

УДК 618.3:618.333+159.9.072.433

DOI: [https://doi.org/10.35278/2664-0767.1\(45\).2020.212261](https://doi.org/10.35278/2664-0767.1(45).2020.212261)

ЧЕБОТАРЬОВА А. С., БЕНЮК В. О., ГИЧКА Н.М., ДРУПП Ю.Г.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,  
кафедра акушерства і гінекології №3, м. Київ

## ОЦІНКА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ВАГІТНИХ З АНТЕНАТАЛЬНОЮ ЗАГИБЕЛЛЮ ПЛОДА В АНАМНЕЗІ

Аntenатальна загибель плода залишається актуальною проблемою в сучасному акушерстві. Систематизація літературних джерел та підходів дає змогу підтвердити важливість даного питання, обґрунтовано оцінювати ризики під час кожної вагітності в конкретної жінки та, в першу чергу, профілакувати виникнення даного ускладнення. **Мета дослідження:** оцінити психоемоційний стан жінок з антенатальною загибеллю плода в анамнезі для вдосконалення тактики ведення вагітності у даній групі пацієнтів. **Матеріали і методи дослідження:** Нами обстежено 59 вагітних. Проведено ретроспективний аналіз 34 випадків антенатальної загибелі плода та проспективне когортне дослідження психоемоційного стану даних вагітних шляхом анкетування на базі Київського міського пологового будинку №3 у 2015 – 2019 роки. Контрольну групу склали першонароджуючі вагітні із неускладненим перебігом вагітності, відсутністю обтяженого загального та акушерсько-гінекологічного анамнезу ( $n=25$ ). Для дослідження використовували тест ставлення вагітної за Добряковим І. В., тест на визначення особистісної та ситуативної тривожності Спілберґера–Ханіна.

**Результати дослідження та їх обговорення:** Середній бал особистісної тривожності в основній групі складав 51, що свідчить про високий рівень тривоги за себе та вагітність. В контрольній групі встановлено достовірно нижчий середній бал, що склав – 26. Середні значення показників ситуативної тривожності в основній групі склали відповідно: основна група – 47, контрольна група – 32. Тестування на визначення психологічного типу родової домінанти дає змогу розділити жінок на 5 типів: оптимальний, депресивний, ейфоричний, гіпгестознозичний, тривожний. Для вагітних основної групи переважно характерний депресивний тип, контрольної – оптимальний.

**Висновки:** Результати проведеного дослідження психоемоційного стану вагітних з антенатальною загибеллю плода в анамнезі вказують на відхилення в рівні ситуативної та особистісної тривожності та формування патологічної родової домінанти. Враховуючи вищенаведені результати дослідження нами рекомендовано всім жінкам групи ризику антенатальної загибелі плода та вагітним з антенатальною загибеллю плода в анамнезі консультація психолога на прегравідарному рівні та під час вагітності.

**Ключові слова:** антенатальна загибель плода, психоемоційний стан, особистісна тривожність, родова домінанта, стрес.

Вагітність для жінки являється кроком в новий етап життя, а також це величезний стрес для її організму як з точки зору фізіології, так і для психоемоційного стану. В останні роки активну увагу приділяють вивченню стресового навантаження при гострих та хронічних патологіях. Особливості психологічного стану жінки під час вагітності, динаміка його змін є прогностичними для виявлення типу відношення матері до дитини після пологів, у зв'язку з чим ще під час вагітності можна впевнено зробити висновок про можливість забезпечити адекватне виховання майбутнього покоління. Однією з найбільш розповсюджених патологій вагітності є невиношування вагітності. Частота переривання вагітності до 22 тижнів складає, за різними даними, 10-27%. Близько 5% подружніх пар мають два та більше самовільні викидні підряд. А 1% жінок має 3 та більше

самовільних викиднів в анамнезі [3]. Втрата вагітності супроводжується різкою зміною психіки жінки, що проявляється виникненням депресій, емоційним стресом, страхом перед наступними спробами народити дитину. Також посилює ситуацію те, що переривання вагітності супроводжується болем, кров'янистими виділеннями або кровотечею, хірургічними маніпуляціями, а інколи і розширеним оперативним втручанням. Поєднання стресу з обтяженими соціокультурними та психологічними факторами в результаті утворює складну картину травмуючого досвіду («взаємодіюча травматизація» за Емерсоном) [2, 7, 8]. Аналітичні епідеміологічні дослідження вказують на те, що депресивні ознаки, що з'являються в пренатальному періоді можуть сприяти виникненню ускладнень під час вагітності, (передчасні пологи, ранні та пізні гестози, антенатальна загибель пло-

да) та в післяпологовому періоді (відкладене грудне вигодовування, субінволюція матки, гіпогалактія і, як наслідок, патологія неонатального періоду) [11]. Крім впливу на нервову систему організму, стрес також пригнічує і ослаблює імунну систему майбутньої матері. Вже давно помічено, що у вагітних, які постійно перебувають у напруженій психологічній обстановці, частіше діагностують ГРВІ та інфекції сечовидільної системи, ніж у інших вагітних, що в майбутньому є основною причиною внутрішньоутробного інфікування. [5, 6]. Наслідки стресу під час вагітності відображаються і на гормональному фоні жінки. Нервове напруження підвищує виробку гормонів глюкокортикостероїдів, які впливають на роботу печінки, формування плаценти та ендотелій судин. Також високий рівень цього гормону в крові збільшує ризик розвитку захворювань серцево-судинної системи або цукрового діабету. Ці стани можуть призвести до народження недоношених дітей або новонароджених з низькою масою тіла [1]. Під час гестації під впливом зовнішніх і внутрішніх факторів впливу відбувається комплексна психонейроендокринна перебудова всього організму, що спрямована на формування материнської домінанти. Вона повинна забезпечити нормальний перебіг вагітності, пологів і післяпологового періоду. Домінанта складається з фізіологічного і психологічного компонентів. Наявність супутньої патології може призвести до несвоєчасного, неповноцінного або патологічного її формування [6, 9]. Пошкодження родової домінанти викликає хронічний стрес, що є одним з основних депресивних станів під час вагітності. В свою чергу, стрес є головним предиктором виникнення пізнього гестозу, а саме преєклампсії, яка, в свою чергу, призводить до передчасних пологів та антенатальної загибелі плода. Частота виникнення депресивних станів під час вагітності у світі коливається в межах 15% - 65%. Вчені світу пов'язують такі дані з недостатньою соціальною та партнерською підтримкою під час вагітності, складними побутовими умовами життя, особистими прихованими страхами та психічними розладами [10].

**МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ** - оцінити психоемоційний стан жінок з антенатальною загибеллю плода в анамнезі для вдосконалення тактики ведення вагітності у даної групи пацієнтів.

## МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для досягнення поставленої мети нами проана-

лізовано історії пологів, обмінні карти жінок з антенатальною загибеллю плода. Проведено ретроспективний аналіз 34 випадків антенатальної загибелі плода на базі Київського міського пологового будинку №3 у 2015 – 2019 роках. До уваги брались анамнестичні дані, соціально-побутові умови проживання вагітної, сімейний стан, умови праці, наявність спадкових захворювань.

Також нами проведено проспективне когортне дослідження шляхом анкетування. Для дослідження використовували тест ставлення вагітної за Добряковим І.В., зокрема, ставлення вагітної до себе, ставлення до формування системи мати-плід та реакція вагітної на ставлення оточуючих до неї. Основною метою цього тесту було визначення наявності психологічного компоненту гестаційної домінанти у вагітних з антенатальною загибеллю плода в анамнезі. Жінкам запропоновано пройти тестування у довільний час, без впливу оточуючого середовища на базі Київського міського пологового будинку №3. Також використали тест на визначення особистісної та ситуативної тривожності за допомогою таблиць Спілбергера–Ханіна [4].

Обстежували 2 групи вагітних: основна група - вагітні жінки, що мали антенатальну загибель плода в анамнезі (n=34), контрольна група -першонароджуючі вагітні із неускладненим перебігом вагітності, відсутністю обтяженого загального та акушерсько-гінекологічного анамнезу (n=25).

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На ретроспективному етапі встановлено, що в основній групі причинами виникнення антенатальної загибелі плода під час попередньої вагітності став: 1) гестоз другої половини вагітності і, як наслідок, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – 18 випадків (52,9%); 2) аномалії пуповини (обвиття пуповини навколо шиї та/або тулуба плода, справжній вузол пуповини) – 9 випадків (26,5%); 3) екстрагенітальна патологія, аномалії розвитку плода та антенатальна загибель нез'ясованого генезу – 7 випадків (20,6%).

Також, встановлено, що 26 з 34 жінок (76,5%) на момент попередньої вагітності мали різні види екстрагенітальної патології, часто хронічної, поєднаної, що потребує консультації суміжних спеціалістів і при даній вагітності. 61,7% вагітних (21 жінка) повідомили про наявність шкідливих звичок. 8 жінок (23,5%) з антенатальною загибеллю плода не були

заміжні та 7 (20,6%) жінок не мали постійного місця роботи на момент настання вагітності.

При оцінці психоемоційного стану за допомогою таблиць Спілберґера–Ханіна отримано наступні результати: середній бал на визначення особистісної

тривожності в основній групі склав 51, що свідчить про високий рівень тривоги за себе та вагітність. Контрольна група отримала достовірно нижчий середній бал – 26 (табл. 1).

Таблиця 1

**Значення показника особистісної тривожності вагітних**

Рівень особистісної тривожності	Значення показника в групах обстеження (n)			
	Основна група (n=34)		Контрольна група (n=25)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Низький (<30 балів)	5	14,7*	13	52
Помірний (31–44 бали)	9	26,5	8	32
Високий (> 45 балів)	20	58,8*	4	16

Примітка: \*- різниця достовірна відносно контрольної групи: (p<0,05)

Низький рівень особистісної тривожності виявлено в основній групі у 14,7% вагітних, що достовірно менше у порівнянні з 52% вагітних контрольної групи. Високий рівень особистісної тривожності характерний для переважної більшості вагітних основної групи (встановлено у 58,8% жінок), в той час як у вагітних контрольної групи високий показник особистісної тривожності виявлено лише у 16% опитаних. Такі показники можна пояснити внутрішніми переживаннями вагітної, що мала антенатальну загибель плода в анамнезі, фіксацією на негативному досвіді, відчуттям власної вини у втраті попередньої вагітності, тривогою за стан внутрішньоутробної дитини під час теперішньої вагітності.

Нами також встановлено рівні ситуативної три-

вожності обстежених вагітних. Середнє значення показників ситуативної тривожності в основній групі склали відповідно: основна група – 47, контрольна група – 32 (табл. 2)

У кожної другої жінки (44,1% протестованих вагітних) основної групи виявлено високий рівень ситуативної тривожності, що вказує на страх перед майбутніми пологами, страх власної некомпетентності у догляді за майбутньою дитиною, конкретизуються аспекти невпевненості у спроможності виносити майбутню дитину. В контрольній групі показник високого рівня ситуативної тривожності виявлено лише у кожній п'ятій вагітній (у 20% жінок). Це пов'язано з окремими сімейними та соціальними впливами у кожній конкретній вагітній.

Таблиця 2

**Значення показника ситуативної тривожності у вагітних**

Рівень ситуативної тривожності	Значення показника в групах обстеження (n)			
	Основна група (n=34)		Контрольна група (n=25)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Низький (<30 балів)	7	20,6*	14	56
Помірний (31–44 бали)	12	35,3*	6	24
Високий (> 45 бали)	15	44,1*	5	20

Примітка: \*- різниця достовірна відносно контрольної групи: (p<0,05)

Таким чином, показники тривожності в основній групі знаходились на високому рівні і проявлялися неуважністю, страхом, нервовістю, розладами настрою, порушенням сну. Рівні особистісної та ситуативної тривожності прямопропорційно пов'язані з емоційними, неврологічними зривами, та є предикторами психосоматичних захворювань вагітних.

Тестування на визначення психологічного типу

пологової домінанти дає змогу розділити жінок на наступним чином:

- Оптимальний тип: жінки знаходяться у стані психологічного комфорту. При оцінці результатів тестування 60% вагітних контрольної групи відносилась до цього типу, в основній групі вагітних з оптимальним типом гестаційної домінанти не виявлено.

- Депресивний тип гестаційної домінанти встановлено у 76,5% (26 жінок) опитаних основної групи та лише у 4% (1 випадок) вагітних контрольної групи. У жінок такого типу максимально виражена тривога за майбутню дитину, з'являються іпохондричні ідеї, наміри як швидше народити дитину.
- Ейфоричний тип виражається легковажністю, підвищеним настроєм, безтурботністю та впевненістю у благополучному розродженні. Вагітні з таким типом вважають, що пренатальні втрати в анамнезі стались випадково. Починають нехтувати обстеженнями, не виконують рекомендації лікарів у дотриманні режиму відпочинку. В основній групі - 2 випадки (5,9%), а в контрольній - 4 випадки (16%).
- Гіпогестогнозичний тип характеризується недооцінюванням важливості та серйозності даного стану. Жінки, що мають даний тип родової домінанти не схильні міняти свої життєві стереотипи. Як правило, у цих жінок в післяпологовому періоді відмічається гіпогалактія. З контрольної групи такий тип ставлення продемонстрували 3 жінки (12%), а з основної групи - 2 (5,9%) вагітні.
- Тривожний тип відмічається у жінок з високим рівнем тривоги, що безпосередньо впливає на соматичний стан вагітної. В деяких випадках вагітна навіть не може пояснити причину внутрішньої тривоги. У таких пацієнток це проявляється надмірними обстеженнями та консультаціями різних спеціалістів під час вагітності. В основній групі 4 вагітних (11,8%) мали тривожний тип поведінки, а в контрольній групі - 2 (8%) жінки.

## ВИСНОВКИ

Результати проведеного дослідження психоемоційного стану вагітних з антенатальною загибеллю плода в анамнезі вказують на відхилення в рівні ситуативної та особистісної тривожності та формування патологічної родової домінанти. Враховуючи вищенаведені результати дослідження нами рекомендовано всім жінкам групи ризику антенатальної загибелі плода та вагітним з антенатальною загибеллю плода в анамнезі консультація психолога на прегравідарному етапі та під час вагітності.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Ancheva, I.A. Психопрофілактика стресу під час вагітності та пологів. Здоров'я жінчини. 2017; 5: 32 – 34.
2. Волкова О. В. Психологічні особливості жінок різного віку

- із загрозою невиношування вагітності. Проблеми сучасної психології. 2011; 14: 82 – 93.
3. Добряков И.В.; Блох М.Е.; Фаерберг Л.М. Перинатальные утраты: психологические аспекты, специфика горя, формы психологической помощи. Журнал акушерства и женских болезней. 2015; 64. 3: 4 - 10
  4. Добряков И.В.; Прохоров В.Н.; Прохорова О.В. Психологическая диагностика в перинатальной психологии. Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы. Коллективная монография. 2016: 118-132.
  5. Добряков И. В. Страхи и фобии беременных женщин с тревожным типом психологического компонента гестационной доминанты. Вестник института семьи: периодический научно-практ. Журнал. 2009; 3: 28-33.
  6. Жук С.І., Щуревська О.Д. Гестоз з точки зору перинатальної психології. Здоров'я жінчини. 2017; 5 (121): 35 – 37.
  7. Кузьмин, В. Н.; Адамян, Л. В. Проблема внутриутробной инфекции в современном акушерстве. Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение. 2017; 3 (20): 32 – 36.
  8. Хоменко В. А.; Безуглая О. А.; Могилевкина И. А. Антенатальная гибель плода: чем отличаются такие беременности? Таврический медико-биологический вестник. 2012; 15: 2 (58): 201 -203.
  9. ENGELHARD, Iris M.; VAN DEN HOUT, Marcel A.; ARNTZ, Arnoud. Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. General hospital psychiatry. 2001; 23 (2): 62 – 66.
  10. Dadi A.F.; Miller E.R.; Bisetegn T.A.; Mwanri L.; Global Burden of Antenatal Depression and Its Association with Adverse Birth Outcomes: An Umbrella Review. BMC Public Health. 2020; 20 (1): 173.
  11. Grote N.K., Bridge J.A., Gavin A.R., Melville J.L., Iyengar S., Katon W.J. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. Arch. Gen. Psychiat. 2010; 67: 1012–1024.

## REFERENCES

1. Ancheva I. A. Psychoprevention of stress during pregnancy and childbirth. Zdorov'e zhenshchyny. 2017; 5: 32–34.
2. Volkova O. V. Psychological features of women of different ages with the threat of miscarriage. Problemy suchasnoi' psyhologii'. 2011; 14: 82 – 93
3. Dobryakov Y. V.; Bloh M. E.; Faerberg L. M. Perinatal loss: psychological aspects, the specificity of mourning, forms of psychological help. Zhurnal akusherstva i zhenskykh boleznej. 2015; 64 (3): 4 -10
4. Dobryakov Y. V.; Prohorov V. N.; Prohorova O. V. Psychological diagnosis in perinatal psychology. Diagnosis in medical (clinical) psychology: current status and prospects. Kollektivnaya monografiya. 2016: 118-132.
5. Dobryakov Y. V. Fears and phobias of pregnant women with an anxious type of psychological component of gestational dominance Vestnyk instytutu sem'y: peryodycheskyj nauchjuprakt. zhurnal, 2009; 3: 28-33.
6. Zhuk, S. I. Shhurevs'ka O.D. Gestosis from view of perinatal psyhology. Zdorov'e zhenshhyny, 2017; 5 (121): 35 – 37
7. Kuzmin, V. N.; Adamyan, L. V. The problem of intrauterine infection in modern obstetrics. Infekcyonnye bolezny: Novosti. Mneniya. Obuchenje, 2017; 3 (20): 32 - 36
8. Homenko V. A.; Bezuglaja O. A.; Mogylevkyna Y. A. Antenatal death: what the peculiarities of such pregnancies. Tavrycheskyj medyko-byologycheskyj vestnyk, 2012; 15: 2 (58): 201 -203.
9. Engelhard, Iris M.; van den HOUT, Marcel A.; ARNTZ, Arnoud. Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. General hospital psychiatry, 2001; 23 (2): 62-66.
10. Dadi AF; Miller ER; Bisetegn TA; Mshanri L; Global Burden of Antenatal Depression and Its Association shith Adverse Birth Outcomes: An Umbrella Reviesh. BMC Public Health. 2020; 20 (1): 173.
11. Grote N.K., Bridge J.A., Gavin A.R., Melville J.L., Ijengar S.,

Katon Sh.J. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, losh birth sheight, and intrauterine groshth restriction. Arch. Gen. Psychiat. 2010; 67: 1012–1024.

## РЕЗЮМЕ

### ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛЬЮ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ

ЧЕБОТАРЕВА А.С., БЕНЮК В.А.,  
ГЫЧКА Н.М., ДРУПП Ю.Г.

Национальный медицинский университет  
имени А. А. Богомольца,  
Кафедра акушерства и гинекологии  
№3, г. Киев

Аntenatalная гибель плода остается актуальной проблемой в современном акушерстве. Систематизация литературных источников и подходов позволяет подтвердить важность данного вопроса, обосновано оценивать риски при каждой беременности в конкретной женщины и, в первую очередь, профилактировать возникновение данного осложнения. **Цель исследования:** оценить психоэмоциональное состояние женщин с антенатальной гибелью плода в анамнезе для совершенствования тактики ведения беременности у данной группы пациентов.

**Материалы и методы исследования:** Нами обследовано 59 беременных. Проведен ретроспективный анализ 34 случаев антенатальной гибели плода и проспективне когортное исследование психоэмоционального состояния данных беременных путем анкетирования на базе Киевского городского роддома №3 в 2015 - 2019 годы. Контрольную группу составляли первородящие беременные с неосложненным течением беременности, отсутствием отягощенного общего и акушерско-гинекологического анамнеза (n = 25). Для исследования использовали тест отношение беременной за Добряковым. И. В., тест на определение личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина.

**Результаты исследования и их обсуждение:** Средний балл личностной тревожности в основной группе составлял 51, что свидетельствует о высоком уровне тревоги за себя и беременность. В контрольной группе установлено достоверно ниже средний балл, составил - 26. Среднее значение показателей ситуативной тревожности в основной группе составляли соответственно: основная группа - 47, контрольная группа - 32. Тестирование на определение психологического типа родовой доминанты позволяет разделить женщин на 5 типов: оптимальный, депрессивный, эйфорическое, гипогестогностичный, тревожный. Для беременных основной группы преимущественно характерен депрессивный тип, контрольной - оптимальный.

**Выводы:** Результаты проведенного исследования психоэмоционального состояния беременных с антенатальной гибелью плода в анамнезе указывают на отклонения в уровне ситуативной и личностной тревожности и формированию патологической родовой доминанты. Учитывая вышеприведенные результаты исследования нами рекомендуется всем женщинам группы риска ан-

тенатальной гибели плода и беременным с антенатальной гибелью плода в анамнезе консультация психолога на прегравидарная уровне и во время беременности

**Ключевые слова:** антенатальная гибель плода, психоэмоциональное состояние, личностная тревожность, родовая доминанта, стресс.

## SUMMARY

### ASSESSMENT OF PSYCHO-EMOTIONAL CONDITION OF PREGNANT WOMEN WITH ANATENATAL FETAL DEATH IN ANAMESES

CHEBOTAROVA A.S., BENYUK V.O.  
HYCHKA N.M., DRUPP YU.G.

Bohomolets National Medical University  
Department of Obstetrics and Gynecology №3, Kyiv

Antenatal fetal death remains a pressing problem in modern obstetrics. Systematization of literature sources and approaches allows confirming the importance of this issue, to reasonably assess the risks during each pregnancy in a particular woman and, above all, to prevent the occurrence of this complication.

**The aim of the study:** to assess the psycho-emotional condition of women with antenatal fetal death in anamnesis to improve the tactics of pregnancy in this group of patients.

**Materials and methods:** We examined 59 pregnant women. A retrospective analysis of 34 cases of antenatal fetal death and a prospective cohort study of the psycho-emotional state of these pregnant women by questionnaire on the basis of the Kyiv City Maternity Hospital №3 in 2015 - 2019. The control group consisted of first-born pregnant women with uncomplicated pregnancy, no burdened general and obstetric and gynecological anamnesis (n = 25). The test used the attitude of the pregnant woman according to Dobryakov I. V, the test to determine the personal and situational anxiety of Spielberger-Khanin.

**The results of the study and their discussion:** The average score of personal anxiety in the main group was 51, which indicates a high level of anxiety for themselves and pregnancy. The control group had a significantly lower average score of 26. The average value of situational anxiety in the main group was respectively: the main group - 47, the control group - 32. Testing to determine the psychological type of birth dominance allows dividing women into 5 types: optimal, depressive, euphoric, hypogestognostic, anxious. For pregnant women of the main group the depressive type is mainly characteristic, control - optimum.

**Conclusions:** The results of the study of the psycho-emotional condition of pregnant women with antenatal fetal death in anamnesis indicate deviations in the level of situational and personal anxiety and the formation of pathological birth dominance. Given the above results of the study, we recommend that all women at risk of antenatal fetal death and pregnant women with a history of antenatal fetal consultation consult a psychologist at the pre-pregnancy level and during pregnancy.

**Key words:** antenatal fetal death, psychomotion camp, special anxiety, generic dominant, stress.