

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БЕСПЛОДИЯ

В работе проведено комплексное медико-психологическое обследование 102 пациенток с различными формами бесплодия (трубно-перитонеальное, эндокринное, сочетанное). Установлена причинно-следственная связь степени выраженности психоэмоциональных реакций женщин от формы и длительности бесплодия, особенностей соматического здоровья, социальных факторов и внутрисемейных отношений. Доказано, что у большинства женщин с бесплодием имеют место психоэмоциональные нарушения, представленные, в основном, в виде тревожных, тревожно-депрессивных и депрессивных реакций. Определены психогенные факторы медицинского и немедицинского характера, оказывающие благоприятное влияние на исход лечения бесплодия. Установлено, что включение психокоррекции в комплексное лечение бесплодия с учетом патогенеза инфертильности, характера психоэмоциональных нарушений, этапов и видов лечения позволяет значительно снизить удельный вес и степень выраженности психоэмоциональных реакций и повысить эффективность лечения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: бесплодие; психоэмоциональные нарушения; психокоррекция.

Ivanova A.R.

Maternity Hospital № 3, Kaliningrad

MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF WOMEN AND PSYCHO-CORRECTION IN THE COMPLEX TREATMENT OF INFERTILITY

We carried out a comprehensive medical and psychological examination of 102 patients with various forms of infertility (tubal-peritoneal, endocrine, combined). It is proved that the overwhelming majority of women with infertility have a place of psychoemotional disorders, presented mainly in the form of anxiety, depressive and anxiety-depressive reaction. Psychogenic factors identified medical and non-medical nature, have a favorable influence on the outcome of infertility treatment. Found that the inclusion of psychological correction in the complex treatment of infertility in the light of the pathogenesis of infertility, the nature of psychoemotional disorders, stages and treatments can substantially reduce the weight and severity of psycho-emotional reactions and improve the effectiveness of treatment.

KEY WORDS: infertility; psycho-emotional disorders; psycho-correction.

По данным ВОЗ, в современном обществе в условиях депопуляции проблема бесплодия является одной из наиболее актуальных медико-социальных и психологических демографических проблем, которая обусловлена сочетанием социального, психического неблагополучия и, практически всегда, физического нездоровья и психологического напряжения в семье.

Частота бесплодных браков колеблется в широких пределах, и не имеет тенденции к снижению во всех странах мира. Так, по данным различных авторов, распространенность бесплодия в европейских странах в среднем составляет около 14 %, в Российской Федерации колеблется от 8 до 17,8 %, а эффективность лечения данной патологии представляется явно недостаточной [1].

По мнению ряда авторов [2-4], большое влияние на фертильность и, соответственно, на результат лечения бесплодия имеет психическое состояние пациенток и, в большей степени, их психологические и психоэмоциональные особенности. В связи с этим,

все большую актуальность приобретает проблема психоэмоциональных реакций у женщин с бесплодием, что обусловлено как широкой распространенностью этих нарушений в популяции, так и недостаточной изученностью влияния психического здоровья на репродуктивную систему человека, что значительно повышает относительный риск развития бесплодия [5, 6].

Несмотря на значительное число работ, посвященных изучению формирования психоэмоциональных нарушений, до настоящего времени остаются недостаточно изученными вопросы, касающиеся взаимосвязи патогенетических особенностей женского бесплодия и психологических характеристик пациенток, что послужило основанием для проведения данного исследования.

Цель исследования — улучшить результативность лечения женского бесплодия на основании внедрения в комплексную терапию способов коррекции психоэмоциональных нарушений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Отбор женщин для проведения данного исследования осуществляли на базе профильных медицинских учреждений г. Калининграда. Под нашим наблюдением находились 102 бесплодные женщины, которые по результатам проведенного обследования

Корреспонденцию адресовать:

ИВАНОВА Алла Равильевна,
236011, г. Калининград, ул. Аллея Смелых, д. 136/138,
МУЗ «Родильный дом № 3»,
Тел. +7 (4012) 64-59-16.
E-mail: natalilove@list.ru

были представлены, с точки зрения причин первичной и вторичной стерильности, следующим образом: трубно-перитонеальное бесплодие – 30 женщин; бесплодие эндокринного генеза (ановуляция, гиперандрогения) – 47 женщин; бесплодие сочетанного происхождения – 25 женщин.

Общими критериями для включения пациенток в исследование послужили следующие: наличие матки и яичников (яичника), анатомически и функционально пригодных для вынашивания беременности; отсутствие противопоказаний к стимуляции овуляции; оптимальные показатели спермограммы; наличие постоянного полового партнера; отсутствие соматических заболеваний, при которых противопоказаны вынашивание беременности и роды; отсутствие в анамнезе психотических эпизодов; возраст не старше 40 лет; отсутствие инфекций TORCH-комплекса; информированное согласие пациентки на участие в исследовании.

Предварительное обследование женщин проводилось по месту жительства в женских консультациях и центрах планирования семьи (в отдельных случаях – в условиях стационара).

Программа обследования включала следующие методы: измерение ректальной температуры на протяжении не менее трех менструальных циклов; гистеросальпингография проводилась на 18-24 день менструального цикла водорастворимым контрастным веществом; рентгенография черепа и турецкого седла производилась большим с нарушением ритма менструаций для диагностики нейроэндокринных заболеваний; электроэнцефалографическое исследование по показаниям; заключение терапевта (при наличии показаний – других специалистов: генетика, психиатра, нейрохирурга, онколога и др.) о состоянии соматического здоровья пациентки, отсутствии противопоказаний к наступлению беременности, ее вынашиванию и родам; анализ крови на группу, резус-фактор, реакцию Вассермана, ВИЧ, антиген гепатита В и антитела к гепатиту С; влажалищный мазок для оценки степени чистоты влагалища; УЗИ органов малого таза; предварительное гормональное обследование; обследование на хронические инфекции TORCH-комплекса; гемостазиограмма; биохимический анализ крови; маммография (по показаниям); магнитно-резонансная томография по показаниям; спермограмма.

Исходя из характера работы, проводили специальные клинико-психологические и социологические обследования.

Социологическое исследование проводили методом активного анкетирования женщин по специальным тестам (анкета общего состояния здоровья), отражающим длительность бесплодия, социальные, семейные и производственные аспекты жизни пациенток.

Оценка психоэмоционального статуса проводилась с помощью анкеты Бека и Спилберга. Анкета Бека (1998 г.) служит для выявления депрессии, и

состоит из 21 группы утверждений. В каждой группе пациентка выбирала одно утверждение, наилучшим образом отражающее ее самочувствие в течение последней недели.

Анкета Спилберга (2000) предназначена для диагностики тревоги. Состоит из двух частей, служащих для определения тревожности в данный момент и обычно. Каждая часть включает 20 утверждений, которые сопровождаются четырьмя видами комментариев. Пациентка выбирала любой в зависимости от своего самочувствия.

Статистическая обработка полученных результатов и проверка достоверности различий проводилась для параметрических вариантов при помощи t-критерия Стьюдента, а непараметрических – с помощью критерия Колмогорова-Смирнова.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Подавляющее большинство пациенток с бесплодием были в возрасте 30-40 лет, средний возраст составил $31,8 \pm 3,1$ лет, что достоверно выше по сравнению с фертильными женщинами контрольной группы ($23,8 \pm 2,9$ лет). Кроме этого, необходимо отметить, что более половины бесплодных женщин (53,9 %) были в возрасте старше 35 лет. Вероятно, это связано с тем, что до 30 лет женщины сохраняют надежду на естественное наступление беременности, а после этого возраста начинает возрастать тревога по поводу бесплодия, что вынуждает женщину активно заниматься лечением.

Оценка психоэмоционального состояния обследованных женщин с различными формами бесплодия выявила его нарушение у 81 из 102 пациенток – 79,4 % наблюдений (табл. 1).

Психоэмоциональные нарушения были представлены достаточно широким кругом психологических реакций – тревожные имели место у 47 пациенток (46,1 %), тревожно-депрессивные – у 25 (24,5 %), невротические – у 6 (5,9 %), депрессивные – у 3 (2,9 %).

Следует отметить, что при трубно-перитонеальном бесплодии удельный вес женщин с психоэмоциональными нарушениями был наименьшим – 70 % с преобладанием тревожных и тревожно-депрессивных реакций, наличие депрессивного компонента в этой группе не отмечено.

При бесплодии эндокринного и сочетанного генеза удельный вес психоэмоциональных реакций составил, соответственно, 85,1 % и 80 %, что достоверно выше, чем при трубно-перитонеальном бесплодии. Необходимо подчеркнуть, что в этих группах пациенток, по сравнению с бесплодием трубно-перитонеального генеза, имела место также тенденция к углублению психоэмоциональных реакций в сторону тревожно-депрессивных и депрессивных компонентов.

Сведения об авторах:

ИВАНОВА Алла Равильевна, врач акушер-гинеколог МУЗ «Родильный дом № 3», соискатель кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии ГОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», г. Калининград, Россия.

Таблица 1
Структура психоэмоциональных нарушений у женщин с бесплодием

Психоэмоциональные нарушения	1. Тревожные	2. Тревожно- депрессивные	3. Невротические	4. Депрессивные	ВСЕГО
Трубно-перитонеальное бесплодие N = 30 (n = 21-70 %) P1	14/46,7 %	6/20 %	-	-	21/70 %
Эндокринное бесплодие N = 47 (n = 40-85,1 %) P2	22/46,8 %	13/27,6 %	3/6,4 %	2/4,3 %	40/85,1 %
Сочетанное бесплодие N = 25 (n = 20-80 %) P3	11/44,4 %	6/24 %	2/8 %	1/4 %	20/80 %
N = 102 (n = 81-79,4 %)	47/46,1 %	25/24,5 %	6/5,9 %	3/2,9 %	81/79,4 %

Примечание: * достоверность различия P1 - P2; P1 - P3.

Как правило, развитию психоэмоциональных реакций предшествовали разнообразные психогенно-травмирующие ситуации. Анализ последних позволил выделить следующие типы психогенных факторов у инфертильных женщин: отсутствие детей, лечение от бесплодия (97,9 %), смерть и/или болезни близких родственников (75,1 %), неустоенность личной жизни, неудовлетворённость взаимоотношениями с супругом и/или его родственниками (свекровь, наличие золовки с детьми) (47,2 %), жизненные проблемы у детей (81,6 %), проблема возраста (54,1 %).

Проведенное исследование позволило прийти к заключению, что психогенные моменты выполняли роль триггерного фактора и непосредственно участвовали в формировании психопатологической симптоматики.

Средняя длительность лечения у женщин с бесплодием составила $6,9 \pm 2,1$ лет, причём наименьшая средняя длительность лечения отмечена при трубно-перитонеальном бесплодии ($4,5 \pm 1,7$ лет), достоверно наибольшая — при сочетанном и эндокринном бесплодии (соответственно, $6,8 \pm 1,7$ лет и $6,1 \pm 1,7$ лет). Вероятно, это можно объяснить большой популярностью в настоящее время методов эндохирургического лечения и вспомогательных репродуктивных технологий у пациенток с непроходимостью маточных труб, с которыми они связывают надежды на скорейшее наступление беременности.

Анализ взаимосвязи психоэмоционального состояния пациенток с длительностью лечения (табл. 2) показал, что при длительности лечения до 5 лет характерны тревожные реакции — более 60 % наблюдений. По мере увеличения продолжительности лечения бесплодия удельный вес тревожных реакций снижался за счёт углубления, трансформации симптоматики и присоединения депрессивно-

го компонента, что свидетельствует о неблагоприятном влиянии длительного лечения бесплодия на частоту и характер психоэмоциональных нарушений.

Необходимо отметить, что наиболее наглядно эта закономерность проявлялась у пациенток с эндокринным бесплодием, при котором психоэмоциональные реакции появлялись в более ранние сроки лечения, и были более выраженными, чем при трубно-перитонеальном бесплодии.

В процессе обследования и лечения бесплодия нами определены наиболее значимые факторы с точки зрения психогенного воздействия медицинского и немедицинского характера. Из психогенных факторов медицинского характера около половины пациенток (49,7 %) выделили оперативные и инвазивные методы обследования и лечения (лапароскопия, гистероскопия, гистеросальпингография), примерно

Таблица 2
Структура психоэмоциональных реакций в зависимости от генеза и длительности лечения бесплодия

Группы наблюдения и длительность лечения	Тревожные реакции	Тревожно-депрессивные реакции	Депрессивные реакции	Невротические реакции
Трубно-перитонеальное бесплодие, n = 21	14/100 %	6/100 %	-	1/100 %
до 3-х лет	8/57,1 %	-	-	-
3-5 лет P1	5/35,7 %	1/16,7 %	-	-
5-7 лет *P2	1/7,2 %	2/33,4 %*	-	-
более 7 лет	-	3/50 %	-	1/100 %
Эндокринное бесплодие, n = 40	22/100 %	13/100 %	2/100 %	3/100 %
до 3-х лет	4/18,2 %	1/7,7 %	-	-
3-5 лет P1	10/45,5 %	3/23,1 %	-	-
5-7 лет *P2	7/31,8 %	6/46,1 %*	-	2/66,5 %
более 7 лет	1/4,5 %	3/23,1 %	2/100 %	1/33,4 %
Сочетанное бесплодие, n = 20	11/100 %	6/100 %	2/100 %	1/100 %
до 3-х лет	3/27,3 %	1/16,7 %	-	-
3-5 лет P1	5/45,4 %	1/16,7 %	-	-
5-7 лет *P2	3/27,3 %	4/66,6 %*	1/50 %	1/100 %
более 7 лет	-	-	1/50 %	-
Всего 81	47	25	3	6

Примечание: * достоверность различия P1 - P2.

40 % — ультразвуковое исследование органов малого таза, а каждая третья — гормональное лечение и даже процедуру взятия проб крови.

Необходимо отметить, что удельный вес пациентов, которые в качестве психогенных факторов отметили факторы немедицинского характера, был значительно выше — более 70 % наблюдений. К указанным факторам отнесли переживания в связи с неопределённостью относительно успешного наступления беременности (79,4 %), возможным влиянием негативного результата лечения в плане наступления беременности на семейно-супружеские взаимоотношения (71,6 %), ожиданием наступления беременности (62,7 %).

Таким образом, проведенное исследование выявило наличие психоэмоциональных нарушений различной степени выраженности у подавляющего большинства пациенток с бесплодием.

В нашем исследовании, наряду с комплексным лечением бесплодия с учётом его генеза, одной группе пациенток проведена психокоррекция.

В комплексной терапии бесплодия с учетом его генеза использовали хирургические вмешательства с эндоскопическим доступом, гормональные препараты (комбинированные оральные контрацептивы, гестагены, эстрогены, глюкокортикоиды), индукцию овуляции, а также физиотерапевтические и эффективные методы лечения.

Состав пациенток с точки зрения их психоэмоционального статуса в группах, где была проведена психокоррекция (72 женщины) и без неё (30) был практически однородным, т.к. в первой группе удельный вес пациенток с наличием психоэмоциональных нарушений составил 79,1 %, во второй — 80 %.

Следует отметить, что в обеих группах пациенток у подавляющего большинства преобладали тревожные и тревожно-депрессивные реакции — 87,7 % и 91,6 % наблюдений, соответственно. В то же время, среди пациенток, которым проведена психокоррекция, глубина психоэмоциональных нарушений носила несколько более выраженный характер за счёт наличия невротических реакций и депрессивного компонента — соответственно, 12,3 % и 8,4 % наблюдений.

При выявлении и оценке психоэмоциональных нарушений (тревожные, тревожно-депрессивные, деп-

рессивные, невротические) проводилась групповая психокоррекция с учётом генеза бесплодия, соматического статуса, вида и этапа лечения (гормональная терапия, хирургическое вмешательство).

Основными принципами психокоррекции являлись добровольность, индивидуальность и поэтапность её проведения с обязательным учётом особенностей генеза инфертильности. В процессе занятий определялась их цель, происходило выявление и разрушение негативных триггеров, что способствовало формированию адекватной самооценки и гармонизации личности.

В конце каждого занятия давалось домашнее задание с элементами аутотренинга, что в значительной степени повышает результативность психокоррекции.

Пациенткам с бесплодием трубно-перитонеального генеза в тематику занятий включали сведения об особенностях анатомо-функционального состояния внутренних гениталий и изменениях в них, препятствующих наступлению беременности. В дальнейшем женщины информировали о современных и эффективных методах лечения данной патологии (лапароскопия, вспомогательные репродуктивные технологии), что позволяло вселить надежду на благоприятный исход терапии.

Пациенток с бесплодием эндокринного генеза (ановуляция, гиперандрогения) информировали об особенностях нейро-гуморальной регуляции менструального цикла, овуляции, гормонального статуса и перспективных достижениях их консервативного и хирургического лечения на настоящее время.

Результаты комплексного лечения бесплодия с применением психокоррекции свидетельствуют о достаточно высокой эффективности (табл. 3). Значительное улучшение состояния отметили 73,6 % женщин с наличием психоэмоциональных нарушений, улучшение состояния — 22,8 %, незначительное улучшение состояния имело место только у 2 пациенток (1,8%). Отсутствие эффекта от лечения не отмечено ни в одном случае. Необходимо отметить, что полученные нами данные свидетельствуют о том, что проведение психокоррекции способствовало также снижению глубины психоэмоциональных реакций за счёт полной ликвидации депрессивного компонента.

Таблица 3
Клиническая динамика психоэмоциональных реакций после окончания психокоррекции в зависимости от генеза бесплодия

Группы наблюдения	Значительное улучшение состояния	Улучшение состояния	Незначительное улучшение состояния	Отсутствие улучшения состояния
Трубно-перитонеальное бесплодие, n = 16*	13/81,2 % P1	3/18,8 %	-	-
Эндокринное бесплодие, n = 27, в т.ч.:	18/66,7 % P2	8/29,6 %	1/3,7 %	-
Ановуляция, n = 14	10/71,4 %	4/28,6 %	-	-
Гиперандрогения, n = 13	8/61,5 % P3	4/30,8 %	1/7,7 %	-
Сочетанное бесплодие, n = 14*	11/78,5 %	2/14,2 %	1/7,3 %	-
Всего, n = 57/100 %	42/73,6 %	13/22,8 %	2/1,8 %	-

Примечание: * достоверность различия P1 - P2, P1 - P3.

В то же время, следует отметить, что при эндокринном бесплодии, обусловленном гиперандрогенией, значительное улучшение отмечено только у 61,5 % пациенток. Это было достоверно ниже, чем при трубно-перитонеальном и сочетанном бесплодии, где его показатели были максимальными — соответственно, 81,2 % и 78,5 % наблюдений.

Положительный эффект (наступление беременности) в группе пациенток после психокоррекции отмечен у 61,1 % женщин (две трети наблюдений), а в группе без психокоррекции — в 40 %, что в 1,5 раза ниже (табл. 4). Следует отметить, что наибольшая эффективность комплексной терапии бесплодия с психокоррекцией имела место при трубно-перитонеальном и эндокринном генезе бесплодия.

Таким образом, проведенное нами исследование показало, что у подавляющего большинства пациенток с бесплодием имели место различные нарушения психоэмоционального состояния, частота и степень выраженности которых находились в зависимости от его формы, длительности лечения, личностных особенностей и социального статуса женщины. Психокоррекция в комплексном лечении бесплодия различного генеза с учётом его этиологии, глубины психоэмоциональных нарушений, особенностей этапов и видов лечения позволила значительно снизить частоту и выраженность этих реакций, что способствовало значительному повышению эффективности лечения infertility. Это свидетельствует о необходимости включения психокоррекции в комплексную терапию бесплодия различного генеза.

Таблица 4
Эффективность лечения бесплодия
(наступление беременности)

Эффект лечения	Группа пациенток с психокоррекцией, n = 72	Группа пациенток без психокоррекции, n = 30
Наступление беременности	44/61,1 %, *P1	12/40 %, P2
Трубно-перитонеальное бесплодие	16/22,2 %	4/13,4 %
Эндокринное бесплодие	22/30,5 %	5/16,6 %
Сочетанное бесплодие	6/8,3 %	3/10 %

Примечание: * достоверность различия P1 - P2.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о настоятельной необходимости обследования женщин с бесплодием различного генеза в процессе комплексного лечения на предмет выявления наличия психоэмоциональных нарушений путём проведения психологического тестирования. Кроме этого, целесообразно выявление психогенных факторов немедицинского и медицинского характера, оказывающих отрицательное влияние на психологическое состояние пациентки, и, следовательно, исход лечения.

При выявлении и оценке психоэмоциональных нарушений показано решение вопроса о проведении психокоррекции с учётом генеза бесплодия и этапа лечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Кулакова, Е.В. Коррекция психоэмоциональных нарушений у пациенток с бесплодием в программе вспомогательных репродуктивных технологий /Е.В. Кулакова: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 2007. – 27 с.
2. Лаврова, Т.Н. Психогенные депрессии невротического уровня у женщин (клинико-типологические, психосоматические, иммунохимические аспекты) /Т.Н. Лаврова: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2001.
3. Draye, M.A. Emotional aspects of infertility /Draye M.A. //Current care for women: Diagnostic and Treatment. – Lange medical books /McGraw-Hill, 2004. – P. 572-577.
4. Вознесенская, Т.Г. Эмоциональный стресс и профилактика его последствий /Вознесенская Т.Г. //PMЖ. – 2006. – Т. 14, № 9. – С. 694-697.
5. Тревожно-депрессивные расстройства у женщин в процессе проведения экстракорпорального оплодотворения /Кулаков В.И., Христинин Д.Ф., Гарданова Ж.Р., Кулакова Е.В. //Вестн. С-Пб. гос. мед. акад. им. И.И. Мечникова. – 2006. – № 3(7). – С. 29-35.
6. Filder, A.T. Infertility: from a personal to a public health problem /Filder A.T., Bernstein J. //Public Health Rep. – 2000. – V. 115. – P. 6.

