

УДК 618.333:616.89-008.441.1

О.В. Носкова, А.В. Чурилов, Е.В. Литвинова

СТРУКТУРА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН С АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛЬЮ ПЛОДА

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Резюме. Изучены особенности психоэмоционального состояния беременных с антенатальной гибелью плода. В обследовании принимали участие 52 пациентки с антенатальной гибелью плода в возрасте от 28–37 лет, все пациентки были замужем и находились на стационарном лечении в отделении акушерской и экстрагенитальной патологии ДОКТМО, в качестве контрольной группы сравнения обследованы 25 беременных женщин с физиологическим течением беременности. Для исследования психоэмоционального состояния беременных женщин использовались разработанные анкеты — опросники, проведено тестирование при помощи экспериментально-психологических методов — тест Спилберга-Ханина с оценкой личностной и реактивной тревожности, тест Бека, позволивший оценить уровень депрессии. У беременных с антенатальной гибелью плода при клинических проявлениях угрозы прерывания беременности, доминирующими были депрессивные настроения, с преобладанием высоких уровней личностной и реактивной тревожности (втрое больше, чем в контрольной группе). В контрольной группе все нарушения носили транзиторный физиологический. Среди психоэмоциональных и вегетососудистых проявлений у женщин основной группы преобладали эмоциональная лабильность (46%), тревожность (26,5%), и депрессивные проявления (23,5%). По результатам теста Бэка, в основной группе средний бал составил $23,68 \pm 0,74$, характерным для умеренной депрессии. Выраженный уровень депрессии выявлен у 35%. Достоверное повышение ситуативной и личностной тревожности ($46,2 \pm 2,3$ и $41,8 \pm 2,6$), может быть рассмотрено как эмоциональная реакция на беременность, с учетом не пережитого отрицательного опыта стрессовую ситуации. Комплексное психологическое обследование беременных позволило выявить наличие скрытой тревожности и напряженности, усиление соматических фиксаций, высокие показатели реактивной и личностной тревожности, частые проявления депрессивных и астенических черт. Доминирующими проявлениями в психоэмоциональном фоне у беременных женщин с антенатальной гибелью плода являются различные проявления депрессивных черт.

Ключевые слова: беременность, психологические особенности, депрессия, тревожность

На сегодняшний день проблеме антенатальной гибели плода посвящены большое количество трудов. Несмотря на это, по-прежнему, причина большинства этих случаев остается неизвестной. Совершенствование перинатальной службы с каждым

днем, к сожалению, не приводит к снижению частоты антенатальной гибели.

При анализе причин плодовых потерь, можно с уверенностью говорить о преобладании двух категорий — «необъяснимые» мертворождения и мертворождения, связанные с задержкой роста плода. Успеху в изучении «необъяснимых» антенатальных потерь может способствовать разработка прогностических тестов для идентификации пациенток группы высокого риска. Только понимание патофизиологии нарушения плацентации, с целью внедрения скрининговых тестов для прогнозирования мертворождения и оценки необходимого вмешательства для предотвращения внутриутробных потерь у скрининг положительных пациенток сможет помочь найти ответ на понимании причин мертворождений [1–5]. Показатели «необъяснимых» антенатальных потерь достаточно высокие. Так, по клиническим данным такие потери составляют 42%, а по результатам аутопсий — от 17 до 50% случаев антенатальной смерти. При этом до 2/3 клинически неясных потерь находят объяснение при проведении вскрытия и исследовании плаценты [6, 7]. Тщательный клинко-анатомический анализ, проводимый совместно акушерами и патологами, с учетом течения родов, изменений плаценты, клинических и лабораторных данных позволяет идентифицировать причину смерти в большинстве случаев [8].

Опыт самоутверждения, который у каждой женщины, формируется в период беременности, в случае потери ребенка превращается в период полного опустошения. Течение беременности связано с тяжелыми психоэмоциональными перегрузками, которые становятся неразрешимыми в случае потери ребенка. Сохранение психического здоровья, проявляется в возможности справляться с меняющимися жизненными

ситуациями, при условии сохранения своего психического статуса. В случае потери ребенка, женщина теряет смысл жизни. В связи с невозможностью реализации репродуктивных ожиданий в супружеской диаде. Общеизвестным, является то, что стресс в зависимости от силы, длительности и выраженности реакции может оказывать двойственное влияние на организм в целом [9]. Нереализованные репродуктивные задачи, особо тяжело переживаются женщинами с повышенной тревожностью, все это приводит к еще большей хронизации стресса, усугубляя нереализованную мечту о материнстве. При возникновении последующих беременностей, женщины с трагическим опытом, изначально испытывают повышенную тревожность, ожидая повторения исхода предыдущих беременностей, что приводит к постоянной тревожности, даже перед самыми обычными процедурами, такими как осмотр или очередное плановое посещение женщиной консультации [10]. Таким образом, очевидным становится необходимость психологического сопровождения беременных, находящихся в состоянии хронического стресса с антенатальной гибелью плода в анамнезе [11, 12]. Если причиной антенатальной гибели плода были не тяжелые пороки несовместимые с жизнью, вероятность повторения негативного опыта в последующих беременностях сохраняется [13, 14]. Становится понятным необходимость изучения психоэмоционального состояния беременных с антенатальной гибелью плода в анамнезе.

Цель исследования: изучить особенности психоэмоционального состояния беременных с антенатальной гибелью плода.

Материал и методы исследований. В обследовании принимали участие 52 пациентки с антенатальной гибелью плода в возрасте от 28–37 лет, все пациентки были замужем и находились на стационарном лечении в отделении акушерской и экстрагенитальной патологии ДОКТМО, в качестве контрольной группы сравнения обследованы 25 беременных женщин с физиологическим течением беременности. Для исследования психоэмоционального состояния беременных женщин использовались разработанные анкеты — опросники, проведено тестирование при помощи экспериментально-психологических методов — тест

Спилберга-Ханина с оценкой личностной и реактивной тревожности, тест Бека, позволивший оценить уровень депрессии, все результаты исследования обработаны посредством программы «Statistica for Windows 6,0».

Результаты и обсуждение. При анализе профессиональной деятельности обследованных, 80% женщин были работающими, по сравнению с контрольной группой, 68% имели высшее образование. Ориентация женщины на помощь в обеспечении и воспитании будущего ребенка достоверно было выявлено у $32,5 \pm 3,6\%$ беременных основной группы, которые отметили достаточную психологическую поддержку со стороны всех членов семьи. До беременности стресс различной степени выраженности испытывали около $67,5 \pm 2,64\%$ женщин с антенатальной гибелью плода, при этом превалировал хронический стресс. Данные изучения влияния социально-медицинских факторов и возникновения осложнений во время беременности у данной категории пациенток показали, что осложнения беременности тесно коррелирует ($p < 0,1$) с перенесенными стрессами (хронический стресс), высшим образованием, степенью занятости в профессиональной деятельности (социальным статусом), и психологическим неблагополучием семьи (отсутствие психологической поддержки со стороны мужа и близких родственников). У женщин основной группы на всех этапах, предшествующих появлению беременности и при появлении первых симптомов неблагополучия в течении данной беременности, отмечается повышенная тревога и напряжение, чрезмерные показатели реактивной и личностной тревожности, более частое появление признаков депрессивных черт. У беременных с антенатальной гибелью плода при клинических проявлениях угрозы прерывания беременности (ноющие боли внизу живота, мажущие кровянистые выделения), доминирующими были депрессивные настроения, с преобладанием высоких уровней личностной и реактивной тревожности (втрое больше чем в контрольной группе). Для этой категории женщин характерно формирование патологического состояния с преобладанием соматической фиксации и выраженной эмоциональной лабильностью. В контрольной группе беременные в основном, предъявляли жалобы, преимущественно связанными с физиоло-

гическими изменениями на фоне беременности — повышенная раздражительность, учащенное сердцебиение, общая слабость. Наряду с этим возрастали показатели реактивной тревожности на фоне сниженной самооценки. В контрольной группе все нарушения носили транзиторный физиологический характер, являясь проявлением адаптационного синдрома при беременности. Среди психоэмоциональных и вегетососудистых проявлений у женщин основной группы преобладали эмоциональная лабильность (46%), тревожность (26,5%), и депрессивные проявления (23,5%). Все симптомы в виде повышенной акцентуации на неприятных соматических жалобах (кардиалгия, масталгия, чувство тяжести в предсердечной области, тошнота, изменение вкусовых ощущений), эмоциональная напряженность, интерпретировались ими как симптомы угрожающие жизни плоду с усилением воспоминаний о предыдущим негативном опыте. Все это свидетельствует о тревожном, напряженном психологическом состоянии с выраженными элементами соматической фиксации. По результатам теста Бэка, в основной группе средний балл составил $23,68 \pm 0,74$, характерным для умеренной депрессии. Выраженный уровень депрессии выявлен у 35%. При исследовании реактивной и личностной тревожности в основной группе отмечен высокий их уровень, что свидетельствует в пользу постоянного действия стрессового фактора. Достоверное повышение ситуативной и личностной тревожности ($46,2 \pm 2,3$ и $41,8 \pm 2,6$), может быть рассмотрено как эмоциональная реакция на беременность, с учетом не пережитого отрицательного опыта. стрессовую ситуации. соответственно, что можно расценивать как эмоциональную реакцию на стрессовую ситуацию (повышенная нервозность, напряженность, общая обеспокоенность).

Выводы. Имеющаяся многолетняя психотравмирующая ситуации у женщин с антенатальной гибелью плода в анамнезе и наличие новой беременности детерминируют развитие негативных переживаний: напряжения, повышенной нервозности, признаки депрессивных и астенических черт, по сравнению с контрольной группой. Комплексное психологическое обследование беременных позволило выявить наличие скрытой тревожности и напряженности, высокие показате-

ли реактивной и личностной тревожности, частые проявление депрессивных и астенических черт. Доминирующими проявлениями в психоэмоциональном фоне у беременных женщин с антенатальной гибелью являются различные проявления депрессивных черт. Психологическое сопровождение этой категории беременных позволит пережить неблагоприятный опыт предыдущих беременностей, тем самым улучшить течение беременности, снизить вероятность перинатальных потерь в настоящей беременности.

O.V. Noskova, A.V. Churilov, E.V. Litvinova

STRUCTURE OF THE PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF WOMEN WITH ANTENATAL DEATH OF THE FETUS

Summary. *The features of the psycho-emotional state of pregnant women with antenatal fetal death were studied. The survey involved 52 patients with antenatal fetal death aged 28–37 years, all patients were married and were hospitalized in the department of obstetric and extragenital pathology, as a control group of comparison, 25 pregnant women with a physiological course of pregnancy were examined. To study the psycho-emotional state of pregnant women, developed questionnaires were used — questionnaires, testing was carried out using experimental psychological methods — the Spielberg-Khanin test with an assessment of personal and reactive anxiety, the Beck test, which made it possible to assess the level of depression. In pregnant women with antenatal fetal death with clinical manifestations of a threatened abortion, depressive moods were dominant, with a predominance of high levels of personal and reactive anxiety (three times more than in the control group). In the control group, all disorders were transient physiological. Among the psycho-emotional and vegetative-vascular manifestations in women of the main group, emotional lability (46%), anxiety (26.5%), and depressive manifestations (23.5%) prevailed. According to the results of the Beck test, in the main group, the average score was 23.68 ± 0.74 , which is characteristic of moderate depression. A pronounced level of depression was found in 35%. A significant increase in situational and personal anxiety (46.2 ± 2.3 and 41.8 ± 2.6) can be considered as an emotional reaction to pregnancy, taking into account the negative experience not experienced. stressful situation. A comprehensive psychological examination of pregnant women revealed the presence of hidden anxiety and tension, increased somatic fixations, high rates of reactive and personal anxiety, and frequent manifestations of depressive and asthenic features. The dominant manifestations in the psycho-emotional background in pregnant women with antenatal death are various manifestations of depressive traits.*

Key words: pregnancy, psychological characteristics, depression, anxiety

ЛИТЕРАТУРА

1. Measey M.A., Charles A., d'Espaignet E.T., et al. Pathophysiology of placenta // Aust. N. Z. J. Publ. Hlth. – 2007. – Vol. 31. – P.444-449.
2. Ottaviani G., Maturri L. Histopathology of the cardiac conduction system in sudden intrauterin unexplained death // Cardiovasc. Pathol. — 2008. – Vol. 17. – P.146-155.

3. Silver R.M. Fetal death // *ObstetGynec.* – 2007. – Vol. 109. №1. – P.153-167.
4. Silver R.M., Varner M.W., Reddy U., et al. Work-up of stillbirth: a review of the evidence // *Am J ObstetGynec.* – 2007. – Vol. 196. №5. – P.433-444.
5. Smith G.C. Predicting antepartum stillbirth // *Curr Opin ObstetGynec.* – 2006. – Vol. 18. №6. – P.625-630.
6. Corabian P., Scott N.A., Lane C., Guyon G. Guidelines for investigating stillbirths: an update of a systematic review // *J. Obstet. Gynaecol.* – 2007. – Vol. 29. – P.560-567.
7. Korteweg F.J., Gordijn S.J., Timmer A., et al. Fetal death: classification and diagnostic work-up // *Placenta.* – 2008. – Vol. 29. – P.71-80.
8. Радзинский В.Е., Дмитрова В.И., Майскова И.Ю. Неразвивающаяся беременность. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 200 с.
9. Добряков И.В. Перинатальная психология. /Спб: Питер, 2010. с.272. Практическая гинекология. Лихачев В.К. 2007 г., С.189.
10. Chambers H.M., Chan F.Y. Support for women/families after perinatal death// *Cochrane Review/ The Cochrane Library.* Issue 1.- Oxford: Update Software, 1999.
11. Cote-Arsenault D., Bidlack D., Humm. Women's emotions and concerns during pregnancy following perinatal loss//*MCN.*-May-June, 2001. — V. 26/3.
12. Мальгина Г.Б. Стресс и беременность: перинатальные аспекты. — Екатеринбург: Чароид, 2002.
13. Heinonen S., Kirkinen P. Pregnancy outcome after previous stillbirth resulting from causes other than maternal conditions and fetal abnormalities// *Birth.*- March, 2000. — #27 (1).-P. 33-37.
14. Guideline for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss. Fetus and Newborn Committee// *Canadian Paediatric Society (CPS): Paediatrics&Child Health.*-2001.-№ 6 (71).-P. 469-477.

УДК 616.24-002.5-085-053.8

Т.М. Шумляева, А.А. Ракитянский, И.В. Логвиненко

ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

*ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,
Республиканская клиническая туберкулезная больница МЗ ДНР, г. Донецк*

Резюме. Изучены особенности течения инфильтративного туберкулеза легких у 42 больных, получавших лечение в стационаре Республиканской клинической туберкулезной больницы МЗ ДНР в 2017–2021 гг. Выделены две группы пациентов: первая группа представлена больными в возрасте от 60 до 75 лет, вторая — от 20 до 40 лет. Проведено сравнение течения инфильтративного туберкулеза в группах. У пациентов пожилого возраста установлено более тяжелое течение туберкулеза с длительным заживлением полостей распада.

Ключевые слова: пожилой возраст, инфильтративный туберкулез легких, сопутствующие заболевания

Актуальность работы. Большое практическое значение в современных условиях имеет заболеваемость туберкулезом лиц пожилого возраста. По данным Всемирной организации здравоохранения пожилым принято считать возраст от 60 до 75 лет. В сравнении с пациентами других возрастов, эти больные составляют дополнительную группу риска по туберкулезу [1]. Об этом свидетельствуют более высокие показатели заболеваемости и смертности пожилых лиц в сравнении с молодым и средним возрастом. Заболеваемость туберкулезом пожилых людей в 2 раза, а смертность в 3 раза выше, чем лиц молодого и среднего возраста [2]. Старение, с точки зрения физиологии, предполагает снижение сопротивляемости организма, что приводит к агрессивному течению туберкулеза, сложностям диагностики и возросшей частоте неблагоприятных исходов, в том

числе смертельных. У лиц пожилого возраста определены медико-социальные причины риска развития туберкулеза, а именно, низкая материальная обеспеченность, половая принадлежность, одиночество. Нерегулярность флюорографического обследования в этом возрасте приводит к несвоевременному выявлению заболевания, в основном, при обращении за медицинской помощью по поводу самых различных жалоб.

При выявлении туберкулеза у лиц пожилого возраста лечение должно проводиться в условиях стационара с учетом совокупности факторов, снижающих иммунитет организма. К ним относятся сопутствующие заболевания, как правило, это тяжелая хроническая патология, требующая длительного приема медикаментов, в том числе иммунодепрессивного действия; периодическое или постоянное воздействие стресса, влияние вредных привычек (чрезмерное употребление алкоголя или никотина). По данным различных авторов [3–6], у лиц пожилого возраста основной клинической формой туберкулеза является инфильтративный туберкулез, который регистрируется в 60,4–74,0% случаев. В организме пациента с перечисленными факторами риска повышается вероятность нежелательного побочного действия антибактериальных препаратов, что приводит к низкой эффективности лечения.