

АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2013 • Том 7 • № 1

**Оптимизация
предоперационной подготовки
перед реконструктивно-пластическими
операциями в гинекологии**

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЕСПЛОДИЯ

Апресян С.В., Абашидзе А.А., Аракелян В.Ф.

ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», Москва

Резюме: здоровая семья – объективный показатель уровня здоровья населения и индикатор оценки социальных и экономических проблем. Доля бесплодных браков на территории Российской Федерации колеблется от 8 до 17% и в настоящее время не имеет тенденции к снижению. С позиций общественного благополучия, важны не только физические, семейные, психологические, но социальные и демографические аспекты проблемы.

Ключевые слова: бесплодие, ВЗОМТ, психологическая неполноценность.

Здоровая семья – объективный показатель уровня здоровья населения и индикатор оценки социальных и экономических проблем в стране [7].

Доля бесплодных браков на территории Российской Федерации колеблется от 8 до 17,5%, по отдельным регионам достигает 20-24% и в настоящее время не имеет тенденции к снижению [15,11]. У 42,6-65,3% супружеских пар бесплодие в браке обусловлено нарушениями репродуктивной функции женщины [12]. По данным других авторов, в структуре бесплодного брака частота женского бесплодия составляет 62-75%, мужского – 28-45%. Нарушение репродуктивной функции одновременно у обоих супругов диагностируется практически у каждой 3-й пары. Одна из наиболее частых форм женского бесплодия – трубно-перитонеальная. Трубный фактор наблюдается у 30-85% женщин, страдающих бесплодием, а перитонеальная его форма встречается в 9,4-34% [2,5,8,14]. Воспалительные заболевания женских половых органов занимают первое место в структуре женского бесплодия. Удельный вес воспалительных заболеваний женских половых органов среди всех гинекологических заболеваний составляет от 24 до 85,7% [3]. Такой разброс данных связан с возрастом пациенток – в 24 года воспаление половых органов встречается у 85,7%, а после 45 лет – у 24% [1]. Около 1 млн женщин в США болеют воспалительными заболеваниями ежегодно. Экономические

затраты на лечение больных с воспалительными заболеваниями органов малого таза и их осложнений в США составляет 2-4 млрд долл. в год [16,22]. В сообщении Kamwendof et al. показано, что ежегодно из каждых 10 тыс. женщин у 120-180 в возрасте 15-24 лет и у 30-90 – в 15-44 года возникает воспаление половых органов. Кроме того, после эпизода воспаления бесплодие наблюдается у 20%, эктопическая беременность – у 9%, синдром хронической тазовой боли – у 18% женщин [21]. По данным Haggerty, Ness, Lazenby, Soper, эти показатели в два раза ниже [19,20].

Каждая пятая супружеская пара, страдающая бесплодием, нуждается в помощи, переживая трудности, а порой отчаяние от невозможности достичь желаемого [11]. С позиций общественного благополучия, важны не только физические, семейные, психологические, но и социальные и демографические аспекты проблемы – бесплодный брак ведет к снижению социальной активности личности, выработке комплекса психологической неполноценности, способствует повышению числа разводов и ухудшению демографической ситуации в обществе.

Бесплодие не только влияет на эмоциональное состояние страдающего им, но и вносит элемент стресса в отношения между партнерами. Для многих лиц и пар способность зачать и родить ребенка – самый важный критерий женственности и мужественности; продолжение рода является основным смыслом их жизни [10]. Многочисленными исследованиями отечественных и зарубежных авторов установлено значительное влияние психологического фактора на репродуктивную функцию женщины [9;13;14;17;18]. Депрессия вследствие бесплодия может проявляться по-разному. Женщины и мужчины описывают чувства печали и отчаяния, слезливость, постоянную усталость, расстройства сна и аппетита, беспокойство, раздражимость и пессимизм. Все эти симптомы указывают на депрессивное состояние. Некоторые женщины испытывают длительные периоды глубокой депрессии, но большинство описывают короткие повторяющиеся эпизоды стресса [10].

Группа психотерапевтов Американского общества репродуктивной медицины приводит специфические симптомы, характерные для депрессии. Если имеется более пяти симптомов, это свидетельствует о глубокой депрессии. Американское общество репродуктивной медицины рекомендует лицам, наблюдающим у себя любой из перечисленных симптомов в течение двух и более недель, обратиться к психотерапевту [14].

Симптомы, характерные для депрессии:

1. утрата интереса к обычной деятельности;
2. длительная подавленность;
3. тревожность и беспокойство;
4. разногласия с мужем;
5. натянутые межличностные отношения с партнером, друзьями, семьей, коллегами;
6. невозможность думать о чем-либо другом кроме бесплодия;
7. выраженное беспокойство;
8. сниженная способность выполнять задания;
9. невозможность собраться с мыслями;
10. нарушения сна;
11. изменения аппетита или веса;
12. повышенное употребление лекарств, алкоголя;
13. мысли о смерти или самоубийстве;
14. изоляция от общества;
15. постоянное чувство пессимизма, вины, никчемности;
16. постоянное чувство обиды или гнева;

Существуют весьма эффективные подходы к психотерапевтическому лечению бесплодных пациен-

тов как по отдельности, так и в парах [6,13,14], среди которых стоит выделить следующие:

1. психодинамическая психотерапия;
2. когнитивно-поведенческая терапия, включая управление стрессом;
3. краткосрочная терапия, направленная на выбор стратегий, принятия решений и обеспечение социальной поддержки.

Все подходы психотерапии нацелены на изменение разных аспектов психической функции. Продолжительность лечения может варьировать от нескольких часов до нескольких лет, в зависимости от мотивации пациента, его финансовых ресурсов, вида проблем, клинического диагноза и состояния психического здоровья. Бесплодные пациенты в основном обращаются за кратковременной консультацией для облегчения болезненных психологических переживаний [6]. Некоторые из них выбирают более продолжительное лечение, чтобы справиться не только с выраженной бездетностью, но также с психологическими проблемами и конфликтами, которые не позволяют принять решение, препятствуют контактам с семьей или друзьями. Все консультанты по бесплодию при первой встрече с новым пациентом ставят перед собой несколько специфических целей [9]: 1) формирование позитивных рабочих взаимоотношений; 2) определение цели лечения; 3) определение критериев лечебного подхода; 4) идентификация уровней мотивации пациентов и подбор соответствующих методик; 5) проведение какого-либо действия, которое сразу даст эффект. Это необходимо для плодотворной работы врача с пациентом.

Литература:

1. Апресян С.В. Оптимизация восстановления фертильности у женщин с трубно-перитонеальным бесплодием. Автореф. дис. канд. мед. наук. 2003.
2. Горин В.С. Экстракорпоральная гемокоррекция в реабилитации больных после операций по поводу бесплодия трубно-перитонеального генеза / В.С. Горин, Н.А. Мальтинская, М.Е. Сагинор и др. Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии. Красноярск. 2007; XIV: 268-272.
3. Горшкова И.А. Совершенствование методов диагностики воспалительных заболеваний органов малого таза и прогнозирование гнойных осложнений. 2008.
4. Комиссарова Ю.В., Кузьмичев Л.Н. Трубно-перитонеальное бесплодие: клиническое значение определения сосудисто-эндотелиального фактора роста в прогнозировании синдрома гиперстимуляции яичников. Акушерство и гинекология. 2010; 4: 50.
5. Корнеева И.Е. Трубно-перитонеальное бесплодие: современный подход к лечению / И.Е. Корнеева, З.З. Токова, Е.Н. Медведева. Материалы 9-го Всероссийского научного форума «Мать и Дитя». М. 2-5 октября 2007; с. 427.
6. Кулакова Е.В. Коррекция психоэмоциональных нарушений у пациенток с бесплодием в программе вспомогательных репродуктивных технологий: Автореф. дис. канд. мед. наук. М. 2007; с. 27.
7. Мальтинская Н.А. Оптимизация лечения по восстановлению репродуктивной функции у женщин с бесплодием трубно-перитонеального генеза. Автореф. дис. канд. мед. наук. М. 2010; с. 11.
8. Назаренко Т.А. Стимуляция функции яичников. М. 2008; 180-196.
9. Пере М. Клиническая психология. Под ред. М. Пере, У. Баумана. СПб. 2007; с. 230.
10. Радзинский В.Е., Чейпеш Ю.Ю., Оразмурадов А.А., Оразмурадова Л.Д., Строни Р. Оценка эффективности монотерапии Грандаксином реактивной депрессии с умеренно выраженными психопатологическими симптомами у женщин при лечении бесплодия методом Эко. Вестник РУДН. Сер. Медицина. Акушерство и гинекология. 2008; 5: 153.
11. Сергеева О.Н. Нерешенные проблемы трубно-перитонеального бесплодия / О.Н. Сергеева, Л.Д. Сидорова, Е.В. Галченкова // Матер. IV съезда акуш-гинекологии России. М. 30 сентября – 2 октября 2008: 475-476.
12. Сухих Г.Т., Назаренко Т.А. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению. М. 2010; с. 22.
13. Ушкалова А.В. Антидепрессивная терапия соматических больных. Фарматека. 2007; 15 (149): 29-37.
14. Ушкалова А.В. Эффективность и безопасность антидепрессивных и седативных средств растительного происхождения / А.В. Ушкалова, Т.С. Илларионова. Фарматека. 2007; 20 (154): 10-14.
15. Цаллагова Л.В. Эффективность использования аппаратной физиотерапии при трубно-перитонеальном бесплодии / Л.В. Цаллагова, И.В. Кабулова, З.Э. Губаева, Н.З. Кастуева. Матер. 9-го Всеросс. научного форума «Мать и дитя». М. 2-5 октября 2007: 563-564.
16. Abatangelo L., Okereke L., Parham-Foster C., Parrish C., Zotte. Journal of the American

- Academy of Nurse Practitioner. 2010; 22: 117-122.
17. Cowley D.S. Anxiety & panic disorder. Current care of women: Diagnosis & treatment. Ed. D.P. Lemeke, J. Pattison, L.A. Marshall, D.S. Cowley. Lange Medical Books. McGraw-Hill. 2004: 71-79.
18. Draye M.A. Emotional aspects of infertility. Current care of women: Diagnosis & treatment. Ed. D.P. Lemeke, J. Pattison, L.A. Marshall, D.S. Cowley. Lange Medical Books. McGraw-Hill. 2004; 572-577.
19. Haggerty C., Ness R. Diagnosis and treatment of pelvic inflammatory disease. Women's Health. 2008; 4 (4): 383-397.
20. Jaiyeoba O., Lazenby G., Soper D. Recommendations and rationale for the treatment of pelvic inflammatory disease. Expert Review of Anti-infective Therapy. 2011; 9 (1): 61-70.
21. Kamwendo F., Forslin L., Bodin L. et al. Programmes to reduce pelvic inflammatory disease – the Swedish experience. Lancet. 1998; 351 (3): 25-28.
22. Sweet R.L. Treatment of Acute Pelvic Inflammatory Disease. Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology. 2011.

MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF INFERTILITY

Apresyan S.V., Abashidze A.A., Arakelyan V.F.

FGBOU BOU VPO "Russian University of People's Friendship", Moscow

Abstract: Healthy family is an objective criterion of population health and an assessment indicator of social and economic problems. The fraction of infertile couples in Russian Federation varies between 8% and 17% and currently demonstrates no clear trend towards declining. From a social welfare perspective it has not only physical, familial or psychological repercussions but also social and demographic consequences.

Key words: infertility, pelvic inflammatory diseases (PID), psychological inferiority, Polygynax, optical coherence tomography (OCT), HPV-associated cervical disease, photodynamic therapy (PDT).