

*Л.П. Пикалова, А.А. Бибикова*  
*ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

## **К ВОПРОСУ О ПОДХОДАХ К ДИАГНОСТИКЕ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ С БЕСПЛОДИЕМ**

### **Цель исследования**

Изучить и провести сравнительный анализ эмоционального статуса у женщин с диагнозом бесплодия и у женщин с невынашиванием беременности.

### **Материалы и методы**

Под наблюдением находились 51 женщина, состоявшие на стационарном лечении, на базе ГБУЗ ТО «Областной родильный дом», «Родильный дом №2», «Родильный дом №5». В основную группу вошли 16 пациенток с диагнозом «бесплодие», в контрольную – 35 женщин с диагнозом «невынашивание беременности». Анализируемые группы были сопоставимы по возрасту, социально-экономическому статусу.

Диагноз «бесплодие» у женщин в основной группе связан с отсутствием овуляции (N97.0), трубно-перитонеальным фактором (N97.1), патологией цервикального канала (N97.3), другими причинами (N97.8). В контрольной группе диагноз «невынашивание» в анамнезе 24 женщин связан с привычным невынашиванием беременности (O26.2), а у 11 пациенток данное состояние возникло на фоне кровотечения на ранних сроках (O20).

При проведении исследования использовались клинико-психопатологический метод с использованием шкал HADS и MADRS Монтгомери и Асберга для оценки тревоги и депрессии, статистический метод (непараметрический критерий U-манна-Уитни).

Шкала состоит из 10 вопросов, каждый из которых оценивается в баллах от 0 до 6. Чем тяжелее состояние больного, тем больший балл ему присваивается. Общий балл по шкале варьируется от 0 до 60 и снижается в процессе облегчения состояния. Шкала не градуирована, оценивается только общий балл. При невозможности получить точные ответы от самого пациента, рекомендуется воспользоваться другими источниками информации (медицинская документация, сведения со слов родственников и пр.). Для оценки состояния в динамике проводится повторное тестирование через фиксированные промежутки времени. Преимущества обсуждаемой шкалы заключается в простоте применения и обработки - заполнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднения у пациента.

Для статистического анализа использовалась программа Statistica 7.0.

### **Результаты и обсуждения**

В основной группе малый депрессивный эпизод наблюдался у 5 женщин, а умеренный – у 11-х пациенток. Достаточно высокий процент умеренного депрессивного эпизода связан с длительным периодом ожидания будущей беременности, множественными попытками ребенка и частыми неудачами в процессе зачатия [3]. Поэтому долгое пребывание женщины в состоянии тревоги

и переживания и приводит к более тяжелому течению депрессивного эпизода [2,6]. В свою очередь, субклинически выраженная тревога встречалась у 10 пациенток. У 5 женщин с бесплодием наблюдалась клинически выраженная тревога. У данных пациенток недоверие к окружающим проявляется в повышенном желании контролировать ситуацию вокруг, отрицании всего нового, психологической негибкости, чрезмерной приверженности четкому планированию [1, 4].

В контрольной группе малый депрессивный эпизод выявлялся у 19-ти женщин. Данные пациентки с диагнозом «невынашивание» в анамнезе ощущают чувство неопределенности репродуктивного статуса, снижении круга интересов, именно с этим связано преобладание малого депрессивного эпизода. Умеренный депрессивный эпизод наблюдался у 13 пациенток. Более тяжелые эпизоды встречаются гораздо реже, и связаны, предположительно, с психическими особенностями темперамента и характера, а также индивидуально с диагнозом каждой пациенткой. У 3-х женщин было обнаружено состояние без депрессии.

Больше чем у половины женщин в контрольной группе – 24 пациенток – встречались субклинически выраженные симптомы тревоги, что вполне понятно и связано с переживанием по поводу состояния ребенка и «страхом» выкидыша. Только у 7 пациенток клинически выраженная тревога, лишь у 4-х беременных не выявлено тревожных симптомов. Для больных данной группы характерны противоречивость самооценки и беспокойство по поводу своей физической и психической полноценности [5].

Сравнительный анализ выявил, что женщины основной группы статистически значимо ( $p \leq 0,05$ ) отличались более тяжелым эмоциональным статусом, что характеризует их эмоциональное состояние, как более тяжелое.

Таким образом, у женщин с диагнозом «бесплодие» и у беременных «невынашивание» нередко отмечается состояние тревоги и депрессии, что требует организации для них психологической поддержки как в период лечения в стационаре, так и после выписки.

Кроме того, в связи с продолжительным периодом обследования, курсом лечения, долгими попытками зачатия, в большей степени к умеренно выраженной депрессии склонны женщины с диагнозом «бесплодие».

## Литература

1. Дементьева Н.О., Бочаров В.В. Психологические аспекты исследования женского бесплодия «неясной этиологии» // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. – 2010. - №1. – 131-139;
2. Ермашенко Б.Г., Крутова В.А. Роль психологических факторов при бесплодии // Медицинские науки. – 2005. - №8. – с. 17-20;
3. Карголь И.В. Психологические аспекты изучения женского бесплодия // Научные ведомости. – 2012. - №18 (137). – с. 202-208;
4. Леваков С.А., Павлова С.А., Бугрова Т.И., Кедрова А.Г. Современный взгляд на бесплодный брак // Клиническая практика. – 2010. - №3. – с. 92-97;

5. Набеева Д.А. Некоторые психологические аспекты невынашивания беременности и бесплодия // Социальная медицина. – 2014. - №1. – с. 79-82;
6. Рустянова Д.Р. Соматические и психологические аспекты реагирования женщины на собственное бесплодие // Студенческая наука и медицина XXI века. – 2017. – с. 305-306.