

## ПАТОГЕНЕЗ РОЗВИТКУ АКУШЕРСЬКИХ І ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ В ПОЛОГАХ У ЖІНОК З РІЗНИМИ ТИПАМИ СУБ'ЄКТИВНОГО КОНТРОЛЮ

**Т. Ю. Бабич**

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології ФІПО (зав. кафедри – проф. В. К. Чайка),  
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, м. Донецьк.*

### PATHOGENESIS OF OBSTETRIC AND PERINATAL COMPLICATIONS DEVELOPING IN LABOUR IN WOMEN WITH DIFFERENT TYPES OF SUBJECTIVE CONTROL

**T. Yu. Babich**

#### SUMMARY

The psychoemotional stress which led to situational and personal woman troubles was showed in article. It depend on subjective control type and led to change for stress-realizing and stress-limiting systems and it characterized by adequate tension for normal type, by more expressive activation of adaptation system for external one, that's led to insufficiency of compensational possibility of organism, to distress, to desadaptive disorders in delivery activity, to increasing for complications rate in labour.

### ПАТОГЕНЕЗ РАЗВИТИЯ АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РОДАХ У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ

**Т. Ю. Бабич**

#### РЕЗЮМЕ

В статье роды рассмотрены как психоземotionalный стресс, который способствует изменениям ситуативной и личностной тревожности женщин, зависит от типа субъективного контроля, приводит к изменениям состояния стресс-реализующей и стресс-лимитирующей системы и при нормальном типе характеризуется адекватным напряжением, при экстернальном – более выраженной активацией систем адаптации, а при интернальном – их значительным напряжением, что ведет к недостаточности компенсаторных возможностей организма, развитию дистресса и способствует дезадаптации родовой деятельности и повышает частоту осложнений в родах.

**Ключові слова:** пологи, акушерські та перинатальні ускладнення, суб'єктивний контроль.

Сучасні дослідження істотно змінили розуміння патогенезу розвитку стану стресу та впливу його вираженості на виникнення акушерських і перинатальних ускладнень. Вегетативна нервова система є однією з головних регуляторних систем в організації адаптаційних реакцій у відповідь на дію стресогенних факторів, мобілізуючи ресурси організму, забезпечуючи готовність до додаткових активних дій за рахунок збалансованої взаємодії її симпатичної й парасимпатичної ланок [2, 4, 5].

В останні роки акцент зсунувся у бік виявлення не тільки змін функціонального стану, особливо при різних патологічних змінах у жінок в період вагітності та пологів, але й впливу на реалізацію стресової реакції в залежності від їх психоемоційного стану. Роль психологічного фактору в саморегулюванні фізіологічних процесів досить висока. Особливо це стосується жіночого організму, який швидко реагує на вплив факторів зовнішнього середовища зсувами в гормональній ланці регулювання [6]. Під час вагітності багато зовнішніх подразників в суб'єктивному сприйнятті набувають глобальних масштабів, в той же час психіч-

на рівновага жінки в цей період є однією з необхідних умов нормального перебігу вагітності та пологів [1, 7].

Будь-яку стресову реакцію можна поділити на три умовні стадії: тривоги (мобілізація ресурсів організму для адаптації), опору (стійкості або саме адаптації до критичної ситуації) та виснаження (декомпенсації, тобто переходу адаптаційних механізмів в патологічні) [8].

Помірний рівень стресу є тим оптимальним рівнем «корисної тривоги», що допомагає організму впоратися з ним. В той же час значні відхилення від рівня помірної стресової реакції приводять до більш глибоких, патологічних реакцій.

Вищевикладене стало підставою для проведення досліджень, спрямованих на вивчення патогенетичних ланок, які мають вплив на розвиток акушерських і перинатальних ускладнень.

Метою роботи стала розробка патогенезу розвитку акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з різними типами суб'єктивного контролю.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідження увійшли 386 жінок без тяжкої екстрагенітальної й акушерської патології, які під час вагітності

спостерігалися, а після цього народжували в ДРЦОМД. Залежно від рівня суб'єктивного контролю жінок поділили на підгрупи: з нормальним локус-контролем – 165; з екстернальним – 110; з інтернальним – 111.

Для визначення рівня контролю особистості в різних сферах життєдіяльності використали тест-опитувальник рівня суб'єктивного контролю за Є.Ф. Бажиним і співавт. [3].

Для ідентифікації психоемоційного статусу нами використовувалася методика визначення особистості і реактивної тривожності за Ч.Д. Спілбергом, що адаптована на російську мову Ю.Л. Ханіним [3].

Кількісну оцінку концентрації в плазмі крові стрес-реалізуючої (адреналін (А), норадреналін (НА), кортизол) і стрес-лімітуючої (серотонін, β-ендорфін) систем проводили методом твердофазного імуноферментного аналізу.

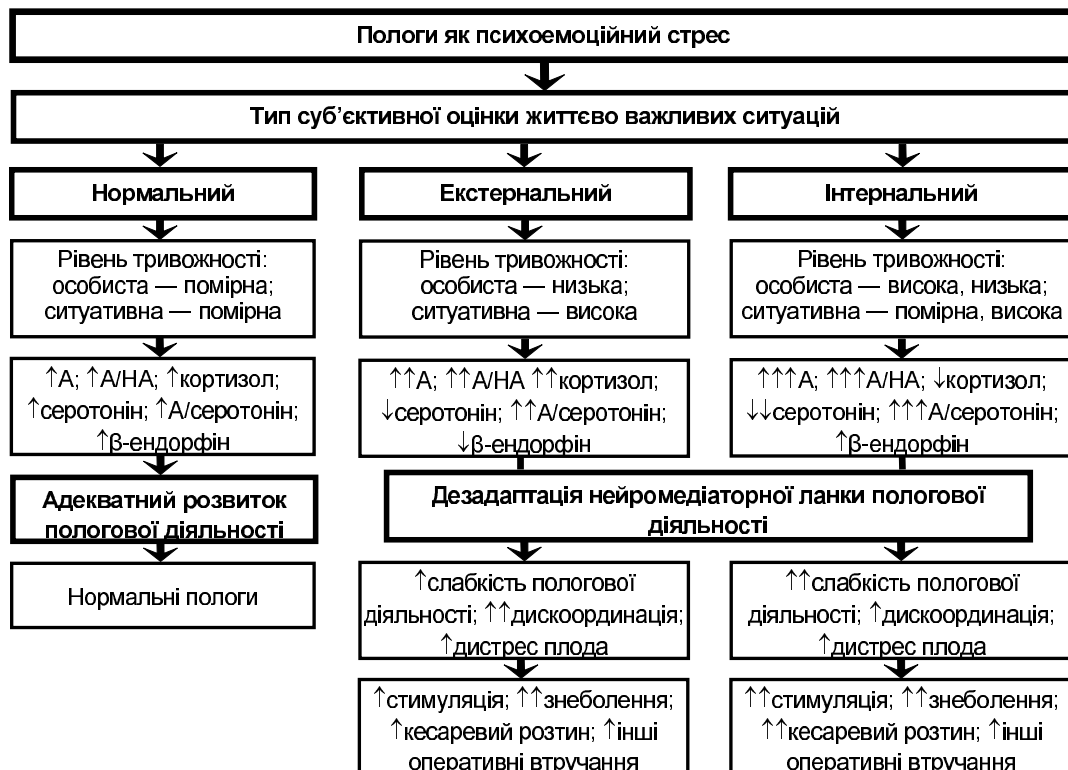
### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В нашому дослідженні доведено, що велике значення в розвитку стресової реакції має тип суб'єктивного контролю життєво важливих ситуацій, який є сталою характеристикою людини та слабо піддається змінам. Жінки емоційно лабільні, сенситивно більш залежні від міжособистих відношень, і внутрішня картина різних патологічних змін у них частіше будується на суб'єктивній, а не на об'єктивній основі.

При дослідженні реакції жінок на пологи як на психоемоційний стрес в залежності від суб'єктивної оцінки життєво важливих ситуацій вони розподілилися на

три типи: нормальний, екстернальний та інтернальний.

При нормальному типі людина адекватно оцінює свою роль в настанні та розвитку подій, що відбуваються в її житті, а також припускає вплив на них зовнішніх факторів, які від неї не залежать [3]. Було виявлено, що у жінок такого типу рівень ситуативної та особистої тривожності в абсолютній більшості випадків був помірним, тому фізіологічне напруження як стрес-реалізуючої, так і стрес-лімітуючої систем носило адекватний (врівноважений) характер. У жінок з таким типом під час пологів спостерігалось достовірне підвищення рівня А, НА і кортизолу у порівнянні з таким під час вагітності. В той же час активізувалася і система антистресового захисту, яка в нашому дослідженні була представлена показниками серотоніну та β-ендорфіну. Розвиток пологової діяльності у таких пацієнток відбувався за класичним сценарієм: при збудженні симпат-адреналової системи продукувалися катехоламіни, які, в свою чергу, стимулювали утворення кортикостероїдів, а також медіаторів, що вивільняються при збудженні ВНС, активуючи клітини міоцитів, що веде до регулярних скорочень матки. Серотонін і β-ендорфін, які продукуються структурами мозку та мають антистресову та знеболюючу дію, настільки необхідні роділлі та її плоду, врівноважували стан збудження, підвищуючи рівень порогу болі, перетворюючи пологовий біль на помірний і стерпний. Виникав такий помірний рівень стресу, який є оптимальним рівнем «корисної тривоги» і приводить до розвитку фізіологічної пологової діяльності та нормальних пологів (рис. 1).



Примітка. ↑ – збільшення; ↑↑ – значне збільшення; ↑↑↑ – різке збільшення; ↓ – зниження.

Рис. 1. Деякі ланки патогенезу розвитку акушерських і перинатальних ускладнень у жінок з різними типами суб'єктивного контролю.

Якщо тип суб'єктивного контролю нижчий, ніж нормальний – це свідчить про наявність у особи зовнішнього (екстернального) типу контролю, при якому домінує схильність приписувати причини подій, що відбуваються, зовнішнім факторам (довкіллю, долі або випадку) [3]. Жінки екстернального типу частіше мали низький рівень особистої та високий – ситуативної тривожності: тобто такі роділлі не зовсім адекватно оцінювали процес пологів, більш емоційно реагуючи на перейми, необхідність їх терпіти, більше покладаючись на чоловіка (в сімейних пологах) або на медичних робітників (при традиційних пологах) в полегшенні «пологових мук». При дослідженні вмісту гормонів це виявлялося в більш значному підвищенні А, співвідношенні А/НА і кортизолу у порівнянні з жінками нормального типу. Рівень серотоніну та  $\beta$ -ендорфіну були зниженими, що виявлялося в пологовому процесі нестабільністю емоційного тла, страхом перед болем під час переймів і немотивованою агресією. Ослаблення регулюючого впливу з боку ЦНС (стрес, психологічне напруження, негативні емоції) знизило експресію нейропептидів мозку, що призвело до порушення автоматизму, синхронності та координації маткових скорочень. Таке співвідношення гормонів показує більш високий рівень напруження адаптивних систем, зниження порогу больової чутливості, наслідком чого є більш частий розвиток дискоординації пологової діяльності, необхідність медикаментозного знеболення, рідше – слабкості та дистресу плода.

Якщо рівень суб'єктивного контролю перевищує нормальний, то це свідчить про наявність у особи інтернального (внутрішнього) типу контролю, при якому відповідальність за події, що відбуваються в житті, людина в більшій мірі приймає на себе, пояснюючи їх своєю поведінкою, характером, здібністю [3]. При інтернальному типі у жінок значно частіше виявлявся як високий, так й низький рівень особистої тривожності, а ситуативної – помірний та високий. Такі жінки вважають себе відповідальними за все, що відбувається в їхньому житті, менше, ніж інші, припускають і приймають допомогу, намагаються з будь-якими труднощами справлятися самостійно. Тривало існуючий «стрес очікування», що виникає на тлі високого рівня особистої тривожності, приводить у пацієнток даного типу до надмірно високого рівня активації стрес-реалізуючої та стрес-лімітуючої систем. Помічено різке підвищення рівня А та співвідношення А/НА при зниженій концентрації кортизолу, що свідчить про недостатність компенсаторних можливостей та розвиток дистресу. Найбільш низькі показники серотоніну у пацієнток даного типу визначили їх емоційний стан як більш депресивний, апатичний, особливо, якщо він поєднується з підвищеною активністю катехоламінергічних нейронів. Навіть деяке підвищення рівня  $\beta$ -ендорфіну у порівнянні з таким у жінок екстернального типу не приводило до

підвищення порогу болу і викликало відхилення від нормального перебігу пологового процесу. У таких пацієнток характерним ускладненням в пологах є слабкість пологової діяльності, рідше – дискоординація та дистрес плода, що викликає необхідність застосування стимуляції пологової діяльності, знеболення (рис. 1).

Будь-яка аномалія пологової діяльності веде до необхідності її корекції: підвищує частоту стимуляції, кесаревого розтину та інших оперативних втручань. Якщо плід в процесі пологів зазнає фізіологічні навантаження та справляється з ними, то при народженні, як правило, має високу оцінку за шкалою Апгар, а при розвитку ускладнень протягом пологового процесу це навантаження зростає і приводить до розвитку дистресу плода, в результаті чого при народженні виникає асфіксія різного ступеня тяжкості.

Для покращення профілактики акушерських і перинатальних ускладнень у жінок, які спостерігаються по вагітності в жіночій консультації, доцільно враховувати тип суб'єктивної оцінки життєво важливих ситуацій (нормальний, екстернальний та інтернальний), який може істотно вплинути на перебіг та завершення пологів. У зв'язку із тим, що жінки інтернального та екстернального типів більше піддаються надмірному напруженню, розвитку стану «стресу очікування» і виникненню патологічних відхилень від нормального перебігу пологів, кількість передпологових занять для таких пацієнток необхідно збільшувати, проводити їх індивідуально, бажано використати консультації психолога, музико- та арт-терапію. В той же час, при будь-якому типі суб'єктивної оцінки жінки присутність та підтримка чоловіка в пологах сприяє почуттям задоволення та безпеки для подружжя [1, 6]. Партнер в пологах намагається виявити максимальну підтримку жінці, піклується про неї, знімаючи додатковий стресовий фактор, що пов'язано із очікуванням жінкою страху та болу. Тому, проведення сімейних пологів, особливо при попередній підготовці пар до цієї події сприяє благоприємній психологічній обстановці, що веде до зниження акушерських і перинатальних ускладнень.

#### ВИСНОВКИ

1. Під час пологів виникає психоемоційний стрес, який спричиняє зміни ситуативної та особистої тривожності жінок, залежить від типу суб'єктивного контролю, призводить до змін стану стрес-реалізуючої та стрес-лімітуючої систем і при нормальному типі характеризується адекватним напруженням, при екстернальному – більш вираженою активацією систем адаптації, а при інтернальному – їх значним напруженням, що веде до недостатності компенсаторних можливостей організму, розвитку дистресу та спричиняє дезадаптивні порушення пологової діяльності й підвищує частоту ускладнень в пологах.

2. Проведення пренатальних занять підготовки до пологів, особливо жінкам із інтервальним та екстервальним типами суб'єктивної оцінки життєво важливих ситуацій, та проведення сімейних пологів сприяють створенню покращення емоційного стану жінок в пологах, що веде до зниження акушерських і перинатальних ускладнень.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бабич Т. Ю. Адаптаційні зміни в активній фазі пологів у жінок, які народжували при підтримці чоловіка і традиційно, залежно від їхнього рівня суб'єктивного контролю / Т. Ю. Бабич // *Здоровье женщины*. – 2008. – № 4 (36). – С. 87–90.

2. *Нормальная физиология человека : учебник для высших учебных заведений / под ред. академика РАМН Б. И. Ткаченко*. – 2-е изд. испр. и доп. – М. : ОАО «Издательство «Медицина», 2005. – 928 с.

3. *Практикум по возрастной психологии : учеб. пособие / под ред. Л. А. Головей, Е. Ф. Рыбалко*. – СПб. : Речь, 2005. – 688 с.

4. Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome / L. Andersson, I. Sundstrom–Poromaa, M. Wulff [et al.] // *Obstet. Gynecol.* – 2004. – Vol. 104, № 3. – P. 467–476.

5. Jesse D. E. Effects of spirituality and psychosocial well-being on health risk behaviors in Appalachian pregnant women / D. E. Jesse, P. G. Reed // *J. Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs.* – 2004. – Vol. 33, № 6. – P. 739–747.

6. Luminare–Rosen C. Preconception and prenatal health care: a holistic approach / C. Luminare–Rosen // *Beginnings*. – 2003. – Vol. 23, № 3. – P. 14–15.

7. Maspfuhl B. Program and effectiveness of psychologically-oriented preparation for childbirth. Behavior therapeutic program for childbirth preparation / B. Maspfuhl, M. Rauchfuss // *Zentralbl. Gynecol.* – 1986. – Vol. 108, № 2. – P. 97–103.

8. Maternal prenatal anxiety and corticotropin-releasing hormone associated with timing of delivery / R. A. Mancuso, C. D. Schetter, C. M. Rini [et al.] // *Psychosom. Med.* – 2004. – Vol. 66, № 5. – P. 762–769.