ ) (табл. 1), частота випадків неодноразової загрози переривання під час даної вагітності - на 48,6 % ( $p < 0,01$ ).

Ефективність запропонованого способу профілактики невиношування вагітності підтвержені даними лабораторних та інструментальних досліджень, що відображають загрозу переривання вагітності. Спостерігалась тенденція до збільшення кількості вагітних з нормальними показниками рівня прогестерону в крові на 2,5 % у III триместрі, порівняно з жінками групи порівняння, проте порівнюючи в динаміці з II триместром, їхня кількість збільшилась на 16,1 %, на відміну від 5,4 % вагітних з традиційним веденням вагітності.

**Виникнення загрози переривання вагітності у обстежених жінок, які перенесли безпліддя в анамнезі**

Загроза переривання вагітності	Основна група		Група порівняння		Всього		$\chi^2$	p
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
Немає	63	72,4	24	21,4	87	43,7	51,73	<0,01
Так	24	27,6	88	78,6	112	56,3		
Всього	87	100,0	112	100,0	199	100,0		

Дані кольпоцитологічного дослідження в II триместрі свідчать, що вагітних основної групи з показниками, які відповідають терміну вагітності, було на 11,1 % більше, ніж в групі порівняння ( $p < 0,01$ ). У III триместрі нормальні показники зустрічались у жінок основної групи на 10,2 % більше порівнювальної, склавши 97,7 % ( $p < 0,05$ ). За даними УЗД у II триместрі вагітності загроза переривання вагітності зустрічалась на 16,4 % меншій кількості жінок, ніж у групі порівняння, спостерігалась тенденція до зменшення дистресу плода, поєднана патологія за даними УЗД зменшилась на 10,4 %; загалом, нормальні показники УЗД виявлялися на 21,9 % частіше в основній групі жінок ( $p < 0,05$ ). У III триместрі жінок з нормальними показниками УЗД було на 4,8 % більше групи порівняння, загрози переривання вагітності за даними УЗД в основній групі не було зовсім, на відміну від групи порівняння; дистрес плоду зустрічався на 5,0 % менше, ніж в групі порівняння; поєднаної патології зменшилося на 12,4 % ( $p < 0,05$ ).

Стан плоду за оцінкою КТГ показав, що дистрес плоду зустрічався майже в 4 рази рідше, ніж у групі жінок групи порівняння – 11,5 % проти 43,8 % ( $p < 0,01$ ).

Мала місце тенденція до покращення результатів бактеріоскопічних мазків з піхви. Так, якщо під час першого обстеження в основній групі IV ступінь чистоти, який вказує на запальний процес у піхві, був виявлений у 49,4 % вагітних, то під час другого обстеження відмічена позитивна динаміка – таких жінок виявилось лише 28,7 %, що на 13,3 % менше, ніж під час другого обстеження у групі порівняння. Спостерігався помітний позитивний вплив на стан мікрофлори в піхві: порівняно з першим дослідженням зменшилась кількість кандидомікозу та бактеріального вагінозу, а особливо лептотриксу та лейкоцитозу ( $p < 0,05$ ).

Внаслідок проведених комплексних заходів виявлені позитивні наслідки у тому, що серед жінок основної групи зменшилась кількість гіпертензивних розладів на 25,7 %, дистресу плоду на 21,9 %, ізосенсибілізації по групам крові на 5,2 %; резус-конфлікт, анемія вагітних та ранній гестоз зменшилися на 3,1 %, 2,7 % та 0,7 % відповідно, захворювання шлунково-кишкового тракту та нирок - відповідно на 6,4 % та 8,8 % (на наш погляд, завдяки комплексній профілактичній



терапії зі спазмолітичними препаратами), також зменшилась кількість операцій під час вагітності на 8,2 %.

Кількість жінок, які перенесли стреси під час вагітності, зменшилась, в основному, за рахунок хронічних та важких форм (на 15,3 % та 8,4 % відповідно).

На відміну від 58,0 % вагітних групи порівняння, які під час вагітності перебували в стаціонарі і отримували стаціонарне лікування у зв'язку з загрозою переривання вагітності, тільки 23,0 % жінок основної групи перебували в стаціонарі, з них однократно - 20,7 % і лише 2,0 % вагітних були в стаціонарі більше одного разу. Тобто, вироблена нами тактика передбачає ведення вагітних у амбулаторних умовах, під ретельним клініко-лабораторним спостереженням і з відповідним профілактичним лікуванням, що не позначається негативно на емоційному стані жінки та є економічно вигідним.

В результаті виробленої нами тактики ведення вагітних, пологами завершилось 87 вагітностей, стався один самовикидень в ранньому терміні, на відміну від групи порівняння, де самовикиднів було 9 проти 112 пологів.

Позитивним був вплив виробленої нами методики ведення вагітності також і на перебіг та завершення пологів: зменшилась кількість передчасних пологів жінок основної групи на 9,3 %, дітей з нормальною вагою народилося на 16,3 % більше групи порівняння, асфіксія в пологах зменшилась на 3,4 %. Крім того, збільшилась кількість жінок з нормальною тривалістю пологів на 26,1 % та зменшилась частота слабкості пологової діяльності на 12,7 %; частота передчасного та раннього відходження вод зменшилась відповідно на 3,8 % та 17,2 %; на 11,0 % менше проводилась стимуляція пологів, а пологодзбудження взагалі не проводилось; майже на 10,0 % менше жінок в основній групі потребували застосування оперативних втручань - ручного обстеження матки та інструментальної ревізії порожнини матки; на 10,3 % меншій кількості жінок основної групи застосувалися ліки у пологах; на 6,0 % зменшилась кількість пологового травматизму та на 5,2 % - ускладнень післяпологового періоду.

Запровадження методики комплексної медикаментозної та психологічної корекції виявило позитивний вплив на перебіг вагітності у жінок, які перенесли безпліддя, і може бути рекомендоване для впровадження в клінічну практику.

На основі дослідження жінок з різноманітними анамнестичними, клініко-біологічними, соціально-психологічними характеристиками було розроблено математичну модель для прогнозування ризику невиношування вагітності з використанням патометричних методів та елементів імітаційного моделювання.

Таким чином, вироблена нами тактика ведення вагітності серед жінок, які перенесли безпліддя в анамнезі, є ефективною і дозволяє не лише попередити загрозу переривання вагітності, профілактуючи невиношування та передчасні пологи, але й надає можливість жінці виносити довгоочікувану вагітність та народити здорову дитину.

## ВИСНОВКИ

У дисертації наведено теоретичне узагальнення результатів вивчення соціальних, психологічних особливостей, гормонального фону та соматичного стану жінок з загрозою переривання вагітності, які страждали безпліддям та нове вирішення актуальної науково-прикладної задачі акушерства - профілактики невиношування вагітності у них, зниження кількості недоношених дітей, новонароджених з дефіцитом маси та асфіксією при пологах за рахунок прогнозування виникнення загрози переривання вагітності та удосконалення комплексу лікувально-реабілітаційних заходів з психологічною корекцією психоемоційного стану таких вагітних.

1. Основними факторами ризику виникнення невиношування вагітності, за результатами нашого дослідження, є: гіперполі- та альгодисменорея ( $p < 0,05$ ), нерегулярність менструацій ( $p < 0,05$ ), кількість штучних абортів, самовільних викиднів та передчасних пологів, післяабортних та післяпологових ускладнень в анамнезі ( $p < 0,05$ ); перенесені запальні гінекологічні захворювання (у 20,1 %, ( $p < 0,01$ ) та безпліддя в анамнезі ( $p < 0,05$ ), соматичні хвороби (пієлонефрит у 11,3 %, інфекційні захворювання специфічні – 7,0 %) ( $p < 0,05$ ) та оперативні втручання в анамнезі (порожнинні – 18,8 %,  $p < 0,05$ ), настання даної вагітності до 18 та понад 28 років (у 30,8 %,  $p < 0,05$ ).

2. Встановлена достовірна залежність ( $p < 0,01$ ) невиношування вагітності від ряду соціально-гігієнічних та психологічних чинників: перенесені стреси під час вагітності ( $\chi^2=51$ ), недостатній рівень освіти ( $\chi^2=24$ ), соціальний стан (частіше-службовець) ( $\chi^2=14$ ), неповна сім'я ( $\chi^2=43$ ), несприятливі житлові умови ( $\chi^2=25$ ), недостатній нічний сон і відпочинок ( $\chi^2=12$ ), виснажливий характер праці ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2=7$ ), наявність шкідливих звичок ( $p < 0,05$ ,  $\chi^2=6$ ), страх перед ускладненнями у пологах під час вагітності ( $p < 0,05$ ).

3. Невиношування вагітності у жінок, які страждали безпліддям, корелює зі зниженням рівня прогестерону ( $p < 0,05$ ), підвищеною естрогеновою насиченістю (за даними гормональної кольпоцитології) ( $p < 0,05$ ) (починаючи з I триместру або взяття вагітної на облік), інфікуванням піхви ( $p < 0,05$ ) (кандидами – в 22,3 %, лептотриксом - в 19,6 %, неспецифічною флорою – лейкоцитоз в 10,7%).

4. У жінок з невиношуванням вагітності, а також вагітних, які перенесли безпліддя в анамнезі, наявні спільні риси - прихована тривога і напруження, посилені соматичними фіксаціями, помірно збільшені показники реактивної та особистісної тривожності; у них частіше виявляються ознаки депресивних, іпохондричних та астеничних рис. При поєднанні безпліддя з невиношуванням вже в I триместрі даної вагітності ознаки депресії стають домінуючими, з переважанням жінок з високими рівнями особистісної та реактивної тривожності

(втричі більше групи порівняння). Починаючи з II триместру у них з'являються ознаки астенізації та зростання показників депресії і поступове формування патологічного психологічного стану з домінуванням соматичних фіксацій, вираженою емоційною лабільністю. В III триместрі ці ознаки більш виражені і досягають максимальної вираженості в останні тижні перед пологами.

5. Впровадження прогностичних моделей індивідуальної первинної профілактики невиношування вагітності з врахуванням соціального статусу, способу життя та клініко-біологічних характеристик сприяло виявленню жінок групи ризику для подальшого проведення індивідуальних заходів попередження невиношування.

6. Застосування розробленого нами комплексу психологічної та медикаментозної корекції у вагітних, які страждали безпліддям, сприяло зменшенню невиношування вагітності у них в 2,8 рази ( $p < 0,01$ ), частоти неодноразової загрози переривання під час даної вагітності на 48,6 % ( $p < 0,01$ ), передчасних пологів - на 9,3 %, народження дітей з дефіцитом ваги на 18,8 % ( $p < 0,05$ ), частоти дистресу плода під час вагітності – на 21,9 % ( $p < 0,05$ ).

## **ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. Для оцінки ступеню ризику невиношування вагітності запропоновано нову методику клініко-математичного та індивідуального прогнозування невиношування вагітності, яка зважає на клініко-біологічні характеристики і соціально-психологічний статус вагітної. Створена таблиця індивідуального прогнозування невиношування вагітності враховує найбільш значущі щодо ризику невиношування вагітності фактори, що в поєднанні з максимальною простотою проведення обстеження робить її придатною для застосування в умовах первинної ланки надання акушерської допомоги. З жінками, яких після тестування відносять в групу несприятливого та сумнівного прогнозу виникнення хвороби, проводиться індивідуальна диференційована корекція виявлених чинників ризику, які негативно впливають на перебіг вагітності.

2. Науково обґрунтована система заходів з комплексної профілактики загрози переривання вагітності у жінок, які страждали безпліддям в анамнезі включає врахування критичних термінів вагітності (8 - 12, 16 - 22, 26 - 28 та 32 - 34 тижні), індивідуальність для кожної жінки та комплексність заходів, обов'язкове, раз на триместр, психологічне обстеження вагітної з моменту постановки її на облік, з психологічною корекцією (аутогенне тренування та раціональна психотерапія) та призначення спазмолітичних і седативних препаратів; при виявленні відхилень в гормональному балансі та флорі піхви – препарати прогестерону та санація піхви.

## СПИСОК НАУКОВИХ ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Тарасюк О.К. Сучасні причини та фактори ризику виникнення невиношування вагітності (огляд літератури) // Вісник Вінницького національного медичного університету. - 2006. - № 1(10). - С. 89-92.

2. Тарасюк О.К., Мазорчук Б.Ф., Гнатишин М.С. Індивідуальна первинна профілактика невиношування вагітності у жінок з різним соціальним статусом та клініко-біологічними характеристиками // Biomedical and biosocial anthropology. - 2005. - № 5. - С. 113-117. (Здобувачем проведено аналіз літератури, проведені експериментальні дослідження, зібраний матеріал та проведена його статистична обробка, а також описані отримані результати, сумісно оформлено та подано матеріал до друку).

3. Тарасюк О.К. Соціально-медичні та соціально-психологічні фактори: їхній вплив на виникнення невиношування вагітності // Вісник наукових досліджень.- 2006. - № 2 (43). - С. 127-128.

4. Тарасюк О.К., Мазорчук Б.Ф. Ризик невиношування у вагітних з різними клініко-біологічними факторами та особливості перебігу пологів у них // Клінічна та експериментальна патологія. - 2007. - Т. 6, № 1. - С. 102-105. (Здобувачем проведено аналіз літератури, зібраний матеріал, проведена його статистична обробка, описані отримані результати при невиношуванні вагітності).

5. Тарасюк О.К., Мазорчук Б.Ф. Загроза переривання вагітності у жінок із неплідністю в анамнезі // Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та мед. генетики: Зб. наук. праць (затверджений ВАК України), випуск 14.- Київ – Луганськ, 2007.- С. 89-94. (Здобувачем проведено аналіз літератури, зібраний матеріал, проведена його статистична обробка, описані та оформлені отримані результати при неплідності в анамнезі).

6. Тарасюк О.К. Роль психологічного стану у невиношуванні вагітності // Зб. мат. VIII університетської (XXXI вузівської) наук.-практ. конф. молодих учених та фахівців ВНМУ ім. М.І. Пирогова.- Вінниця, 2004.- С. 28.

7. Тарасюк О.К., Мазорчук Б.Ф. Особливості психосоматичного стану вагітних із загрозою переривання вагітності, які страждали неплідністю // Зб. XX наук.-практ. конф. вищих медичних закладів освіти Вінницького регіону.- Вінниця-Київ, 2004. - С. 94-96. (Здобувачем особисто проаналізовано зібраний матеріал, проведена його статистична обробка та описання отриманих результатів).

8. Тарасюк О.К. Вплив психологічного стану вагітної на виношування вагітності // Актуальні питання сучасного акушерства: Зб. мат. наук.-практ. конф. – Вінниця, 2004.- С. 80-83.

9. Тарасюк О.К., Панчук Ю. Вплив психо-соціальних чинників на виникнення загрози переривання вагітності у жінок із невиношуванням в анамнезі // Зб. мат. ХХІ наук.-практ. конф. Вищих медичних закладів освіти Вінницького регіону.- Вінниця – Київ, 2005.- С. 33-34. (Здобувачем особисто зібраний матеріал, проведена його статистична обробка та проаналізовані отримані результати, описані дані підготовлено до друку).

10. Тарасюк О.К., Стратійчук Д. Вагітність у жінок, які перенесли неплідність – перебіг, корекція ускладнень та їхній вплив на завершення пологів // Мат. доповідей ХХІІ наук.-практ. конф. вищих медичних закладів освіти Вінницького регіону.- Київ – Вінниця, 2006.- С.62-64.(Здобувач особисто проаналізувала наукову літературу та власні отримані дані стосовно жінок із безпліддям в анамнезі, описані результати підготовлено до друку).

11. Тарасюк О.К., Мазорчук Б.Ф., Гнатишин М.С. Індивідуальна первинна профілактика невиношування вагітності у жінок з різним соціальним статусом / Методичні рекомендації.- Вінниця, 2005.- 14с. (Здобувачеві належить ідея, особисто проведене обґрунтування та проведені експериментальні дослідження, особисто проаналізовані отримані результати, складено опис прогностичної моделі).

## АНОТАЦІЯ

**Тарасюк О.К. Психосоматичні порушення у вагітних з загрозою переривання вагітності, які страждали безпліддям. – Рукопис.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова МОЗ України, Вінниця, 2008.

Дисертація присвячена розробці комплексної системи заходів по профілактиці загрози переривання вагітності у жінок та науковому обґрунтуванню тактики ведення вагітності на основі поглибленого вивчення соціально-психологічних особливостей, гормонального фону та соматичного стану здоров`я вагітних, які страждали безпліддям.

В дисертаційній роботі наведено узагальнення і нове вирішення наукової задачі, що виявляється в прогнозуванні, профілактиці та корекції загрози переривання вагітності у жінок з безпліддям в анамнезі. Вперше дана комплексна медико-соціальна та соціально-психологічна характеристика, проаналізовані умови виникнення та розвитку невиношування вагітності у жінок, які перенесли безпліддя, вивчені особливості психосоматичних порушень, виявлені психологічні чинники, які мають вплив на перебіг вагітності та пологів, визначені шляхи індивідуальної психокорекції.

Створені та впроваджені в практику охорони здоров'я високоефективні індивідуальні прогностичні моделі розвитку невиношування вагітності в залежності від соціально-психологічного статусу вагітної та клініко-біологічних чинників.

На основі отриманих результатів розроблена науково обґрунтована система заходів з комплексної профілактики загрози переривання вагітності у жінок з безпліддям в анамнезі, яка включає психокорекцію.

**Ключові слова:** невиношування, безпліддя, психосоматика, загроза переривання вагітності.

## АННОТАЦІЯ

**Тарасюк Е.К. Психосоматические нарушения у беременных с угрозой прерывания беременности, которые страдали бесплодием.-** Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.01 – акушерство и гинекология.- Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова МЗО Украины, Винница, 2008.

Диссертация посвящена разработке комплексной системы мероприятий по профилактике угрозы прерывания беременности у женщин, которые страдали бесплодием и научному обоснованию тактики ведения беременности на основании углубленного изучения социально-психологических особенностей, гормонального фона и соматического состояния здоровья беременных.

В диссертационной работе на современном уровне изучено влияние клиничко-анамнестических, социальных и психологических факторов на возникновение невынашивания беременности у 608 беременных (399 с угрозой прерывания данной беременности и 209 – с физиологическим протеканием беременности), а также исследование невынашивания беременности среди 199 женщин, перенесших бесплодие (87 беременных основной группы и 112 - группы сравнения).

Установлены корреляционные взаимосвязи невынашивания беременности с социально-экономическими факторами и способом жизни беременных. Исследование психологического состояния таких женщин выявило наличие высокого уровня тревожности, повышенной акцентированности на неприятных соматических ощущениях, эмоциональное напряжение и беспокойство. Для беременных, которые имели бесплодие в анамнезе, характерна скрытая тревога и напряжение, усиленные соматическими фиксациями, что также подтверждается высокими показателями реактивной тревожности. У них чаще встречаются признаки депрессивных, ипохондрических и астенических черт. У женщин с бесплодием в анамнезе и невынашивании наступившей беременности признаки депрессии становятся доминирующими.

Психологическое тестирование включает СМОЛ, МЦВ и шкалы Спилбергера-Ханина.

Изучены динамические изменения биохимических показателей и гормонального статуса на протяжении всего периода беременности у женщин с бесплодием в анамнезе, при этом отмечена прямая связь невынашивания беременности со сниженными показателями уровня прогестерона в I и II триместрах, воспалительным процессом во влагалище (чаще встречается кандидомикоз, лептотрикс и лейкоцитоз), повышенной эстрогеновой насыщенностью в показателях кольпоцитологического исследования, наличием TORCH-инфекции (чаще - токсоплазмоз, ЦМВ). Дистресс плода по данным КТГ встречался у 43,8 % беременных с бесплодием в анамнезе и достоверно связан с невынашиванием.

Беременным основной группы с бесплодием в анамнезе применялся комплекс профилактических мероприятий, направленный на предупреждение возникновения невынашивания беременности. Он включает учет критических сроков беременности (8-12, 16-22, 26-28 та 32-34 нед.), индивидуальный подход для каждой женщины и комплексность, с учётом полученных результатов клиничко-лабораторного и психологического обследования беременной с момента постановки ее на учет по беременности.

Психологическая коррекция заключалась в рациональной психотерапии и аутогенной тренировке.

Предложенные прогностические модели индивидуальной первичной профилактики невынашивания беременности с учётом социального статуса, способа жизни и различных клиничко-биологических характеристик позволяют проводить прогноз с вероятностью при использовании более 95,0 %. С беременными, которые после тестирования выделены в группу неблагоприятного и сомнительного прогноза возникновения патологии, проводится индивидуальная дифференцированная коррекция выявленных факторов риска, негативно влияющих на беременность.

В результате использования нашей методики количество беременных с угрозой прерывания беременности уменьшилось в 2,8 раза, многократное невынашивание во время данной беременности снизилось на 48,6%.

**Ключевые слова:** невынашивание беременности, бесплодие, психосоматика, угроза прерывания беременности.

## ANNOTATION

**Tarasiuk O.K. Psychosomatic failures in pregnant with threat pregnancy interruption who suffered from sterility. - Manuscript.**

The dissertation on competition of a scientific degree of medical sciences candidate; speciality 14.01.01 - obstetrics and gynaecology. Pirogov National Medical University, MH of Ukraine, Vinnitsa, 2008.

The scientific work deals with complex system of preventive measures on spon. Scientifically grounded tactics of pregnancy conducting on the base of deep social peculiarities study, hormone background and somatic state of pregnant's health suffering from sterility is shown in this work.

Modern solving of scientific problem is revealed in diagnostic, prophylaxis and correction of pregnancy threat interruption women who have anamnesis sterility. Complex medical social and social psychological characteristics are represented at first. Original conditions and conditions of pregnancy failure of women who had sterility are analysed. Psychological phenomenon influencing on the course of pregnancy and delivery are revealed. The ways of individual psychocorrection are worked out.

Highly effective individual prognostic models of unbearing pregnancy development because of social psychological status of a pregnant and clinicobiological factors are created and applied in Health Service practice.

On the base of results scientific grounded system of complex preventive measures on the pregnancy failure threat in women with anamnesis sterility is presented.

**Key words:** threat of breaking pregnancy, sterility, psychosomatic failures.

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

СБОО - скорочений багатофакторний опитувальник особистості

МКВ - метод кольорових виборів

УЗД – ультразвукове дослідження

ЦМВ – цитомегаловірус