

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ И ХИРУРГИЧЕСКИХ АБОРТАХ

Е. В. Гурина*,
М. Б. Охапкин, доктор медицинских наук

ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России,
150000, Россия, г. Ярославль, Тутаевское шоссе, д. 34в

РЕЗЮМЕ С помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS проводилось изучение особенностей психоэмоционального состояния пациенток, которым выполнялось искусственное прерывание беременности путем медикаментозного аборта и хирургическим методом.

Ключевые слова: медикаментозный аборт, хирургический аборт, вакуум-аспирация, мифепристон, тревога, депрессия.

* Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: gurina-1984@mail.ru

Проблема искусственных абортов остается чрезвычайно важной в современной акушерско-гинекологической практике. Ее актуальность определяется не только уровнем и распространенностью подобных оперативных вмешательств, но и риском развития осложнений [5]. К сожалению, несмотря на наличие разнообразных безопасных и эффективных методов контрацепции, частота абортов в России на протяжении последнего десятилетия остается стабильно высокой [6]. Совершенствование и широкое внедрение в практику новейших методик прерывания беременности привело к уменьшению частоты послеабортных осложнений [3], однако аборт может привести к отрицательным психическим последствиям, которые оказывают сильное влияние на жизнь женщин [4].

Сегодня широкое распространение получила методика раннего медикаментозного аборта с помощью мифепристона с последующим использованием небольших доз простагландинов [2, 7]. Существуют убедительные данные о том, что медикаментозный аборт психологически переносится женщинами легче. Осуществление процедуры не в операционной, а в терапевтическом кабинете, отсутствие риска, связанного с анестезией и опасностью инфицирования, страха развития осложнений операционного вмешательства

уменьшает психологическую травму, связанную с абортом [1]. Однако многие авторы считают это утверждение недостаточно доказанным в связи с неясностью причин негативного влияния аборта на психоэмоциональное состояние женщины.

Целью нашего исследования явилось сравнительное изучение особенностей психоэмоционального состояния женщин, которым выполнялось искусственное прерывание беременности медикаментозным и хирургическим методами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базах больниц МСЧ ОАО «Автодизель» и «Частной клиники» г. Ярославля. Для исследования в виде анонимного анкетирования использовалась госпитальная шкала HADS, разработанная A. S. Zigmond и R. P. Snaith в 1983 г. для выявления и оценки степени тяжести депрессии и тревоги в условиях общей медицинской практики. Пункты субшкалы депрессии отобраны из списка наиболее часто встречающихся жалоб и симптомов и отражают преимущественно ангедонический компонент депрессивного расстройства. Пункты субшкалы тревоги составлены на основе соответствующей секции стандартизованного клинического интервью Present State Examination и личного клинического

THE PECULIARITIES OF PSYCHOLOGICAL STATUS IN WOMEN IN MEDICAMENTOUS AND SURGICAL ABORTION

Gurina E. V.

ABSTRACT The peculiarities of psychoemotional status in women after medicamentous and surgical abortion by hospital scale of anxiety and depression were examined. Pearson technique and ML chi-square were used for the comparison of groups.

Key words: medicamentous abortion, surgical abortion, vacuum-aspiration, mifepriston, anxiety, depression.

опыта авторов и отражают в основном психологические проявления тревоги [8, 9]. Преимущества обсуждаемой шкалы заключаются в простоте применения и обработки (заполнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у пациента), что позволяет рекомендовать ее к использованию в клинической практике для выявления (скрининга) уровня тревоги и депрессии у пациентов.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии содержит 14 пунктов. Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 4 баллов (максимальная выраженность). При интерпретации результатов учитывается суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяются 3 области его значений. Сумма показателей от 0 до 7 (норма) отражает отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии, 8–10 – субклинически выраженную тревогу или депрессию, от 11 и выше – клинически выраженную тревогу или депрессию.

Анкетирование пациенток проводилось до и на 7-е сутки после прерывания беременности.

Объектом исследования были 62 женщины в возрасте от 18 до 45 лет, прерывавшие беременность на ранних сроках с помощью медикаментозного и хирургического методов. Сроки прерывания, подтвержденные ультразвуковым исследованием, составили: при медикаментозном аборте – до 63 дней аменореи, при хирургическом аборте – до 8 недель беременности.

Из общего числа обследованных первобеременные составили 40%. В первую группу были включены 30 женщин (48,3%), прерывавших беременность хирургическим методом (вакуум-аспирация). Во вторую вошли 32 (51,7%) пациентки, которым прерывание беременности проводилось медикаментозно. Третью, контрольную, составили 20 женщин детородного возраста, не имеющих на данный момент беременности. По соматическому состоянию пациенток исследуемые группы существенных различий не имели.

Статистическая обработка проводилась на персональном компьютере с использованием систем программного обеспечения анализа данных: STATISTICA for Windows v. 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В контрольной группе субклинически выраженные тревога и депрессия отмечались у 10 и 15% пациенток соответственно, клинически выраженные тревога и депрессия наблюдались одинаково часто (у 5% женщин).

Данные исследования показывают, что ожидание аборта сопряжено с чувством тревоги, причем оно более выражено в случае медикаментозного вмешательства. Клинически выраженная тревога до аборта наблюдалась только у женщин, прерывающих беременность медикаментозно – 18,8% (табл. 1). После аборта в первой группе частота клинически выраженной тревоги снижалась (6,2%) Однако тревога после медикаментозного аборта носит более скрытый субклинический характер, составляя 43,8%. Таким образом, у женщин, перенесших медикаментозный аборт, несмотря на широко пропагандируемую информацию о его безопасности, сохранялось ощущение тревоги.

Во второй группе до аборта тревога имела субклинический характер, однако после хирургического вмешательства она становилась клинически выраженной и отмечалась уже у 53,3% пациенток. Скорее всего, это связано с навязанными популярной литературой и, несомненно, преувеличенными опасениями женщин за своё здоровье: боязнью развития таких возможных осложнений, как воспалительный процесс, бесплодие, нарушения менструального цикла.

Депрессия является более тяжелым и опасным психоэмоциональным состоянием. В первой группе клинически выраженная депрессия до прерывания беременности составляла всего 3,3%, что сравнимо с показателями контрольной группы (табл. 2). Уровень депрессии может быть связан не только с предстоящим абортом, но и с другими проблемами у этих пациенток. После хирургического аборта ее частота, хотя и недостаточно,

Таблица 1. Выраженность тревоги у женщин до и после прерывания беременности различными методами

Группы	Число случаев, %					
	до операции			после операции		
	норма	субклиническая тревога	клиническая тревога	норма	субклиническая тревога	клиническая тревога
1-я	40*	60*	–	20*	26,7	53,3*^
2-я	46,9*	34,4	18,8^	50	43,8*	6,2

Примечания. Статистическая значимость различий: * – с нормой; ^ – между первой и второй группами.

Таблица 2. Тяжесть депрессии у женщин до и после прерывания беременности разными методами

Группы	Число случаев, %					
	до операции			после операции		
	норма	субклиническая депрессия	клиническая депрессия	норма	субклиническая депрессия	клиническая депрессия
1	73,3	23,3	3,3	56,7	30	13,3
2	56,3	25	18,7 [^]	15,6* [^]	31,3	53,1* [^]

Примечания. Статистическая значимость различий: * – с нормой; ^ – между первой и второй группами.

но нарастала до 13,3%. Обычно это объясняется возникающим у женщины чувством утраты, вины перед неродившимся ребенком, внутренним конфликтом еще до прерывания беременности.

Чувства утраты и вины скорее характерны для женщин, которым предстоит пройти процедуру медикаментозного аборта, т. к. они желают более «комфортно» прервать беременность. Частота клинически выраженной депрессии у них значительно выше (18,7%), чем у пациенток первой и контрольной групп. После завершения аборта частота депрессии у женщин второй группы существенно возросла как в сравнении с исходным состоянием, так и с первой группой, и составила 53,1%. Возможно, это обусловлено внутренним конфликтом и другими проявлениями постабортного синдрома. Однако более вероятно, что депрессивное состояние сопряжено с пережитыми неприятными эмоциями в ходе самого аборта (процедура занимает значительно больше вре-

мени, чем оперативное прерывание беременности), а также с особенностями обезболивания и возможными сопутствующими симптомами (длительные и обильные кровянистые выделения, тошнота, даже рвота).

ВЫВОДЫ

1. У женщин, искусственно прерывающих беременность, вне зависимости от способа вмешательства, чаще отмечается состояние тревоги и депрессии, что требует организации для них психологической поддержки как до, так и после аборта.
2. Медикаментозный метод прерывания беременности не улучшает психоэмоциональное состояние женщин; увеличивается частота клинически выраженных депрессивных реакций, а это значит, что после вмешательства таким пациенткам необходимо оказывать квалифицированную психотерапевтическую помощь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамченко В. В., Гусева К. Н. Медикаментозный аборт: рук-во для врачей. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2005. – 116 с.
2. Астахова Т. М. Сравнительное изучение консервативных методов искусственного прерывания беременности в I триместре: дис. ... канд. мед. наук. – М., 1993. – С. 87–93.
3. Башлыкова И. А., Дикке Д. М. Опыт применения пенкрофтона в клинической практике // Лечащий врач. – 2004. – № 3. – С. 1.
4. Гурны Г. Психологические последствия аборта // Журн. здоровье. – 2004. – № 15. – С. 34.
5. Краснова А. Я., Кулаков В. И. Современные методы профилактики аборт: науч.-практ. программа. – М., 2004. – С. 14.
6. Медико-консультативная помощь при искусственном абрте / В. И. Кулаков [и др.] : рук-во для практ. врачей и организаторов здравоохранения. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2005. – С. 111.
7. Grimes D. A. Mifepristone (RU 486) for induced abortion // A Womens Health Issue. – 1993. – Vol. 3. – P. 171–175.
8. Keedwell P., Snaith R. P. What do anxiety scales measure? // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1996. – Vol. 93. – P. 177–180.
9. Snaith P. R. The Hospital Anxiety and Depression Scale // Health and Quality of Life Outcomes. – 2003. – Vol. 1. – P. 29.