

## НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ ЯК СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА

Наукові праці МАУП, 2009, вип. 1(20), с. 176–180

*Розглядаються проблема невиношування вагітності, її джерела, наслідки і шляхи можливого подолання.*

Репродуктивне здоров'я є важливим чинником забезпечення сприятливих демографічних перспектив країни, важливою передумовою формування її демографічного, а отже, й соціально-економічного потенціалу. Проблема збереження репродуктивного здоров'я в Україні — надто актуальна вже впродовж кількох десятиліть, і невиношування вагітності є його важливим показником. Ми спостерігаємо справді екстраординарний феномен демографічної історії України: в мирний час у нас відбуваються процеси, характерні для відносно короткочасних періодів таких соціально-економічних катаклізмів, як світові або громадянські війни. Сучасний рівень дитородної активності населення найнижчий за весь період повоєнної історії України.

За останні 10 років невиношування вагітності в Україні почастішало майже у 2 рази [4], і сьогодні Україна перебуває у стані глибокої демографічної кризи. Різні автори наводять різну статистику частоти спонтанних абортів від загальної кількості вагітностей — від 12–13 % [4], 15–20 % [11; 13] до 25–35 % [5; 7]. Комітет експертів ВООЗ надає дані, відповідно до яких частота невиношування має тенденцію до збільшення [13]. За таких умов значення репродуктивного здоров'я суттєво зростає.

Загроза невиношування вагітності, крім впливу на рівень народжуваності, має також безліч інших негативних наслідків. Вона впливає на ускладнення подальшого перебігу вагітності та підвищує вірогідність виникнення пізнього гестозу та передчасних пологів. Унаслідок загрози переривання вагітності відбуваються порушення у стані та розвитку плода і новонародженого: асфіксія новонароджених, підвищена мертвона-

роджуваність, перинатальна смертність, післяпологова затримка у фізичному та психічному розвитку. З психологічної точки зору, крім довготривалих емоційних наслідків невиношування та затримки розвитку материнської ідентичності, існує загроза виникнення порочного кола, коли стрес стає причиною невиношування наступних вагітностей.

Потрібно зазначити, що стан репродуктивного здоров'я характеризують насамперед показники народжуваності та показники здоров'я жінок і дітей, інтегрованим відображенням яких є материнська та дитяча смертність [10]. Природний приріст населення в Україні різко падає: з 4,4 на 1000 населення у 1986 р. він знизився до –5,3 у 1995 р. Тобто на кожну тисячу мешканців на рік помирає на 5,3 осіб більше, ніж народжується [6]. Сумарний показник народжуваності зменшився з 1,9 дитини в 1989 р. до 1,1 дитини в 1999 р., водночас для забезпечення простого заміщення чисельності покоління батьків чисельністю покоління дітей рівень сумарного показника народжуваності має становити в середньому 2,2 дитини [10]. Показники здоров'я жінок і дітей також невтішні. “Рівень материнської смертності протягом 10-ти останніх років знизився: в 90-ті роки він дорівнював 30–39 на 100 тис. живородящих, зараз ми маємо 25,6” [5, 29]. “За останнє 10-річчя... дитяча смертність зросла до 14 %” [12, 6].

Загроза невиношування вагітності має численні наслідки для подальшого перебігу вагітності, здоров'я плода та новонародженого, а також для психологічного стану жінки.

Щодо подальшого перебігу вагітності, то у жінок, які перенесли період загрозового викидня, “...подальший перебіг вагітності був ускладнений

в 1,8 рази, а ускладнення при пологах зустрічаються в 1,7 рази частіше, ніж в контрольній групі” [14, 39]. Частота передчасних пологів у жінок, які перенесли загрозовий аборт, коливається від 9,5 до 24,6 % (Л. В. Ананіч, 1970; Wilkerson et al., 1966). Дані літератури вказують на те, що існує безпосередній зв'язок між змінами, які відбуваються на ранніх строках вагітності та в більш пізні її строки, свідчать про нерозривність процесів, що відбуваються в організмі жінки під час вагітності [14].

Щодо наслідків для здоров'я плода та новонародженого помічено, що після перенесеного жінкою під час вагітності загрозового аборт часто у подальшому спостерігаються порушення у стані та розвитку плода і новонародженого. За даними Л. В. Ананіч, у жінок, які перенесли загрозовий аборт, винайдено збільшення перинатальної смертності у 3,8 рази. За даними зарубіжних авторів, вона складає 15,2 % (Wilkerson et al.), а мертворожденість досягає 8,6 % (Asanti, Vesanti, 1963). За даними Н. Г. Кошелевої, частота смерті недоношених дітей в 17 разів перевищувала перинатальну смертність доношених дітей [14]. Також є дані щодо впливу загрозового аборт на підвищення частоти народження дітей з уродженими вадами розвитку. Надалі, після пологів, підвищується захворюваність новонароджених (Л. В. Ананіч, 1970; Н. Г. Кошелева, 1979), у деяких з цих дітей виявляється затримка у фізичному та психічному розвитку.

Щодо наслідків невиношування для подальшого психологічного стану жінки різні дослідження показують, що у 50–80 % жінок спостерігаються реакції пригнічення, що позначається на професійній діяльності, подружніх стосунках і сімейному житті. Після спонтанного аборт, особливо якщо жінки дезінформовані або недостатньо знають про причини викидня, близько чверті з них відчувають персональну відповідальність за викидень [25]. Найчастіше серед довготривалих наслідків спостерігаються хронічні депресивні розлади [21, 204]. Звичайно повинно минути щонайменше 18 місяців, щоб завершилася внутрішня робота з виходу із психологічної кризи [20]. Втрата вагітності на ранніх строках часто супроводжується таким же типовим смутком, який відчуває жінка при втраті плода на більш пізніх етапах [22, 242]. Додаткові стреси впродовж вагітності та відсутність соціальної підтримки призводять до “самодокірливого подолання” ситуації [18]. Наявність іншої дитини не захищає від психологічного дистресу внаслідок втрати вагітності [23].

Таким чином, загроза невиношування вагітності має своїм результатом ускладнення подальшого перебігу вагітності (виникнення пізнього гестозу, передчасних пологів), порушення у стані та розвитку плода і новонародженого (асфіксія новонароджених, підвищена мертворожденість, перинатальна смертність, післяпологова затримка у фізичному та психічному розвитку). З психологічної точки зору, крім довготривалих емоційних наслідків невиношування та затримки розвитку материнської ідентичності, існує загроза виникнення порочного кола, коли стрес стає причиною невиношування наступних вагітностей.

Невиношуванням вагітності вважають самовільне переривання її від початку до 37 тижнів. Якщо переривання відбувається більше 2 разів, воно вважається звичним. Самовільним викиднем (аборт) у вітчизняному акушерстві вважається переривання вагітності у перші 28 тижнів. Передчасними пологами називають переривання вагітності від 29 до 37 тижнів [2]. У клінічному перебігу для загрозового викидня характерне посилення скорочувальної активності м'язів матки, однак плідне яйце повністю зберігає зв'язок з маткою, а кровотеча відсутня. Загрозливі передчасні пологи характеризуються підвищеним тонусом і збудливістю матки, зміни з боку шийки матки відсутні.

Причини самовільних викиднів і передчасних пологів дуже різноманітні, нерідко до переривання вагітності призводить не один, а декілька факторів. За Е. К. Айламазяном, усі фактори ризику невиношування можна умовно поділити на чотири групи: соціально-біологічні причини (вік, рід занять, шкідливі звички, умови життя), акушерсько-гінекологічний анамнез (характер менструального циклу, перебіг попередніх вагітностей та пологів, гінекологічні захворювання, пороки розвитку матки), екстрагенітальні захворювання (серцево-судинні захворювання, ендокринопатії, анемія, гострі інфекції під час вагітності, хронічні специфічні інфекції) та ускладнення вагітності (ранній гестоз, пізній токсикоз (ОПГ-гестоз), ізосерологічна несумісність по групі та резус-фактору матері та плода, багатоводдя, маловоддя, тазове передлежання плода, багатопліддя, переносена вагітність).

Що стосується впливу цих факторів на виникнення ризику перинатальних втрат, то, за даними Д. Р. Шадлуна, “... екстрагенітальна патологія складає 82,7 %, генітальна патологія — 52,8 %, ускладнений перебіг попередніх вагітностей

тей – 38,1 %, а вікові особливості (до 18 і старше 35 років) – 28,9 %” [17, 77]. Отже, екстрагенітальна патологія є найбільш значущим фактором для ризику невиношування вагітності. Однак відзначимо, що І. А. Жабченко виявив велику кількість ускладнень під час вагітності навіть за відсутності естрагенітальної патології у матерів [9]. За Е. К. Айламазяном, “не можна виключити роль психогенного фактора, що нерідко стає пусковим механізмом на фоні дії інших причин, які сприяють перериванню вагітності” [2, 233].

Таким чином, у рамках медицини однією з передумов виникнення загрози невиношування є ускладнення вагітності, серед яких однією з причин є гестоз вагітних. На сучасному етапі механізм виникнення гестозу ще невідомий. Оскільки психогенний фактор нерідко стає пусковим механізмом на тлі дії інших причин, які сприяють перериванню вагітності, у своїй роботі ми будемо намагатися пояснити цей феномен з психологічної точки зору.

В літературі під соціальними факторами невиношування маються на увазі побутові та соціально-психологічні умови існування жінки, образ її життя та звички, психоемоційне напруження. Основна частина шкідливих факторів впливає на плід опосередковано, тобто через організм матері [10]. За В. М. Астаховим, головне місце займають матеріально-побутові проблеми та проблеми комунікації в сім'ї [2]. За даними В. В. Сімрок і Д. В. Наталенко, матеріальна забезпеченість родини має переважне значення у формуванні образу життя, ставлення до сімейного життя, вагітності та формує певний погляд на майбутнє всієї родини. Оцінюючи вплив якості життя на перебіг вагітності, вони виявили, що важливим фактором є образ життя та стосунки з оточуючими. Є дані, що порушення в образі життя можуть сприяти виникненню патологічних зсувів під час нормального перебігу вагітності у системі мати – плід [15]. “На даний час встановлено ряд факторів, що сприяють розвитку невиношування: соціальні умови, спосіб життя, фізичні навантаження, психоемоційна напруга тощо. Дія цих факторів виявляється за умови певного стану організму жінки, зумовленого конституційно-біологічними особливостями” [10, 3–4].

За даними С. І. Слепцової (1991), невиношування вагітності, зумовлене безпосередньо соціально-психологічними стресами, становить 7 % загальної кількості мимовільних викиднів. “Конфлікти в подружній парі, між батьками та дітьми, тяжкі умови праці є психосоціальними

стресорами нинішнього суспільства, які підвищують ризик виникнення нервово-психічних і психосоматичних захворювань” [1, 98]. Низьку вагу плода при народженні та передчасні пологи автори пов'язують з насиллям в подружній парі під час вагітності, гострим життєвим стресом, який може накладатися на посттравматичний стресовий розлад. Вірогідність виникнення невиношування вагітності зростає при психологічній несумісності у подружній парі, поганих взаємостосунках у родині, розірванні шлюбу, нервово-емоційному напруженні на виробництві, стресових ситуаціях.

Часто дослідники приділяють увагу такому фактору, як запланованість вагітності. Існують різні точки зору щодо впливу факту непланованості вагітності на частоту розвитку акушерських ускладнень. Деякі автори вважають, що непланована вагітність супроводжується збільшенням кількості ранніх токсикозів, клінічних маркерів первинної та вторинної плацентарної недостатності, а також підвищенням частоти народження дітей у стані гіпоксії та збільшенням показника перинатальної смертності [25, 100]. Основною причиною ускладнень вагітності ці автори вважають стресовий стан, який виникає внаслідок непланованої вагітності. Інші автори не надають такого значення фактору непланованої вагітності. А. Bitto з колегами не виявили різниці у частоті спонтанного переривання вагітності та передчасних пологів у жінок з планованою та непланованою вагітністю [19].

Отже, побутові та соціально-психологічні фактори, а також сам фактор настання вагітності неочікувано, безумовно, впливають на виникнення акушерських ускладнень. Передусім вони впливають на емоційний стан жінки, створюють стресову ситуацію. Таким чином, будь-який з цих факторів може виявитися патогенним, якщо має особистісне значення для жінки або життєві обставини жінки надають йому характер стресу.

Гіпотезу про розвиток мимовільного викидня в результаті стресового впливу психічних факторів вперше висунув С. Т. Javert (1984), що підтвердило припущення С. Turper (1962) про вплив емоційного стану на рівень статевих гормонів у жінок із загрозою викидня. Одноразовий стресовий вплив викликає суттєві зрушення в організмі, які закінчуються у структурних змінах міжнейрональних зв'язків, зміні біохімічних регуляторних процесів, імунних процесів, функціональних порушень, особливо кровообігу. Реакція організму на стрес носить адаптаційний харак-

тер, але тривалий стан стресу призводить до перенапруження, що може призвести до численних форм ускладнень вагітності та пологів [16]. Негативні емоції, що виникають під час ускладнень вагітності, впливають на зміни нейрогормонального фону. Зокрема, підвищена тривожність, яка супроводжує песимістичний стиль мислення, характеризується пригніченням вироблення катехоламінів при підвищенні рівня ендорфінів, що, у свою чергу, впливає на рівень вироблення Т-лімфоцитів. Беручи до уваги блокування функції імункомпетентних клітин матері під час вагітності, імунна система опиняється у стані “подвійного пригнічення”, що виразно виявляється на соматичному рівні.

Основний симптом психологічного стресу — це страх. Страх стимулює симпатичну нервову систему, впливаючи на зміну метаболізму. Це впливає на розвиток плода — впродовж вагітності підвищує ризик переривання вагітності. Мати і дитина являють собою єдиний нейрогуморальний організм, і “... кожен з них рівною мірою страждає від несприятливого впливу зовнішнього світу, що записується у довготривалій пам’яті, справляючи вплив на все подальше життя дитини” [3, 52]. Плід є чутливим до материнських емоцій. “Коли мати переживає тривогу, її ритм серця прискорюється, посилюється експресивна мова, що призводить до додаткового виділення гормонів плода. Її тахікардія через кілька секунд викликає тахікардію плода; коли вона відчуває страх упродовж 50 секунд, плід зазнає гіпоксії” [3, 52–53]. Водночас позитивні материнські емоції викликають посилення росту, спокою та збільшення рівня інтелекту плода [3]. Отже, переживання тривоги і страху під час вагітності негативно впливає на психічний розвиток плода.

Багато факторів може бути причиною виникнення страхів упродовж вагітності: стресові ситуації, перевантаження, погані соціальні умови, несприятливий акушерсько-гінекологічний анамнез, ускладнення вагітності та недостатній рівень піклування [1]. Також важливим є особистісне значення цих факторів для жінки. Цей психічний і психосоціальний стрес може призвести до ускладнень при вагітності та пологах. Деякі дослідники вказують, що психічні нездужання, психосоціальне навантаження, особливості особистості та неадекватні механізми подолання стресу можуть стати причиною спонтанного абортів або передчасних пологів. Інші дослідники також відзначають критичність фактора подолання стресу. І. В. Антоненко, Н. М. Нізова вважають, що роз-

виток гестозу також є наслідком зриву адаптаційних реакцій в організмі вагітної, що підтверджується формуванням синдрому поліорганної недостатності.

О. О. Єгоров, трактуючи причини невиношування у жінок з гіпертонічною хворобою, наголошує на тому, що “... психологічні фактори займають не останнє місце у патогенезі невиношування вагітності... і стають домінуючими у вагітних з певними преморбідними особливостями особистості в їх нездатності справитися зі стресом і самостійно вирішити сформовану ситуацію, що склалася. Психологічні порушення відіграють роль підтримування патологічного симптомокомплексу, утворюючи замкнене порочне коло, в якому задіяні важливі системи життєзабезпечення” [8, 16]. Можна стверджувати, що особистісні особливості жінки, а саме високий рівень особистісної тривожності та неадекватні механізми подолання стресу, є передумовою невиношування вагітності внаслідок стресу.

Таким чином, психологічні та психосоціальні фактори впливають на можливість виникнення спонтанного абортів та звичного невиношування. Показано, що такі психологічні розлади, як тривога і нервозність, психосоматичні та особистісні розлади, негативне ставлення до сексуальності та вагітності, батьківські конфлікти, можуть погіршити наслідки вагітності [24, 248]. У рамках психоаналізу висунуті гіпотези про детермінуючий вплив психіки на розвиток мимовільного викидня, які базуються на теорії ідентифікації. Клінічні результати показують, що психотерапія може допомогти жінкам уникнути спонтанного абортів, а отже, крім добре відомих органічних причин загрози спонтанного абортів або передчасних пологів, також мають бути взяті до уваги і психогенні фактори.

Отже, виникнення страху і тривоги під дією особистісно значущих факторів спричиняє функціональні порушення в організмі жінки, що призводить до порушення психічного розвитку плода та виникнення акушерських ускладнень. При цьому особистісні особливості жінок є передумовою невиношування вагітності. Безсумнівно, що “... роль несприятливих психологічних і психосоціальних факторів при вагітності та їх вплив на виникнення акушерських ускладнень під час вагітності та пологів вивчена недостатньо” [1, 96].

Таким чином, сьогодні Україна перебуває у стані глибокої демографічної кризи, а в таких умовах роль репродуктивного здоров’я значно зростає.



## Література

1. Абрамченко В. В. Психоматическое акушерство. — СПб.: СОТИС, 2001. — 311 с.
2. Айламазян Е. К. Акушерство: Учебник для мед. вузов. — СПб.: Спец. лит., 1998. — 496 с.
3. Батуев А. С. Возникновение психики в дородовой период: краткий обзор современных исследований // Психол. журн. — 2000. — Т. 21, № 6. — С. 51–56.
4. Венцківський Б. М. Грош-цена доктору, который перестает сомневаться // Здоров'я України. — 2004. — № 4. — С. 29.
5. Венцківський Б. М., Костюк А. Л., Белов О. О. Прогнозування невиношування вагітності шляхом комплексної оцінки соматотипічного та психологічного статусу вагітної // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2001. — № 6. — С. 70–72.
6. Вовк І. Б. Медико-соціальні проблеми планування сім'ї та шляхи їх вирішення // Медико-соціальні проблеми семьи. — 1997. — Т. 2, № 1. — С. 7–9.
7. Гинзбург В. Г. Психоемоциональное состояние беременных с привычным невынашиванием // 36. наук. пр. Асоціації акушерів-гінекологів України. — К.: Інтермед, 2003. — С. 68–71.
8. Єгоров О. О. Особливості психоемоційних порушень у жінок з невиношуванням вагітності, які страждають на гіпертонічну хворобу // Укр. вісн. психоневрології. — 2003. — Т. 11, вип. 2(35). — С. 15–16.
9. Жабченко І. А. Найближчі та віддалені наслідки вагітності й пологів для практично здорових жінок та їхніх дітей // Вісн. Асоціації акушерів-гінекологів України. — 2000. — № 4(9). — С. 38–40.
10. Жилка Н., Іркіна Т., Стешенко В. Стан репродуктивного здоров'я в Україні (медико-демографічний огляд). — К.: Ін-т економіки, 2001. — 68 с.
11. Жук С. І., Гнатишин М. С., Белов О. О., Хошата О. М. Індивідуальне прогнозування невиношування вагітності у жінок з різними клініко-біологічними та соціальними характеристиками (методичні рекомендації). — К.: М-во охорони здоров'я України, 2004. — 15 с.
12. Запорожан В. М., Міщенко В. П. Антропогенно залежні стани в акушерстві та перинатології. — О.: Одеський держ. мед. ун-т, 2001. — 156 с.
13. Коломійцева А. Г., Жабченко І. А. До питання про збереження здоров'я вагітної жінки та безпечне материнство // Перинатологія та педіатрія. — 2004. — № 4. — С. 3–4.
14. Кошелева Н. Г. Профилактика перинатальной заболеваемости и смертности. — М.: Медицина, 1979. — 144 с.
15. Пуртов І. І. Влияние образа жизни беременных женщин на их заболеваемость // Гигиена и санитария. — 1999. — № 5. — С. 62–63.
16. Чайка В. К., Яковлева Е. Б., Іваницька Н. Ф., Деміна Т. Н. Окружающая среда, стресс и беременность. — Донецк: Юго-Восток, 2001. — 108 с.
17. Шадлун Д. Р. Прогнозування перинатальних втрат на сучасному етапі // Одеський мед. журн. — 2002. — № 1(69). — С. 75–78.
18. Beutel M., Deckardt R., Schaudig K. et al. Grief, depression and anxiety after spontaneous abortion — a study of systematic evaluation and factors of influence // Psychother. Psychosom. Med. Psychol. — 1992. — V. 42(5). — P. 158–166.
19. Bitto A., Gray R. H., Simpson J. et al. Adverce outcome of planned and unplanned pregnancies among users of natural family planning: A prospective study // Am. J. Public Health. — 1997. — V. 87, № 3. — P. 338–343.
20. Cabau A. Secondary sterility // Soins Gynecol Obstet Pueric Pediatr. — 1985. — V. 49–50. — P. 17–20.
21. Dorfer M., Egger J., Hausler M. Psychic coping with spontaneous abortion // Psychother. Psychosom. Med. Psychol. — 1999. — V. 49(7). — P. 235–240.
22. Iles S. The loss of early pregnancy // Baillieres Clin. Obstet. Gynaecol. — 1989. — V. 3(4). — P. 769–790.
23. Klock S. C., Chang G., Hiley A., Hill J. Psychological distress among women with recurrent spontaneous abortion // Psychosomatics. — 1997. — V. 38(5). — P. 503–507.
24. Lapple M., Lukesch H. Psychological and psychosocial factors and relevant therapeutic measures in spontaneous abortion and recurrent spontaneous abortion and habitual abortion // Zentralbl. Gynakol. — 1988. — V. 110(19). — P. 1185–1194.
25. Seibel M., Graves W. The psychological implications of spontaneous abortions // J. Reprod. Med. — 1980. — V. 25(4). — P. 161–165.

*Демографічна криза, в якій перебуває сьогодні Україна, змушує звернути особливу увагу на репродуктивне здоров'я жінок, важливим показником стану якого є невиношування вагітності.*

*Демографический кризис, в котором находится сегодня Украина, вынуждает обратить особое внимание на репродуктивное здоровье женщины, важным показателем состояния которого является невынашивание беременности.*

*Demographic crisis in which there is today Ukraine, compels to pay special attention to reproductive health of women and its parameters.*

Надійшла 27 січня 2009 р.