

ния ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-1 $\beta$  и увеличение содержания ИЛ-10, ФНП- $\alpha$ , TGF- $\beta$ 1. У больных ко-инфекцией ВИЧ/ХГС установлено достоверное снижение, в сравнении с контролем, уровня ИЛ-2, повышение уровня ИЛ-6, ИЛ-10, ФНП- $\alpha$ , ИЛ-1 $\beta$ . Наиболее выраженное нарушение содержания цитокинов обнаружено у больных ХГС ( $t = 36,14$ ;  $P < 0,001$ ), которое превышало аналогичные показатели больных ко-инфекцией ВИЧ/ХГС в 1,21 раза ( $t = 29,8$ ;  $P < 0,001$ ) и ВИЧ-инфицированных лиц – в 1,45 раза ( $t = 24,9$ ;  $P < 0,001$ ).

**Ключевые слова:** хронический гепатит С, ВИЧ-инфекция, ко-инфекция ВИЧ/ХГС, цитокины.

#### ASSESSMENT OF THE VIOLATION OF THE CYTOKINE PROFILE IN HIV-INFECTED PERSONS, PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C AND CO-INFECTION HIV/HCV

K. V. Iurko, V. M. Kozko, G. O. Solomennik, S. S. Rudenko (Kharkiv, Ukraine)

Kharkiv National Medical University

The study of cytokine profile of blood was performed in 107 patients, including: 35 HIV-positive individuals, 36 patients with chronic hepatitis C (CHC) and 36 – co-infected with HIV/HCV. In the patients with CHC identified reduction of the level of IL-2 and increase TNF- $\alpha$ , IL-10, IL-8, IL-1 $\beta$ , IL-6, TGF- $\beta$ 1. In HIV-positive individuals significant reduction in serum IL-2, IL-6, IL-1 $\beta$  and increases IL-10, TNF- $\alpha$ , TGF- $\beta$ 1 values were observed. In the patients co-infected with HIV/HCV identified reduction of IL-2 and increase IL-6, TNF- $\alpha$ , IL-10, IL-1 $\beta$  contents. The most significant manifestations of disorders of cytokine profile were observed in patients with CHC ( $t = 36,14$ ;  $P < 0,001$ ), that exceed a specified changes in patients co-infected with HIV/HCV 1,21 times ( $t = 29,8$ ;  $P < 0,001$ ), and HIV-infected individuals 1,45 times ( $t = 24,9$ ;  $P < 0,001$ ).

**Key words:** chronic hepatitis C, HIV-infection, HIV/HCV co-infection, cytokines.

УДК 618.3/.5–06 : 616.89]–036(477.61/.7)

Поступила 14.08.2015

И. А. АНЧЕВА

### ОСОБЕННОСТИ И ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЮГО-ВОСТОКА УКРАИНЫ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ

Кафедра акушерства и гинекологии 1(зав. – акад. НАМН Украины В. Н. Запорожан)  
Одесского национального медицинского университета <irina.an-va@rambler.ru>

*Представлены результаты анализа психоэмоционального состояния беременных Юго-Востока Украины. Результаты исследований подтверждают, что важную роль в формировании негативных психоэмоциональных состояний беременной играют социально-психологические факторы, которые влияют на течение беременности и исход родов. Обсуждается целесообразность оценки степени психоэмоциональной устойчивости, уровня личностной и реактивной тревожности и стрессоустойчивости личности для комплексного анализа состояния беременной в целях прогнозирования течения беременности и выбора оптимального метода обезболивания в родах.*

**Ключевые слова:** беременность, психоэмоциональное состояние, стресс, прогнозирование, клинический исход.

**Введение.** С наступлением беременности в организме женщины происходят как физические, так и психоэмоциональные изменения. Изменения психоэмоционального состояния у беременных могут быть обусловлены не только гормональной перестройкой в организме, но и индивидуальными психологическими характеристиками. Важную роль в формировании негативных психоэмоциональных состояний беременной играют дополнительные социально-психологические факторы, в частности, пребывание в экстремальных ситуациях, смена места жи-

тельства, материальные и бытовые проблемы, возникновение осложнений беременности (угроза прерывания беременности, угроза преждевременных родов, задержка внутриутробного развития (ЗВУР) плода, железодефицитная анемия, депрессия), связанные с перечисленными факторами. Определённое значение имеет повышение при хроническом стрессе уровня кортизола, что оказывает негативное влияние на центральную нервную систему плода [14].

К сожалению, в существующих алгоритмах прогнозирования течения беременности и родов не уделено достаточного внимания аспектам влияния психоэмоционального состояния женщины на репродуктивную функцию, течение беременности и перинатальные последствия. Особенно актуальна эта проблема у беременных, ставших вынужденными переселенцами. Им не проводят регулярное диспансерное наблюдение, в связи с чем необходимые лечебно-диагностические мероприятия зачастую проводят с опозданием, что усугубляет стресс. Диагностические критерии перехода стресс-синдрома из звена адаптации в звено патогенеза различных заболеваний не найдены, однако имеющиеся публикации свидетельствуют о тесной связи между уровнем психоэмоционального стресса у беременной и возникновением у неё осложнений беременности и родов [1, 4, 9, 12, 13, 15].

**Цель исследования** – оценка роли и влияния психоэмоционального состояния беременных Юго-Востока Украины на течение беременности и исход родов.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на базе городского родильного дома № 2 г. Одессы в период 2014–2015 гг. Наблюдали 83 женщин, срок беременности 36–40 нед.

Выделены следующие клинические группы: I – 23 беременных, которые проживали в восточной части Украины, переселились в Одессу и были родоразрешены в родильном доме № 2; II – 30 беременных, которые проживали на территории Одесской области и состояли на учёте по месту жительства; III – 30 беременных, которые постоянно проживали и состояли на учёте в женской консультации № 3 родильного дома № 2 Одессы.

В дополнение к общеклиническим методам обследования проводили индивидуальные беседы, анкетирование и тестирование беременных с последующим анализом течения беременности, родов, послеродового периода, состояния новорождённого [1, 4]. Для оценки психологических свойств личности в работе использовали такие психодиагностические инструменты.

Психотипологические особенности женщин и их нейротизм (степень психоэмоциональной устойчивости-неустойчивости) определяли по данным тестового опросника Айзенка (EPJ) в модификации А. Г. Шмелёва. Личностную и реактивную тревожность оценивали по стандартной методике Спилберга – Ханина [7]. Дополнительно использовали тест на самооценку стрессоустойчивости личности [1, 7].

Риск перинатальной и материнской патологии прогнозировали по А. Coorland (1977) согласно приказу Минздрава Украины № 620 от 29.12.2003 г. «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні» [5].

Статистическая обработка данных проведена с помощью пакета программ Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США).

**Результаты и их обсуждение.** Возраст беременных от 18 до 37 лет, в среднем –  $(27,8 \pm 1,5)$  года. Возраст менархе от 11 до 13 лет, в среднем –  $(12,3 \pm 1,2)$  года. У 53 % опрошенных женщин менструальный цикл не нарушен, продолжительностью в среднем  $(27,4 \pm 0,4)$  дня.

Общее среднее образование отмечено у 39,5 %, среднее специальное – у 35,9 %, высшее – у 24,6 %.

Из экстрагенитальных заболеваний хронический пиелонефрит в стадии ремиссии диагностирован у 17 (20,5 %) беременных, анемия – у 15 (18,1 %), заболевания сердечно-сосудистой системы – у 9 (10,9 %), заболевания пищеварительной системы – у 6 (7,2 %), ожирение I–II степени – у 4 (4,8 %), варикозная болезнь нижних конечностей и наружных половых органов – у 3 (3,6 %).

Беременность была первой у 39 (46,9 %) женщин, повторно беременных было 44 (53,1 %). Курили 5 (6 %) женщин.

При тщательном изучении полученных результатов путём тестирования по опроснику Айзенка выделены следующие психотипы: холерики – 41 (49,4 %), сангвиники – 32 (38,6 %), флегматики – 6 (7,2 %), меланхолики – 4 (4,8 %) женщины. Соотношение психотипов в клинических группах сопоставимо ( $P > 0,05$ ).

Личностная (ЛТ) и реактивная (РТ) тревожность во всех группах была в пределах значений, характерных для среднего уровня тревожности (таблица).

**Показатели личностной и реактивной тревожности  
у женщин разных клинических групп ( $M \pm m$ )**

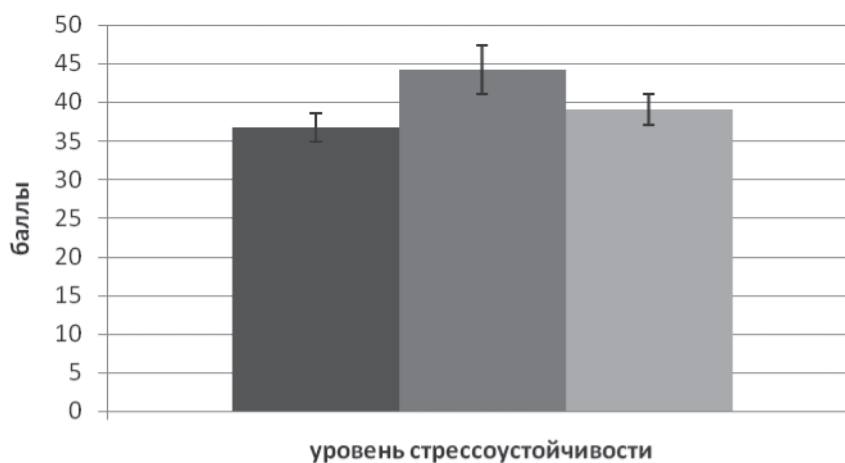
| Клиническая группа | Среднее значение тревожности по<br>Спилбергеру – Ханину, балл |                |
|--------------------|---|----------------|
|                    | ЛТ  | РТ             |
| I ( $n=23$ )       | 44,1 $\pm$ 0,9*   | 45,4 $\pm$ 0,9 |
| II ( $n=30$ )      | 39,3 $\pm$ 0,8  | 44,3 $\pm$ 0,7 |
| III ( $n=30$ )     | 38,8 $\pm$ 1,1  | 42,8 $\pm$ 0,9 |

\* Различия показателей по сравнению с таковыми в других группах статистически значимы ( $P < 0,01$ ).

У пациенток I группы ЛТ была достоверно большей, чем в других группах, причём у 30,4 % из них показатель превышал 45 баллов, что свидетельствовало о высоком уровне тревожности.

РТ у женщин I группы также достоверно отличалась от аналогичного показателя в других группах, что свидетельствовало о высокой тревожности пациенток. У беременных I группы не отмечено низкой тревожности. По нашему мнению, повышение психоэмоционального напряжения и тревожности у обследованных женщин обусловлено риском для жизни при пребывании в зоне военного конфликта и другими стрессовыми факторами, ассоциированными со статусом вынужденного переселенца, которые, безусловно, осложняли течение беременности [9].

Важной индивидуально-личностной характеристикой любой личности является её способность к противодействию стрессовым факторам. Адаптация организма к стрессу – важная составляющая выживания организма в неблагоприятных условиях. Поскольку роды представляют собой «запланированный стресс», очевидно, что в организме женщины существуют механизмы противодействия, устойчивости к родовому стрессу. Анализ стрессоустойчивости дополнил полученные индивидуально-психологические характеристики обследованных нами беременных (рисунок).



Стрессоустойчивость беременных разных групп:

■ – I группа; ■ – II – группа; ■ – III – группа

У пациенток I группы отмечены достоверно ( $P < 0,05$ ) более низкие показатели стрессоустойчивости. Во II и III группах частота выявления высокой стрессоустойчивости сопоставима, эти показатели составили в среднем соответственно  $(44,2 \pm 2,2)$  балла и  $(39,2 \pm 3,4)$  балла ( $P > 0,05$ ). В то же время, значительная часть беременных I группы, перенесших тяжелейшие негативные психоэмоциональные переживания во время беременности, смогли социально адаптироваться на новом месте (с помощью родственников, государственных и волонтерских организаций). Негативные психоэмоциональные переживания, социально-бытовые проблемы, отсутствие помощи и поддержки со стороны близких снижают показатели стрессоустойчивости.

При анализе течения беременности в I группе у 11 (47,8 %) женщин наблюдали угрозу прерывания беременности, у 17 (73,9 %) – угрозу преждевременных родов. Причиной угрозы прерывания беременности, как правило, была истмико-цервикальная недостаточность – у 5 (21,7 %) беременных, которая была вовремя скорректирована с помощью акушерского пессария. Кроме того, угроза преждевременных родов часто возникала на фоне многоводия – у 7 (30,4 %) женщин. Характерным осложнением в разные сроки беременности в I группе была анемия I–II степени – у 13 (56,5 %) пациенток, а также острые респираторные вирусные инфекции – у 9 (39,1 %). У 5 (21,7 %) женщин вторая половина беременности протекала на фоне преэклампсии лёгкой степени.

Структура осложнений беременности у женщин II группы была иной. У них часто выявляли отягощённый акушерско-гинекологический анамнез (наличие сведений о пороках развития плода, мёртворождении, ранней детской смертности, аномалии прикрепления плаценты и её преждевременной отслойки). Так, угроза преждевременных родов в этой группе была значительно ( $\chi^2 = 3,11$ ;  $P < 0,05$ ) ниже у 15 (50 %) женщин. В отличие от I группы, во II группе несколько реже выявляли анемию – у 9 (30 %) беременных, преэклампсию лёгкой степени – у 4 (13,3 %).

Для III группы характерна минимальная частота осложнений беременности. Наиболее частым осложнением в этой группе была анемия – у 8 (26,6 %) беременных и пиелонефрит – у 7 (23,3 %).

При анализе исхода родов отмечено, что у пациенток всех групп родоразрешение произошло в срок, через естественные родовые пути родила 71 (85,5 %) беременная, оперативное родоразрешение применено у 12 (14,5 %).

В I группе оперативное родоразрешение осуществлено у 7 (30,4 %) пациенток. Показаниями к оперативному родоразрешению были: рубец на матке и отказ от родов естественным путём – у 2 женщин, несостоятельность рубца на матке – у 1, ЗВУР, антенатальный дистресс плода – 1, интранатальный дистресс плода в I периоде родов – у 1, преждевременное излитие околоплодных вод (ПИОВ) в сочетании с экстракорпоральным оплодотворением и наличием двойни – у 1; детский церебральный паралич, умеренно выраженный правосторонний гемипарез – у 1.

Во II группе 4 (13,3 %) пациентки родоразрешены путём операции кесарева сечения, в том числе вследствие преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты – 1, клинического несоответствия размеров головки плода и таза матери – 1, двух рубцов на матке – 1, рубца на матке в сочетании с отягощённым акушерским (мёртворождение) анамнезом – 1.

В III группе кесарево сечение выполнено у 1 беременной вследствие ПИОВ в сочетании со смешанным ягодичным предлежанием плода.

Новорождённые во всех группах родились в удовлетворительном состоянии, о чём свидетельствовала оценка по шкале Апгар: в среднем на 1-й минуте –  $(8,0 \pm 0,1)$  балла, на 5-й минуте –  $(8,3 \pm 0,1)$  балла. Масса тела новорождённых в среднем  $(3320 \pm 50)$  г.

При интегральной оценке факторов прогнозирования риска перинатальной и материнской патологии существенных различий в группах не было, соответству-

ющие показатели по А. Coorpland составили соответственно в I группе –  $(0,61 \pm 0,07)$  балла, во II группе –  $(0,60 \pm 0,05)$  балла, в III группе –  $(0,60 \pm 0,06)$  балла. Таким образом, стандартная шкала оценки риска не в полной мере позволяет прогнозировать исходы беременности у женщин.

Следует отметить, что наиболее часто с жалобами на тянущую, нерегулярную боль внизу живота, в области крестца и поясницы, преждевременный разрыв плодных оболочек, нарушение сна, тревогу, госпитализировали женщин I группы, женщины III группы чаще поступали в стационар по поводу начала родовой деятельности. Дородовую госпитализацию женщин II группы осуществляли для выбора тактики ведения родов и метода родоразрешения.

У 75 % беременных всех групп применена эпидуральная анестезия (ЭДА) с учётом акушерской ситуации, в целях устранения патологического прелиминарного периода, дискоординации родовой деятельности, для обезболивания родов и выполнения операции кесарева сечения. В I группе ЭДА применили у 19 (82,6 %) женщин. Независимо от психотипа большая часть пациенток изъявляли желание о проведении родов под ЭДА. Это свидетельствует о том, что большинство пациенток хорошо информированы о современных методах обезболивания родов. Применение ЭДА обеспечивает длительную аналгезию без негативного влияния на организм женщины и её ребёнка. Создание оптимального обезболивания даёт возможность роженице сознательно и активно участвовать в процессе родов, что позволяет избежать негативного влияния на маточно-плацентарный кровоток и сократительную деятельность матки.

Изучение роли и влияния психоэмоционального статуса приобретает особую важность при оценке прогноза у беременных группы риска, к которым, безусловно, относятся женщины, проживавшие в зоне военного конфликта на Юго-Востоке Украины. Такой принцип позволяет индивидуализировать подход к каждой женщине, вовремя повлиять на её психоэмоциональное состояние, при необходимости – осуществить обезболивание родов с учётом как акушерской ситуации, так и индивидуально-личностных и клинико-психологических характеристик женщин, уменьшить частоту осложнений в различных акушерских ситуациях.

**Выводы.** 1. На основании анализа проведённых исследований установлено, что негативные психоэмоциональные переживания во время беременности, в частности, тревога, страх, раздражение, подавленность, изменение социально-бытовых условий жизни и т. д., способствуют возникновению различных осложнений при беременности и в родах (угроза прерывания беременности, угроза преждевременных родов, ЗВУР плода, дистресс плода). 2. Личностная и реактивная тревожность у пациенток I группы достоверно выше, чем в других группах. 3. Наибольшая частота осложнений беременности отмечена у пациенток I группы, наименьшая – у III группы. 4. У женщин I группы значительно чаще применяли ЭДА, чем в других группах. 5. Наблюдение за беременной необходимо вести с учётом её психоэмоционального состояния. Для комплексной оценки состояния беременной, наряду с балльной системой оценки факторов прогнозирования риска перинатальной и материнской патологии (по А. Coorpland), следует использовать психологические тесты. Это позволит более адекватно прогнозировать течение процесса гестации, возможные осложнения во время беременности и в родах.

#### С п и с о к л и т е р а т у р ы

1. *Абрамченко В. В., Коваленко Н. П.* Перинатальная психология. Теория, методология, опыт. – Петрозаводск, 2004. – 350 с.
2. *Департамент здравоохранения Одесского городского совета* [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gorzdrav.odessa.ua/>
3. *Карта внутрішнього переселення* // Управління Верховного комісара ООН у справах біженців [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://unhcr.org.ua/uk/novini/novyny/1232-litsa-peremeshchennye-vnutri-strany>



4. Киселёв А. Г., Николаев А. Н., Куличкин Ю. В. и др. Комплексное психологическое исследование в акушерстве: Метод. рекомендации / Под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Гордеева. – СПб: НИИ АГ им. Д. О. Отта РАМН, СПб ГПМА, 2003. – 24 с.
5. Наказ МОЗ України № 620 від 29.12.2003 г. «Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20031229\\_620.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20031229_620.html).
6. Одеський портал новин. [Електронний ресурс]. – Режим доступу <http://odessa.comments.ua/news/2015/07/31/174749.html>.
7. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: Учеб. пособие. – Самара: БАХРАХ-М, 2001. – 668 с.
8. РІА Новини України. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://rian.com.ua/infografika/20150818/372325100.html>.
9. Тотюнник В. Л., Михайлова О. И., Чухарева Н. А. Психоэмоциональные расстройства при беременности. Необходимость их коррекции // Рус. мед. журн. – 2009. – № 20. – С. 1386–1388.
10. Управління Верховного комісара ООН у справах біженців [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://unhcr.org.ua/>.
11. 2015 UNHCR sub regional operations profile – Eastern Europe. – <http://www.unhcr.org/pages/49e48d4d6.html>.
12. Fine R., Zhang J., Stevens H. E. Prenatal stress and inhibitory neurons systems: implications for neuropsychiatric disorders // Mol. Psychiatry. – 2014. – Vol. 19, N 6. – P. 641–651.
13. Goodman J. H., Chenausky K. L., Freeman M. P. Anxiety disorders during pregnancy: a systematic review // J. Clin. Psychiatry. – 2014. – Vol. 75, N 10. – P. 1153–1184.
14. Li J., Wang Z., Chen Y. et al. Late gestational maternal serum cortisol is inversely associated with fetal brain growth // Neurosci. Biobehav. Rev. – 2012 – Vol. 36, N 3. – P. 1085–1092.
15. Martini J., Wittich J., Petzoldt J. et al. Maternal anxiety disorders prior to conception, psychopathology during pregnancy and early infants' development: a prospective-longitudinal study // Arch. Womens Ment. Health. – 2013. – Vol. 16, N 6. – P. 549–560.

#### ОСОБЛИВОСТІ ТА ВПЛИВ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ВАГІТНИХ ПІВДЕННОГО СХОДУ УКРАЇНИ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ І РЕЗУЛЬТАТ ПОЛОГІВ

І. А. Анчева (Одеса)

Представлені результати аналізу психоемоційного стану вагітних Південного Сходу України. Результати досліджень підтверджують, що важливу роль у формуванні негативних психоемоційних станів вагітної грають соціально-психологічні чинники, які впливають на перебіг вагітності і результат пологів. Обговорюється доцільність оцінки ступеня психоемоційної стійкості, рівня особистісної та реактивної тривожності і стресостійкості особистості для комплексного аналізу стану вагітної з метою прогнозування перебігу вагітності та вибору оптимального методу знеболення в пологах.

**Ключові слова:** вагітність, психоемоційний стан, стрес, прогнозування, клінічний результат.

#### PECULIARITIES AND INFLUENCE OF THE PSYCHOEMOTIONAL STATE OF THE PREGNANT SOUTHEAST OF UKRAINE ON THE COURSE OF THE PREGNANCY AND THE OUTCOME OF CHILDBIRTH

I. A. Ancheva (Odessa, Ukraine)

Odessa National Medical University

The edanalysis of the psychoemotional state of pregnant women from South-Eastern Ukraine were present. The results of these studies suggest that a social and psychological factors play a nimportant role in the development of negative psychoemotional state during pregnancy that affects its course and birth outcomes. We discuss the feasibility of assessing the psychological and emotional stability, the level of personal and reactive anxiety and stress for the individual integrated assessment of the pregnant woman in order to predict the course of pregnancy and the choice of optimal method of pain relief during labor.

**Key words:** pregnancy, psychoemotional state, stress, prognosis, clinical outcomes.