

Психоемоційний стан жінок з внутрішньопечінковим холестазом вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій

О.Г. Бойчук¹, Т.В. Коломійченко², Н.Е.Н. Ебає¹

¹Івано-Франківський національний медичний університет

²Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Можна припустити погіршення психоемоційного стану та зниження якості життя у жінок після застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) з внутрішньопечінковим холестазом вагітних (ВПХВ), проте наукової інформації з цього питання не знайдено.

Мета дослідження: оцінювання психоемоційного стану жінок з ВПХВ після застосування ДРТ.

Матеріали та методи. Обстежено 40 вагітних після ДРТ з проявами ВПХВ (основна група) і 40 – без проявів ВПХВ (група порівняння). Оцінювали: наявність синдрому вегетативної дисфункції (за А.М. Вейном, 1998); якість сну, особливості засинання і пробудження (А.М. Вейн, Я.И. Левин, 1998); рівень тривожності за допомогою тесту Ч.Д. Спілбергера у модифікації Ю.Л. Ханіна (1976); наявність і вираженість депресії за шкалою Бека; якість життя за опитувальником SF-36. Отримані дані оброблені методами варіаційної статистики.

Результати. У вагітних після ДРТ з ВПХВ сумарна кількість балів за опитувальником А.М. Вейна у 3,5 рази перевищує порогове значення, яке становить 15 балів (медіана 52 [45;60] бали проти 36 [28; 45] балів за відсутності ВПХВ; $p < 0,05$). Вісімдесят відсотків цих жінок відзначали розлади сну. Частота суттєвих порушень якості сну становить 37,5%. Пацієнтки демонструють вищий медіанний рівень як особистісної, так і ситуаційної тривожності (тест Спілбергера–Ханіна). Прояви депресії (шкала Бека) спостерігаються у 55,0% пацієнток основної групи проти 27,5% – у групі порівняння ($p < 0,05$). Жінки з ВПХВ нижче оцінюють свою якість життя як за шкалами фізичного, так і психологічного здоров'я. Зниження інтегрального показника фізичного здоров'я (70 [58; 89] проти 84 [75;92]; $p < 0,05$) є відображенням фізичного дискомфорту, пов'язаного з ВПХВ.

Заключення. Жінки з ВПХВ після застосування ДРТ потребують визначення вегетативного та психоемоційний стану, корекції виявлених порушень для нормалізації якості їхнього життя і досягнення позитивних перинатальних результатів.

Ключові слова: допоміжні репродуктивні технології, внутрішньопечінковий холестаза вагітних, синдром вегетативної дисфункції, тривожність, депресія, якість життя.

Psycho-emotional state of women with intrahepatic cholestasis of pregnant women after the use of assisted reproductive technologies

O.G. Boychuk, T.V. Kolomiichenko, N.E.N. Ebae

We can assume a deterioration in the psychoemotional state and a decrease in the quality of life in women after assisted reproductive technologies (ART) with intrahepatic cholestasis of pregnancy (ICP), but no scientific information was found on this issue.

The objective: to assess the psychoemotional state of pregnant women with ICP after using ART.

Materials and methods. We examined 40 pregnant women after ART with the manifestations of ICP (main group) and 40 – without the manifestations of ICP (comparison group). The presence of vegetative dysfunction syndrome was assessed (according to A.M. Wayne); quality of sleep, especially falling asleep and waking up (A.M. Vein, Yu.I. Levin); anxiety level using the test Spielberg in the modification by Hanin, the presence and severity of depression on the Beck scale; quality of life according to the questionnaire SF-36. The data were processed by methods of variation statistics.

Results. In pregnant women after ART with ICP, the total number of points on the A.M. Vein questionnaire is 3.5 times higher than the threshold value of 15 points (median 52 [45, 60] points versus 36 [28; 45] points in the absence of ICP, $p < 0,05$). 80.0% of these women reported sleep disorders. The incidence of significant sleep quality disturbances is 37.5%. Patients demonstrate a higher median level of both personal and situational anxiety. Manifestations of depression were noted in 55.0% patients against 27.5% in the comparison group ($p < 0,05$). Women with ICP have lower ratings for their quality of life, both on physical and psychological health scales. The decrease in the integral indicator of physical health (70 [58; 89] versus 84 [75; 92], $p < 0,05$) is a reflection of the physical discomfort associated with ICP.

Conclusions. After using ART, women with ICP need to assess the vegetative and psychoemotional state, correct the revealed disorders to normalize the quality of life, and achieve positive perinatal outcomes.

Keywords: assisted reproductive technologies, intrahepatic cholestasis of pregnancy, vegetative dysfunction syndrome, anxiety, depression, quality of life.

Психоемоциональное состояние женщин с внутриспеченочным холестаазом беременных после применения вспомогательных репродуктивных технологий

А.Г. Бойчук, Т.В. Коломийченко, Н.Э.Н. Эбаэ

Можно предположить ухудшение психоемоционального состояния и снижение качества жизни у женщин после применения вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) с внутриспеченочным холестаазом беременных (ВПХБ), однако научной информации по этому вопросу не найдено.

Цель исследования: оценка психоемоционального состояния женщин с ВПХБ после применения ВРТ.

Материалы и методы. Обследовано 40 беременных после ВРТ с проявлениями ВПХБ (основная группа) и 40 – без проявлений ВПХБ (група сравнения). Оценивали наличие синдрома вегетативной дисфункции (по А.М. Вейну); качество сна, особенности засыпания и пробуждения (А.М. Вейн, Я.И. Левин, 1998); уровень тревожности с помощью теста Ч.Д. Спилбергера в модификации Ю.Л. Ханина; наличие и выраженность депрессии по шкале Бека; качество жизни по опроснику SF-36. Полученные данные обработаны методами вариационной статистики.

Результаты. У беременных после ВРТ с ВПХВ суммарное количество баллов по опроснику А.М.Вейна в 3,5 раза превышает пороговое значение, которое составляет 15 баллов (медиана 52 [45, 60] балла против 36 [28; 45] баллов при отсутствии ВПХВ; $p < 0,05$). Восемьдесят процентов этих женщин отмечали расстройство сна. Частота существенных нарушений качества сна составляет 37,5%. Пациентки демонстрируют более высокий медианный уровень как личностной, так и ситуативной тревожности (тест Спилберга–Ханина). Проявления депрессии наблюдаются у 55,0% пациенток против 27,5% – в группе сравнения ($p < 0,05$). Женщины с ВПХВ ниже оценивают свое качество жизни как по шкалам физического, так и психологического здоровья. Снижение интегрального показателя физического здоровья (70 [58; 89] против 84 [75; 92]; $p < 0,05$) является отражением физического дискомфорта, связанного с ВПХВ.

Заключение. Женщины с ВПХВ после применения ВРТ нуждаются в оценке вегетативного и психоэмоционального состояния, коррекции выявленных нарушений для нормализации качества жизни и достижения положительных перинатальных исходов.

Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии, внутрипеченочный холестаз беременных, синдром вегетативной дисфункции, тревожность, депрессия, качество жизни.

Внутрішньопечінковий холестаз вагітних (ВПХВ) – найбільш поширена патологія печінки, характерна для вагітності, і яку деякі дослідники вважають однією з форм гестозу. Проявляється свербінням і підвищенням концентрації жовчної кислоти у сироватці крові, як правило, розвивається у кінці II та/або III триместра і швидко зникає після пологів [8].

Частота ВПХВ з невизначених причин суттєво відрізняється у різних регіонах світу і коливається від значень менше 1% до 27,6%, яку відзначено в індіанців Чилі. У США даний показник становить від 0,32% до 5,6% за рахунок переважно латиноамериканського населення. У Європі показник захворюваності 1,2% до 1,5% – у Скандинавії. Захворювання частіше діагностують у зимові місяці [7].

До факторів ризику належать:

- багатоплідна вагітність,
- хронічні захворювання печінки,
- ВПХВ при попередніх вагітностях,
- сімейний анамнез з ВПХВ,
- ятрогенні причини,
- пізній репродуктивний вік матері,
- вагітність після застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

При ВПХВ в анамнезі частота виникнення патології зростає до 45–90% [5, 7].

При ВПХВ фіксують наступні акушерські і перинатальні ускладнення:

- передчасні пологи (4–12%),
- зростання частоти застосування кесарева розтину (до 36%),
- підвищений ризик внутрішньоутробної загибелі плода,
- потрапляння меконію у навколоплідні води,
- респіраторний дистрес-синдром у новонародженого [1, 2, 6].

Їх діагностують навіть при безсимптомному перебігу захворювання [9].

Основні скарги – свербіж різної інтенсивності, поява жовтяниці, неприємні відчуття тяжкості у правому підребер'ї, диспепсичні явища (нудота, гіркота у роті, печія, зниження апетиту), здуття живота, нерідко виявляють порушення випорожнення й астеновегетативні прояви (пригнічений настрій, стомлюваність, поганий сон, запаморочення) [5, 7, 8].

Завдяки все більш поширеному застосуванню ДРТ, щорічно збільшується кількість індукованих вагітностей. Вагітних після ДРТ відносять до групи ризику щодо виникнення акушерських і перинатальних ускладнень, зокрема і за наявності ВПХВ. Це зумовлено як негативним впливом самих технологій та старшим віком жінок, так і супутніми соматичними станами, серед яких певне місце посідає ендокринна та гепатобіліарна патологія. Для жінок з безплідністю, а особливо тих, що мають тривалий негативний досвід її лікування та/або перинатальні втрати в анамнезі, характерні суттєві психоемоційні розлади [4]. Можна припустити погіршення психоемоційного стану та зниження якості життя у жінок після застосування ДРТ з ВПХВ, що проявляється дискомфортом відчуттями. Проводяться окремі дослідження психоемоційного стану у жінок з безплідністю та вагітних після

застосування ДРТ [3], проте у доступній науковій літературі інформації стосовно подібних досліджень саме у вагітних після ДРТ з ВПХВ виявлено не було.

Мета дослідження: оцінювання психоемоційного стану жінок з ВПХВ після застосування ДРТ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Комплексно обстежено 80 вагітних після програм застосування ДРТ: 40 жінок з проявами ВПХВ (основна група) і 40 жінок без проявів ВПХВ (група порівняння). До контрольної групи увійшли 50 жінок зі спонтанною вагітністю з фізіологічним перебігом.

Критеріями включення були: наявність у вагітної достовірного діагнозу внутрішньопечінкового холестазу, підтвердженого клінічними (свербіж) і лабораторними даними (підвищення концентрації жовчних кислот, трансамінази, білірубину); відсутність у вагітної інших захворювань гепатобіліарної системи, що супроводжуються синдромом внутрішньопечінкового холестазу.

У більшості (62,5%) пациенток основної групи діагноз ВПХВ встановлено після 30 тиж вагітності, в інших (37,5%) – від 24 до 30 тиж. Деякі пацієнтки (27,5%) відзначали короткочасні епізоди проявів ВПХВ до 24 тиж вагітності. У 7 (17,5) жінок ВПХВ мав тяжкий перебіг (нестерпний свербіж з порушеннями загального стану, жовтяниця, значне підвищення рівня жовчних кислот, суттєві зміни інших лабораторних показників).

Наявність синдрому вегетативної дисфункції (СВД) встановлювали за анкетуванням за А.М. Вейном (1998) з оцінюванням у балах вегетативних симптомів (11 показників). Наявність СВД діагностують у разі суми балів ≥ 15 .

Проводили оцінювання якості сну, особливостей засинання і пробудження (А.М. Вейн, Я.И. Левин, 1998) за таблицею, яка містить 6 запитань, з бальною оцінкою значень 1–5 (відсутність порушень сну – сума балів > 22 , легкі порушення – 18–22 бали, суттєві порушення – < 18 балів).

Психологічний феномен тривожності досліджували за допомогою тесту Ч.Д. Спілберга у модифікації Ю.Л. Ханіна (1976). Опитувальник складається з 20 висловлювань, які належать до тривожності як стану (реактивна або ситуативна тривожність) і з 20 висловлювань на визначення тривожності як диспозиції, особливості особистості. Сумарний результат за кожною зі шкал знаходиться у діапазоні від 20 до 80 балів. Під час інтерпретації показників застосовували наступні орієнтовні оцінки тривожності: до 30 балів – низька, 31–44 бали – помірна, 45 і більше балів – висока.

Для оцінювання наявності і вираженості депресії використовували шкалу депресії Бека, яка містить 21 групу тверджень, що відображають особливості розумової, емоційної і тілесної сфери психіки людини. Респондент обирає у групі одне твердження, що найкраще відповідає його самопочуттю у даний момент (останні 2 тиж). Відповіді А, Б, В і Г оцінюють відповідно у 0, 1, 2 і 3 бали. Сума отриманих балів трактується так:

- 0–4 бали – депресія відсутня;
- 5–7 балів – легка депресія;

Частота симптомів СВД у вагітних після застосування ДРТ залежно від наявності ВПХВ

Симптом СВД	Основна група, n=40		Група порівняння, n=40		Контрольна група, n=50	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Схильність під час хвилювання до почервоніння або збліднення обличчя	11	27,5 ^{**}	6	15,0	5	10,0
Оніміння або похолодіння пальців, стоп	14	35,0 [*]	10	25,0	9	18,0
Зміна забарвлення пальців, стоп	5	12,5	2	5,0	2	4,0
Підвищена пітливість	24	60,0 ^{**}	9	22,5	8	16,0
Відчуття серцебиття, завмирання, зупинки серця	23	57,5 ^{**}	14	35,0 [*]	9	18,0
Відчуття утруднення дихання, нестачі повітря, підвищена частота дихання	20	50,0 ^{**}	11	27,5 [*]	4	8,0
Порушення функції травлення, схильність до закрепів, проносів, здуття живота, біль	29	72,5 ^{**}	16	40,0 [*]	11	22,0
Непритомність у задушливому приміщенні, при хвилюванні, тривалому перебуванні на ногах	19	47,5 ^{**}	13	32,5 [*]	3	6,0
Напади головного болю (дифузний біль, біль половини голови, стискаючий або пульсівний)	30	75,0 ^{**}	17	42,5 [*]	8	16,0
Зниження працездатності, швидка втомлюваність	26	65,0 ^{**}	16	40,0 [*]	10	20,0
Порушення сну (труднощі засинання, поверхневий, неглибокий сон з частими пробудженнями, почуття недосипу, втоми при пробудженні вранці)	32	80,0 ^{**}	14	35,0 [*]	5	10,00

Примітки: * – різниця достовірна щодо показника жінок контрольної групи ($p < 0,05$); ^ – різниця достовірна щодо показника жінок групи порівняння ($p < 0,05$).

- 8–15 балів – середній рівень депресії;
- ≥ 16 балів – високий рівень депресії.

Для визначення якості життя використано опитувальник SF-36, що має 3 рівні: 36 запитань, згрупованих у вісім шкал по 2–10 запитань («Фізичне функціонування»; «Рольова діяльність, зумовлена фізичним станом»; «Інтенсивність тілесного болю»; «Загальний стан здоров'я»; «Життєздатність»; «Соціальне функціонування»; «Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом»; «Психічне здоров'я»), 2 сумарних показники, що об'єднують шкали. Отримані за кожною шкалою бали трансформують таким чином, щоб максимальний бал, який відповідає повному психічному здоров'ю, становив 100 балів. На перетворених за допомогою Z-оцінок 8 шкалах розраховують також 2 узагальнені показники фізичного і психологічного компонентів здоров'я (максимальна оцінка також 100 балів).

Показники кожної шкали варіюють між 0 і 100 балами. Чим вищий бал, тим вищий рівень якості життя (100 балів – повне здоров'я).

Методи описової статистики кількісних змінних включали міри центральної тенденції – медіану (Med), інтерквартильний розмах [LQ; UQ]. Категоріальні змінні представлені як абсолютне число випадків у групі та частота у відсотках – п (%). Тестування відмінностей між незалежними вибірками у разі кількісних змінних здійснювали за допомогою рангового критерію Манна–Уїтні, а в разі категоріальних змінних – за допомогою точного критерію Фішера. Під час проведення статистичного аналізу розраховували рівень значущості (p), критичним вважали рівень 0,05.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз анкетування респонденток за опитувальником О.М. Вейна засвідчив, що навіть фізіологічна вагітність супроводжується змінами вегетативного статусу. Сумарна кількість балів у жінок усіх груп перевищувала порогове значення (15 балів), проте найвищу інтегральну оцінку отримали вагітні

після застосування ДРТ з ВПХВ – 52 [45;60] бали проти 36 [28; 45] балів у групі порівняння та 24 [16; 32] бали у жінок контрольної групи ($p < 0,05$).

Аналіз частоти симптомів СВД (табл. 1) демонструє, що в основній групі вагітних вона суттєво вища щодо контрольної групи практично за всіма показниками. Найвищою за наявності ВПХВ виявилась частота розладів сну (80,0% проти 35,0% та 10,0% у групі порівняння та контрольній групі відповідно; $p < 0,05$). Дуже високою (достовірно вищою, як щодо групи без ВПХВ, так і щодо жінок зі спонтанною вагітністю) була частота:

- нападів головного болю (75,0%),
- порушення функції травлення (72,5%),
- зниження працездатності,
- швидкої втомлюваності (65,0%),
- підвищеної пітливості (60,0%),
- відчуття серцебиття, завмирання, зупинки серця (57,5%),
- відчуття утруднення дихання, нестачі повітря (50,0%).

Ураховуючи, що під час анкетування за опитувальником А.М. Вейна переважна більшість (80,0%) респонденток з ВПХВ відзначила розлади сну, додатково було проведено оцінювання якості сну, особливостей засинання і пробудження (А.М. Вейн, Я.И. Левин, 1998). Більше третини вагітних (37,5%) основної групи набрали за зазначеним опитувальником менше 18 балів, що відповідає суттєвим порушенням якості сну (мал. 1), тоді як у групах порівняння і контролю кількість таких жінок була меншою майже у 4 і 10 разів – 10,0% та 4,0% відповідно ($p < 0,05$). Переважна більшість (78,0%) жінок контрольної групи оцінила якість свого сну як нормальну, натомість у групі порівняння нормальний сон мала майже половина жінок (47,5%), а в основній групі – лише чверть (25,0%).

Здатність організму людини до адаптивних реакцій на зовнішні та внутрішні стресові подразники, хронічний стрес зумовлена особистісними характеристиками, зокрема рівнем тривожності. Шкала реактивної і особистісної тривожності Спілбергера у модифікації Ю.Л. Ханіна (1976) є єдиною методикою, яка дозволяє диференційовано вимірювати тривожність і як властивість особистості і як стан.

Таблиця 2

Рівень тривожності (за шкалою Спілбергера–Ханіна) у вагітних після програм ДРТ залежно від наявності ВПХВ, Med [LQ; UQ]

Тривожність	Основна група, n=40	Група порівняння, n=40	Контрольна група, n=50
Особистісна	56 [44; 66]*	42 [33; 52]	38 [32; 47]
Ситуативна	60 [48; 70]* ^	46 [36; 54]	42 [32; 48]

Примітки: * – різниця достовірна щодо показника жінок контрольної групи (p<0,05); ^ – різниця достовірна щодо показника жінок групи порівняння (p<0,05).

Таблиця 3

Оцінка ЯЖ пацієнток, Me [Q1–Q3] (у балах)

Шкала SF-36	Основна група, n=40	Група порівняння, n=40	Контрольна група, n=50
Фізична діяльність	84 [76; 92]	92 [85; 96]	95 [90; 100]
Роль фізичних обмежень життєдіяльності	94 [60; 98]	98 [78; 96]	98 [85; 100]
Суб'єктивна оцінка болю	80 [64; 92]*	90 [75; 95]	94 [80; 100]
Загальне здоров'я	62 [50; 72]**	80 [70; 86]*	92 [88; 96]
Життєздатність	56 [40; 70]* ^	70 [62; 86]*	88 [70; 90]
Соціальна діяльність	76 [62; 88]* ^	90 [73; 100]	96 [78; 100]
Роль емоційних обмежень життєдіяльності	78 [56; 98]* ^	94 [68; 96]	98 [72; 100]
Психологічне здоров'я	68 [48; 76]*	74 [64; 90]*	86 [70; 94]
Фізичний компонент здоров'я	70 [58; 89]* ^	84 [75; 92]	92 [87; 98]
Психологічний компонент здоров'я	72 [60; 85]*	80 [67; 88]	86 [76; 94]

Примітки: * – різниця достовірна щодо показника жінок контрольної групи (p<0,05); ^ – різниця достовірна щодо показника жінок групи порівняння (p<0,05); ЯЖ – якість життя.

За результатами тестування встановлено, що у жінок основної групи тривожність як особистісна риса індивідууму достовірно вища стосовно показника здорових жінок (табл. 2). Також вище бальна оцінка реактивної (ситуативної) тривожності у даний момент часу, яка достовірно відрізняється від результату самооцінювання і показника жінок групи порівняння і вагітних контрольної групи.

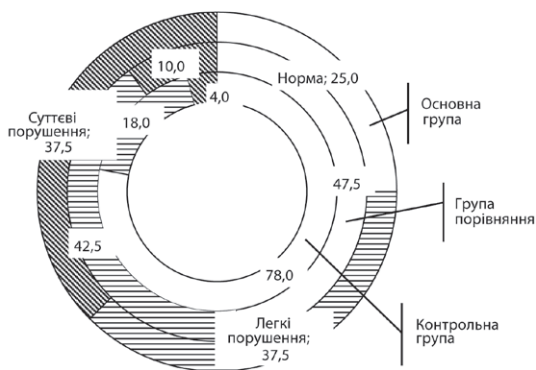
Дуже висока тривожність (оцінка більше 50 балів) особистісної і реактивної тривожності відзначена більш ніж у половини (57,5%) опитуваних основної групи (проти 22,5% та 4,0% відповідно у контрольній групі; p<0,05). Такий рівень супроводжується невротизмом, психоемоційними зривами. Дуже низька тривожність (менше 15 балів), яку відзначали у 10,0% пацієнток основної групи та 5,0% групи порівняння, навпаки, асоціюється з депресивними станами, низьким рівнем асоціації.

Як високий рівень, так і низький рівень тривожності часто асоціюється з депресивними станами, що й було підтверджено оцінкою за шкалою депресії Бека (мал. 2). Прояви депресії від легких до високих відзначали більш ніж у половини (55,0%) пацієнток основної групи, тоді як у групі порівняння

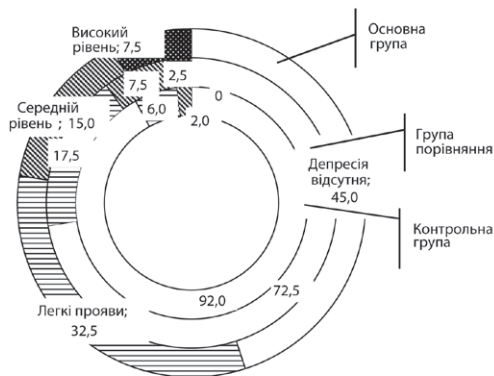
та контрольній групі таких було лише 27,5% та 8,0% жінок відповідно (p<0,05). Високий рівень депресії зафіксовано лише в основній групі та групі порівняння (7,5% та 2,5% відповідно), середній рівень депресії – у 15,0% вагітних основної групи проти 7,5% та 2,0% у групі порівняння та у контролі відповідно. У всіх групах у структурі проявів депресії переважали легкі форми (59,1% проти 62,6% та 75,0% відповідно, p<0,05).

Ураховуючи симптоматику ВПХВ, яка суттєво впливає на загальний стан вагітної, можна припустити, що виявлені вегетативні порушення, розлади сну, висока або надто низька тривожність, ознаки депресивних станів значуще знижують якість життя цих пацієнток. Для підтвердження даної гіпотези проведено тестування найбільш поширеним методом вимірювання якості життя, пов'язаного зі здоров'ям, – за опитувальником SF-36 (табл. 3).

За отриманими результатами, якість життя вагітних після програм ДРТ нижча, ніж при спонтанній вагітності, хоча і в контрольній групі за деякими шкалами медіана бальної оцінки є нижчою за 90 балів. Жінки групи порівняння достовірно нижче, ніж вагітні контрольної групи, оцінили свою якість



Мал. 1. Розподіл жінок у групах залежно від наявності та вираженості розладів сну (А.М. Вейн, Я.И. Левин, 1998), %



Мал. 2. Розподіл жінок у групах за рівнем депресії (за шкалою Е. Бека), абс. число (%)

життя за деякими шкалами («Загальне здоров'я», «Життєздатність», «Психологічне здоров'я»). Аналіз інтегральних параметрів свідчить, що пацієнтки контрольної групи та групи порівняння нижче оцінюють психологічний компонент здоров'я, ніж фізичний (на 10 та 6 балів відповідно).

Суттєво нижчою щодо контрольної групи медіану оцінку якості життя отримано у вагітних після програм ДРТ з ВПХВ як за більшістю основних шкал опитувальника (окрім шкал «Фізична діяльність» та «Роль фізичних обмежень життєдіяльності»), так і за інтегральними параметрами. При цьому оцінка фізичного компонента якості життя виявилася на 2 бали нижчою, ніж психологічного. Найнижче ці вагітні оцінили свою життєздатність (56 [40; 70] проти 70 [62; 86] та 88 [70; 90] балів у жінок групи порівняння та контрольної групи відповідно; $p < 0,05$) та загальне здоров'я (62 [50; 72] проти 80 [70; 86] та 92 [88; 96] балів відповідно; $p < 0,05$). Менше 70 балів була і медіанна оцінка шкали «Психологічне здоров'я» (68 [48; 76]). Достовірно нижчий бал інтегрального показника фізичного здоров'я у пацієнток з ВПХВ (70 [58; 89] проти 84 [75; 92] та 92 [87; 98] балів у жінок групи порівняння та контрольної групи; $p < 0,05$), очевидно, є відображенням фізичного дискомфорту, пов'язаного з цією патологією.

ВИСНОВКИ

У жінок з внутрішньопечінковим холестазом вагітних (ВПХВ) після застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) порушений вегетативний та психоемоційний стан, знижена якість життя.

Наявність синдрому вегетативної дисфункції характерна для всіх вагітних, однак у пацієнток з ВПХВ сумарна кількість балів за опитувальником А.М. Вейна у 3,5 разу перевищує порогове значення 15 балів (медіана 52 [45; 60] бали проти 36 [28; 45] балів за відсутності проявів внутрішньопечінкового холестазу; $p < 0,05$). При цьому переважна більшість (80,0%) цих жінок відзначила розлади сну. Частота суттєвих порушень якості сну (менше 18 балів за опитувальником А.М. Вейна, Я.И. Левина, 1998) становить 37,5%, що майже у 4 рази вище за показник групи порівняння.

Пацієнтки цієї групи демонструють вищий медіанний

рівень як особистісної, так і ситуативної тривожності (тест Спілбергера–Ханіна). Дуже високу тривожність (вище 50 балів) відзначено більш ніж у половини (57,5%) з них проти 22,5% у групі порівняння ($p < 0,05$).

Прояви депресії (шкала Бека) від легких до високих фіксують більш ніж у половини (55,0%) пацієнток проти 27,5% у групі порівняння ($p < 0,05$), причому високий рівень депресії відзначено у 7,5% проти 2,5%, середній – у 15,0% проти 7,5% жінок відповідно.

Жінки з ВПХВ вагітних нижче оцінюють свою якість життя (методика SF-36) як за шкалами фізичного, так і психологічного здоров'я. Найнижчою є кількість балів за шкалами «Життєздатність» (медіана 56 [40; 70] проти 70 [62; 86] у жінок групи порівняння; $p < 0,05$) та «Загальне здоров'я» (62 [50; 72] проти 80 [70; 86] відповідно; $p < 0,05$). Достовірно нижчий бал інтегрального показника фізичного здоров'я (70 [58; 89] проти 84 [75; 92] відповідно; $p < 0,05$) є відображенням фізичного дискомфорту, пов'язаного з цією патологією.

Отже, жінки з ВПХВ після застосування ДРТ потребують оцінювання вегетативного та психоемоційний стану, корекції виявлених порушень для нормалізації якості їхнього життя, досягнення позитивних перинатальних результатів.

Перспективи подальших досліджень. Необхідно оцінити вплив виявлених порушень на перинатальні наслідки вагітності після застосування ДРТ, ускладненої ВПХВ.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Гранти. Наукове дослідження виконано у рамках НДР «Зниження частоти великих акушерських синдромів при вагітності високого ризику з позицій єдиного генезу шляхом впровадження патогенетично спрямованого комплексу профілактики та лікування» (№ держреєстрації 0118U001138), фінансувалося МОЗ України за кошти державного бюджету (за бюджетною програмою КПКВК 2301020 «Наукова і науково-технічна діяльність у сфері охорони здоров'я»).

Сведения об авторах

Бойчук Александра Григорьевна – Учебно-научный институт последипломного образования, Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2

ORCID ID 0000-0003-4439-3099

Коломийченко Татьяна Васильевна – Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (067) 954-48-63.

E-mail: tanyakolom@gmail.com

ORCID ID 0000-0003-1131-3611

Эбаэ Нсан Экон Нсед – Учебно-научный институт последипломного образования, Ивано-Франковский национальный медицинский университет, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Галицкая, 2

ORCID ID 0000-0003-4920-2984

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Arthuis C., Diguisto C., Lorphelin H. et al. 2020. Perinatal outcomes of intrahepatic cholestasis during pregnancy: An 8-year case-control study. *PLoS One*. 15(2):e0228213. doi: 10.1371/journal.pone.0228213.
2. Бенюк С.В., Венцківська І.Б., Ковалюк Т.В. 2015. Холестатичний гепатоз вагітних. Наслідки для плода та новонародженого. *Перинатологія і педіатрія*. 1(61): 20-23.
3. Каминский В.В., Венцковская И.Б., Жданович А.И., Воробей Л.И., Коломийченко Т.В. 2020. Особенности психоэмоционального состояния беременных с перинатальными потерями в анамнезе. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 11 (1): 66-74. DOI: <https://doi.org/10.34883/Pl.2020.11.1.006>
4. Kawwass JF, Badell ML. 2018. Maternal and Fetal Risk Associated With Assisted Reproductive Technology. *Obstet Gynecol*. 132(3):763-772.
5. Козлов П.В., Самсонова И.В. 2019. Внутрипеченочный холестаз беременных. *РМЖ. Мать и дитя*. 4: 274-279.
6. Ovadia C, Seed PT, Sklavounos A. et al. 2019. Association of adverse perinatal outcomes of intrahepatic cholestasis of pregnancy with biochemical markers: results of aggregate and individual patient data meta-analyses. *Lancet*. 393(10174):899-909. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31877-4
7. Ovadia C, Williamson C. 2016. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: Recent advances. *Clin Dermatol*. 34(3):327-34. doi: 10.1016/j.clindermatol.2016.02.004.
8. Пальгова Л.К., Мозгова Е.В., Жесткова Н.В. и др. 2018. Болезни печени и беременность. Анализ акушерских клинических рекомендаций и собственный опыт. Часть первая. *Болезни печени, связанные с беременностью. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 3 (151): 105-114.
9. Успенская Ю.Б., Шептулин А.А., Кузнецова И.В. и др. 2018. Бессимптомный внутрипеченочный холестаз беременных: особенности течения, диагностики и лечения. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 28(2):56-64. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2018-28-2-56-64>.

Статья поступила в редакцию 09.04.2020