

ВПЛИВ ТИПОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЖІНОК НА ЧАСТОТУ РОЗВИТКУ ТА ПЕРЕБІГ ПІЗЬОГО ГЕСТОЗУ

Т.Н. Беляєва, асп.

Запорізький державний медичний університет

ВСТУП

Пізнні гестози є одним з найважчих ускладнень вагітності [1-3]. Ця проблема залишається однією з дуже актуальних в акушерстві, що пов'язано з частотою цієї патології, яка, незважаючи на значні досягнення в профілактиці і лікуванні, не має тенденції до зниження за останні 6-7 років, а також з ускладненнями для матері й плоду при цьому [2,4]. У зв'язку з цим виправдано подальше вивчення патофізіологічних механізмів розвитку даного ускладнення, що в майбутньому може привести до зниження його частоти, і, як наслідок, зменшення пов'язаних з ним ускладнень.

Саме цьому й присвячене представлене дослідження, що є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри акушерства та гінекології ЗДМУ «Адаптація, імунна та ендокринна регуляція організму жінки під час та поза вагітністю за наявності екстрагенітальних захворювань, ускладнень вагітності та пологів».

АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРИ

Пізнні гестози є патологією з дуже складним мультисистемним патогенезом, який вміщує сукупність генетичних, імунологічних, неврологічних, гемокоагуляційних і судинних чинників [1-4]. Серед безлічі теорій, запропонованих для пояснення механізмів розвитку даного стану, все більшого значення надають дослідженню ролі в його генезі хронічного психоемоційного стресу [1,4,5].

Зокрема, у 1998 році М.Л. Тараховським запропонована концепція розвитку пізнього гестозу, відповідно до якої першочергову роль у генезі преєклампсії автор віддає хронічному психоемоційному стресу, прояви якого можуть призводити до появи ряду морфофункціональних зрушень, зокрема – системної вазоконстрикції, за рахунок незбалансованих метаболічних розладів у системі вазоактивних речовин [4].

Цю теорію було підтверджено іншими дослідниками, які встановили принципові відмінності в емоційно-особистих характеристиках здорових вагітних та вагітних з пізнім гестозом, в першу чергу щодо особистої реактивної тривожності з характерним для преєклампсії піком профілю скороченого багатофакторного опитувальника особистості за шкалою аутизації та своєрідними психофізіологічними кореляціями [1,3,5].

Проте, з нашої точки зору, наведені дані не зовсім достовірні, тому що дослідження проводилися в різні терміни вагітності без урахування специфічних для цього періоду психологічних змін [6,7], авторами не наведена інформація стосовно віку вагітних, їх соціального та сімейного стану, наявності в них тієї чи іншої соматичної патології. Крім того, частіше за все психологічне дослідження проводилося на тлі вже існуючого пізнього гестозу. Виникає закономірне питання, чи не є емоційні зміни наслідком гестозу, а не навпаки. Тобто, не зважаючи на досить виразний кореляційний зв'язок між цими явищами, більшість досліджень не дають змоги встановити їх причинно-наслідковий зв'язок. Це, на наш погляд, потребує додаткових досліджень. До того ж виникає ще одне питання: чому на різних жінок психоемоційне напруження впливає по-різному, у когось викликає відхилення від фізіологічного перебігу вагітності, а у когось проходить без будь-яких помітних наслідків. Безперечно, це залежить як від фонового соматичного стану жінок [2,3], так і від їх індивідуальних особливостей. І якщо зв'язок між соматичною патологією та пізнім гестозом досить широко освітлений в сучасній літературі, то питання щодо поширеності цього ускладнення в залежності від типологічних характеристик жінок в жодному з відомих нам літературних джерел не вивчалось. В той же час перспективність такого дослідження не підлягає сумніву, адже вже давно відомо, що рівень психоемоційної напруги залежить як від сили та тривалості дії подразника, так і від індивідуальних особливостей людини [8,9]. У зв'язку з цим має сенс подальше вивчення цього питання.

МЕТА РОБОТИ

Мета нашої роботи - отримання даних, які дозволили б покращити якість ведення вагітності з урахуванням можливого раннього прогнозування ризику розвитку різних форм гестозу.

Нашим завданням було вивчення частоти розвитку та особливостей перебігу пізнього гестозу в залежності від типологічних характеристик жінок.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Робота проводилася на базі 1-го пологового будинку м.Запоріжжя. Для вирішення поставленого завдання нами проведено клініко-психологічне скринінгове обстеження 118 жінок.

Психологічне дослідження проводилося поза вагітністю за допомогою Айзенка особистого опитувальника (ЕРІ), призначеного для визначення таких індивідуально-психологічних особливостей, як екстраверсія - інтроверсія та нейротизм – стабільність [8]. Наведені характеристики вивчалися у кожній жінки незалежно одна від одної.

Особливості перебігу вагітності та пологів було вивчено на основі ретроспективного аналізу історій вагітності та пологів.

Для підвищення достовірності отриманих даних при формуванні вибірки ми дотримувалися деяких умов: усі жінки, які брали участь у дослідженні, були репродуктивного віку, соматично здоровими, заміжніми, належали до середньої верстви суспільства; вагітність була плановою.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Зважаючи на те, що дослідження типологічних характеристик екстраверсія – інтроверсія та нейротизм – стабільність нами проводилося у кожній жінки незалежно одне від одного, ми вирішили також окремо проаналізувати перебіг у них вагітності та пологів.

При вивченні екстраверсії – інтроверсії за результатами ЕРІ екстраверсія була встановлена у 67 жінок, інтроверсія – у 51. Жінки цих двох груп не відрізнялися за віком, паритетом, гінекологічним анамнезом, рівнем нейротизму. Приблизно однаковими були також їх середня вага та зріст.

Вивчення часу взяття на диспансерний облік з приводу вагітності показало, що обстежені групи не відрізнялися за часом першого антенатального візиту ($11,7 \pm 0,5$ та $11,2 \pm 1,0$ тижнів відповідно, $p > 0,05$). Причому до 12 тижнів на облік було взято 58 (86,6%) екстравертів та 44 (86,2%) інтровертів ($p > 0,05$). Майже всі жінки регулярно відвідували жіночу консультацію ($p > 0,05$). Нами не виявлено достовірної різниці в порушенні жінками режиму та дієти, невиконанні призначень лікаря. В наведених групах не було також різниці в збільшенні маси тіла протягом вагітності (відповідно $14,6 \pm 1,0$ та $14,25 \pm 1,8$, $p > 0,05$).

Що ж до пізнього гестозу, то це ускладнення було у 13 (19,4%) жінок з екстраверсією та у 10 (19,6%) з інтроверсією ($p > 0,05$) (табл. 1).

Таблиця 1 - Розподіл жінок в залежності від форми пізнього гестозу

Форма пізнього гестозу	Екстраверт		Інтроверт		Значення p
	Всього	%	Всього	%	
1 Моносимптомний гестоз	10	14,9	8	15,7	$p > 0,05$
2 Преєклампсія легкого ступеня	3	4,48	1	1,96	$p > 0,05$
3 Преєклампсія середнього ступеня	0	-	1	1,96	$p > 0,05$
4 Преєклампсія важкого ступеня	0	-	0	-	
5 Еклампсія	0	-	0	-	

Як свідчить таблиця 1, достовірної різниці між поширеністю різних форм гестозу в досліджених групах не було.

Приблизно однаковим був також внутрішньоутробний стан плоду. Хронічну фетоплацентарну недостатність було діагностовано у 22,4% жінок з екстраверсією та у 25,5% з інтроверсією ($p > 0,05$), хронічну внутрішньоутробну гіпоксію плоду – відповідно у 4,48% та 3,92% ($p > 0,05$).

Деяко інша картина спостерігається при вивченні особливостей перебігу пологів. Так, нормальні пологи спостерігалися у 54,9% інтровертів і лише у 46,2% екстравертів ($p < 0,05$). На наш погляд, це можна пояснити, якщо розглянути той факт, що вагітна опинилася в пологовому будинку з комплексом традиційних медичних маніпуляцій, як своєрідний стресовий фактор. Причому для екстравертів з їх переважною орієнтацією на зовнішній світ, цей стрес буде більш значущим, ніж для інтровертів, зосереджених на своїх особистих відчуттях. За такого припущення отримані дані збігаються з результатами інших досліджень щодо впливу психоемоційної напруги на перебіг вагітності.

Структура ускладнень пологів у досліджених групах достовірно не відрізнялася. Кесарів розтин було проведено у 13,4% вагітних з екстраверсією та у 11,76% з інтроверсією ($p > 0,05$).

При вивченні нейротизму – стабільності за результатами ЕРІ високий рівень нейротизму був встановлений у 46 жінок, емоційна стабільність – у 72. За соматичними характеристиками, паритетом, гінекологічним анамнезом, показниками екстра- та інтроверсії ці групи також були однорідними.

Дослідження особливостей перебігу вагітності дозволило встановити в зазначених групах досить суттєві відмінності, починаючи, навіть, з першого відвідування вагітними жіночої консультації. Так, в групі з високим рівнем нейротизму середній строк взяття на диспансерний облік з приводу вагітності склав приблизно $8,7 \pm 1,0$ тижня, з емоційною стабільністю – $14,2 \pm 1,0$ ($p < 0,05$). Майже всі жінки регулярно відвідували жіночу консультацію ($p > 0,05$). Нами також не виявлено достовірної різниці в порушенні жінками режиму та дієти, невиконанні призначень лікаря. Але, під час аналізу динаміки збільшення ваги звертає на себе увагу достовірно більший показник у нейротичних осіб (відповідно $16,7 \pm 0,5$ та $11,3 \pm 1,0$, $p < 0,05$). Ці дані корелювали і з частотою розвитку пізнього гестозу (відповідно 26% та 15,2%, $p < 0,05$). Причому в зазначених групах відрізнялася не тільки частота цього ускладнення, але й його важкість (таблиця 2).

Таблиця 2 - Розподіл жінок в залежності від форми пізнього гестозу

Форма пізнього гестозу	Група жінок з високим рівнем нейротизму		Група емоційно стабільних жінок		Значення p
	Всього	%	Всього	%	

Моносимптомний гестоз	8	17,4	10	13,9	p<0,05
Прееклампсія легкого ступеня	3	6,5	1	1,39	p<0,05
Прееклампсія середнього ступеня	1	2,17	0	-	p>0,05
Прееклампсія важкого ступеня	0	-	0	-	
Еклампсія	0	-	0	-	

Це, безумовно, вплинуло й на внутрішньоутробний стан плоду. Хронічну фетоплацентарну недостатність було діагностовано у 35,6% жінок з високим рівнем нейротизму та у 16,7% з емоційною стабільністю (p<0,05), хронічну внутрішньоутробну гіпоксію плоду – відповідно у 8,9% та 1,4% (p<0,05).

Достовірно гіршим був у нейротиків і перебіг пологів (нормальні пологи мали місце лише у 39% на противагу 56% у емоційно стабільних осіб, p<0,05). Кесарів розтин було проведено відповідно у 17,4% та 9,7% (p<0,05).

Отримані результати збігаються з даними інших дослідників про те, що високий рівень нейротизму є фактором, який привертає увагу щодо можливості розвитку психоемоційної напруги [8,9], яка, в свою чергу, негативно впливає на перебіг вагітності та пологів [1,4-6].

ВИСНОВКИ

- 1 Високий рівень нейротизму, за інших однакових умов є фактором ризику розвитку пізнього гестозу. Тобто жінки з високим рівнем нейротизму потребують додаткових заходів щодо профілактики цієї патології.
 - 2 Екстраверсія та інтроверсія не мають достовірно встановленого впливу на частоту розвитку та перебіг пізнього гестозу.
 - 3 На тлі майже однакового перебігу вагітності пологи в осіб з екстравертивною установкою достовірно частіше мають ускладнення, які багато в чому можуть бути обумовлені впливом незнайомої обстановки пологового будинку. Отже перспективним є впровадження спеціалізованої фізіопсихопрофілактичної підготовки до пологів, розрахованої саме на таких жінок.
- Перспективи подальших досліджень у даному напрямі:
- 1 Розроблення додаткових заходів щодо профілактики пізнього гестозу у жінок з високим рівнем нейротизму, що в подальшому може привести до зниження частоти цієї патології і, як наслідок, зменшення пов'язаних з нею ускладнень.
 - 2 Розроблення та впровадження спеціалізованої диференційованої фізіопсихопрофілактичної підготовки вагітних до пологів в залежності від типологічних характеристик жінок, що буде сприяти підвищенню її ефективності та позитивно вплине на перебіг родового акту.

SUMMARY

The frequency of the development and the stage of late gestosis depending on the women's typological characteristics (extraversion – introversion and neurotism - stability) were studied in the conditions of the 1-st clinical maternity hospital of Zaporozhye. The reliable correlation was set between the level of neurotism and frequency of the development and the stage of the indicated pathology.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Акимова К.Б., Гарагуля И.С., Смирнов В.А., Банахевич Р.М., Дзюба Ю.Н. Психологические критерии риска развития позднего гестоза у беременных // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України.–К.: Абрис, 2000.–С.134–136.
2. Воронин К.В. Прогнозирование, доклиническая диагностика и превентивная терапия ОПГ-гестоза //Днепропетровск: ДГМА, 1996. – С. 3.
3. Падалко Л.И. Психовегетативные предикторы позднего гестоза у юных первородящих //Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Абрис, 2000. – С. 235–237.
4. Писарева С.П., Янюта С.М., Ткаченко В.Б., Могілевська С.І., Шамасва О.В., Тараховський М.Л. Значення хронічного психоемоційного стресу у виникненні та розвитку прееклампсії//Педіатрія, акушерство та гінекологія.–1999. - №3. – С. 83-87.
5. Астахов В.М., Бацьлева О.В. Данные ультразвуковой фетометрии, плацентометрии и показателей биофизического профиля плода у беременных с хроническим психоэмоциональным напряжением // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии.–Донецк: Из-во Донецкого государственного медицинского университета, 2000.–С. 4-11.
6. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство. – СПб.: Сотис, 2001. – 320 с.
7. Кочнева М.А., Сумовская А.Е., Орлова М.М. Психологические реакции у женщин при физиологическом течении беременности//Акушерство и гинекология.–1990.-№3.–С.13-16.
8. Айзенк Г.Ю. Структура личности: Пер. с англ. – СПб.: Ювента; М.: КСП+, 1999.–464 с.
9. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология. – СПб.: Питер, 2001. – 454 с.

Надійшла до редколегії 5 травня 2003 р.