**Тарасюк Олена Костянтинівна. Психосоматичні порушення у вагітних з загрозою переривання вагітності, які страждали безпліддям : Дис... канд. наук: 14.01.01 - 2008.**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Тарасюк О.К. Психосоматичні порушення у вагітних з загрозою переривання вагітності, які страждали безпліддям.** – Рукопис.  Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.01 – акушерство та гінекологія. Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова МОЗ України, Вінниця, 2008.  Дисертація присвячена розробці комплексної системи заходів по профілактиці загрози переривання вагітності у жінок та науковому обґрунтуванню тактики ведення вагітності на основі поглибленого вивчення соціально-психологічних особливостей, гормонального фону та соматичного стану здоров`я вагітних, які страждали безпліддям.  В дисертаційній роботі наведене узагальнення і нове вирішення наукової  задачі, що виявляється в прогнозуванні, профілактиці та корекції загрози переривання вагітності у жінок з безпліддям в анамнезі. Вперше дана комплексна медико-соціальна та соціально-психологічна характеристика, проаналізовані умови виникнення та розвитку невиношуванння вагітності у жінок, які перенесли безпліддя, вивчені особливості психосоматичних порушень, виявлені психологічні чинники, які мають вплив на перебіг вагітності та пологів, визначені шляхи індивідуальної психокорекції.  Створені та впроваджені в практику охорони здоров'я високоефективні індивідуальні прогностичні моделі розвитку невиношування вагітності в залежності від соціально-психологічного статусу вагітної та клініко-біологічних чинників.  На основі отриманих результатів розроблена науково обґрунтована система заходів з комплексної профілактики загрози переривання вагітності у жінок з безпліддям в анамнезі, яка включає психокорекцію. | |
| |  | | --- | | У дисертації наведено теоретичне узагальнення результатів вивчення соціальних, психологічних особливостей, гормонального фону та соматичного стану жінок з загрозою переривання вагітності, які страждали безпліддям та нове вирішення актуальної науково-прикладної задачі акушерства - профілактики невиношування вагітності у них, зниження кількості недоношених дітей, новонароджених з дефіцитом маси та асфіксією при пологах за рахунок прогнозування виникнення загрози переривання вагітності та удосконалення комплексу лікувально-реабілітаційних заходів з психологічною корекцією психоемоційного стану таких вагітних.  1. Основними факторами ризику виникнення невиношування вагітності, за результатами нашого дослідження, є: гіперполі- та альгодисменорея (р<0,05), нерегулярність менструацій (р<0,05), кількість штучних абортів, самовільних викиднів та передчасних пологів, післяабортних та післяпологових ускладнень в анамнезі (р<0,05); перенесені запальні гінекологічні захворювання (у 20,1 %, (р<0,01) та безпліддя в анамнезі (р<0,05), соматичні хвороби (пієлонефрит у 11,3 %, інфекційні захворювання специфічні – 7,0 %) (р<0,05) та оперативні втручання в анамнезі (порожнинні – 18,8 %, р<0,05), настання даної вагітності до 18 та понад 28 років (у 30,8 %, р<0,05).  2. Встановлена достовірна залежність (р<0,01) невиношування вагітності від ряду соціально-гігієнічних та психологічних чинників: перенесені стреси під час вагітності (c2=51), недостатній рівень освіти (c2=24), соціальний стан (частіше-службовець) (c2=14), неповна сім’я (c2=43), несприятливі житлові умови (c2=25), недостатній нічний сон і відпочинок (c2=12), виснажливий характер праці (р<0,05, c2=7), наявність шкідливих звичок (р<0,05, c2=6), страх перед ускладненнями у пологах під час вагітності (р<0,05).  3. Невиношування вагітності у жінок, які страждали безпліддям, корелює зі зниженням рівня прогестерону (р<0,05), підвищеною естрогеновою насиченістю (за даними гормональної кольпоцитології) (р<0,05) (починаючи з І триместру або взяття вагітної на облік), інфікуванням піхви (р<0,05) (кандидами – в 22,3 %, лептотриксом -  в 19,6 %, неспецифічною флорою – лейкоцитоз в 10,7%).  4. У жінок з невиношуванням вагітності, а також вагітних, які перенесли безпліддя в анамнезі, наявні спільні риси - прихована тривога і напруження, посилені соматичними фіксаціями, помірно збільшені показники реактивної та особистісної тривожності; у них частіше виявляються ознаки депресивних, іпохондричних та астенічних рис. При поєднанні безпліддя з невиношуванням вже в І триместрі даної вагітності ознаки депресії стають домінуючими, з переважанням жінок з високими рівнями особистісної та реактивної тривожності (втричі більше групи порівняння). Починаючи з ІІ триместру у них з’являються ознаки астенізації та зростання показників депресії і поступове формування патологічного психологічного стану з домінуванням соматичних фіксацій, вираженою емоційною лабільністю. В ІІІ триместрі ці ознаки більш виражені і досягають максимальної вираженості в останні тижні перед пологами.  5. Впровадження прогностичних моделей індивідуальної первинної профілактики невиношування вагітності з врахуванням соціального статусу, способу життя та клініко-біологічних характеристик сприяло виявленню жінок групи ризику для подальшого проведення індивідуальних заходів попередження невиношування.  6. Застосування розробленого нами комплексу психологічної та медикаментозної корекції у вагітних, які страждали безпліддям, сприяло зменшенню невиношування вагітності у них в 2,8 рази (р<0,01), частоти неодноразової загрози переривання під час даної вагітності на 48, 6 % (р<0,01), передчасних пологів - на 9,3 %, народження дітей з дефіцитом ваги на 18,8 % (р<0,05), частоти дистресу плода під час вагітності – на 21,9 % (р<0,05). | |