

УДК 618.3-06:616.1/.4]-06:616.89-008.45/.48

*Муравьев С.В.,
кандидат медицинских наук, доцент
доцент кафедры медицинской реабилитации, спортивной медицины,
физической культуры и здоровья
Пермский государственный медицинский университет*

Россия, г. Пермь

Алешина Е.А., врач-невролог

ГБУЗ ПК «ГДКБ №3»

Россия, г. Пермь

Гущин М.О.,

студент

6 курс, педиатрический факультет

Пермский государственный медицинский университет

Россия, г. Пермь

Научный руководитель: доктор медицинский наук,

профессор Черкасова В.Г.

КОГНИТИВНЫЕ И АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Аннотация: Статья посвящена изучению выраженности аффективных и когнитивных нарушений у беременных женщин в третьем триместре беременности. Всего обследовано 80 женщин, средний возраст которых составил $27,41 \pm 4,88$ лет. Полученные данные свидетельствуют о большей выраженности когнитивного дефицита (снижение функции памяти) у женщин с повторной беременностью на поздних сроках. Наличие болезненных месячных является фактором усугубления течения когнитивных

нарушений при повторной беременности. Риском развития высокого уровня тревожности у первобеременных женщин служит нарушение фетоплацентарного кровотока, а у повторнобеременных – наличие в анамнезе инфекционных заболеваний репродуктивных органов.

Ключевые слова: *беременные женщины, когнитивные нарушения, аффективные расстройства, первая беременность.*

Abstract: *The article is devoted to the study of the severity of affective and cognitive disorders in pregnant women in the third trimester of pregnancy. A total of 80 women were examined, with an average age of 27.41 ± 4.88 years. The data obtained indicate a greater severity of cognitive deficits (reduced memory function) in women with repeated pregnancy at a later stage. The presence of painful periods is a factor in exacerbating the course of cognitive impairment during repeated pregnancy. The risk of developing a high level of anxiety in pre-pregnant women is a violation of fetoplacental blood flow, and in re-pregnant women-the presence of a history of infectious diseases of the reproductive organs.*

Key words: *pregnant women, cognitive disorders, affective disorders, first pregnancy.*

Введение. Вегетативная нервная система реализует адаптационные процессы, направленные на приспособление организма к меняющимся условиям среды. Весь спектр вегетативных расстройств достаточно широко описан у женщин в разные периоды жизни [7, с. 59]. Известным фактом является возникновение вегетативных нарушений во время беременности [3, с. 7] и постменопаузы [6, с. 74], а также при различных заболеваниях репродуктивной системы [8, с. 73]. Однако уровень адекватного вегетативного реагирования в условиях динамичного процесса адаптации зависит не только от функционального состояния [2, с. 26], но и от объема информации, полученного извне, и необходимого для оценки меняющихся условий среды. Согласно своему определению, когнитивные функции – это функции

головного мозга, обеспечивающие познание окружающего мира. Таким образом, достаточный уровень когнитивных функций, прежде всего, обеспечивает процессы восприятия и субъективной обработки информации, необходимой для развития адаптационных процессов [2, с. 28].

Известно, что аффективные расстройства – депрессия и высокий уровень тревожности – в большинстве случаев актуальны для организма беременной женщины в течение всего периода беременности. Принято считать, что аффективные расстройства являются неотъемлемым следствием развития дезадаптационных явлений и дистресса [4, с. 91], обеспечивая облигатное отягощение течения вегетативных расстройств в рамках «замкнутого круга» [5, с. 67].

Таким образом, высокую актуальность изучения у беременных когнитивных нарушений, обеспечивает логическая связь развития когнитивных и аффективных расстройств у беременных женщин с сопутствующими заболеваниями.

Цель исследования. Изучить выраженность аффективных и когнитивных нарушений у беременных женщин в третьем триместре беременности.

Материалы и методы. Нами обследованы 80 женщин (средний возраст $27,41 \pm 4,88$ лет) в третьем триместре беременности (срок беременности $34 \pm 4,25$ недель). На основании очередности текущей беременности в основной группе были выделены группы сравнения: первобеременных женщин было 38, повторнобеременных (в том числе беременных в третий и более раз) – 41. Основным критерием выделения испытуемых в группы сравнения стал срок актуальной беременности, соответствовавший 32-40 неделям, вне зависимости предшествующих фактов недоношенной беременности по причине ее искусственного или самопроизвольного прерывания на ранних сроках. Контрольную группу составили 66 женщин без признаков аффективных и вегетативных нарушений фертильного возраста,

сопоставимого с возрастом представительниц основной группы. Основным критерием включения женщин в группу контроля стало отсутствие текущей беременности, родов и беременности в анамнезе.

Кроме этого, на основании данных медицинской документации и результатов объективных осмотров врачей-специалистов (терапевта и акушера-гинеколога) были выделены подгруппы сравнения в зависимости от факта наличия актуального заболевания или патологического состояния со стороны репродуктивной и иных соматических систем. Численная представленность подгрупп сравнения отражена в таблице 1. На основании изучения медицинской документации и результатов физикального исследования представительницы контрольной группы были практически здоровы.

Таблица 1.

Численная представленность подгрупп сравнения в зависимости от наличия сопутствующих заболеваний

Заболевания и патологические состояния		1 группа (n=38)		2 группа (n=41)	
		«←»*	«+»*	«←»	«+»
Экстрагенитальные заболевания	Заболевания сердечно-сосудистой системы (хроническая сердечная недостаточность и гипертоническая болезнь)	26	12	30	11
	Бронхиальная астма	35	3	36	5
	Хроническая почечная недостаточность	24	14	26	15
	Психо-вегетативный синдром	27	11	34	7
Гинекологические заболевания	Инфекционные заболевания женских половых органов**	34	4	38	3
	Неинфекционные заболевания женских половых органов**	27	11	28	13
	Эрозия шейки матки	19	19	24	17

	Эндометриоз	32	6	33	8
Данные акушерско-гинекологического анамнеза и текущей беременности	Болезненность менструаций	35	3	34	7
	Аборты***	22	16	19	22
	Выкидыши***	30	8	28	13
	Выкидыши замершая беременность***	35	3	32	9
	ДМИ плода****	21	17	21	20

* - «-» - отсутствие, «+» - наличие;

** - вне зависимости от нозологии;

*** - качественный признак критерия;

**** - доплерометрическое исследование плода (качественные признак по категориям: «-» - нет нарушений фетоплацентарного кровотока, «+» - нарушение фетоплацентарного кровотока (I-II степени по ДМИ [11])

Для оценки уровня депрессии у испытуемых была использована шкала CES-D (scale of Center for Epidemiological Studies), для изучения выраженности тревожных расстройств – шкала Спилбергера-Ханина (ШСХ), по результатам которой были оценены значения ситуационной (ШСТ) и личностной (ШЛТ) тревожности, а также суммарное значение результатов использования шкалы (ШСХ) [8]. Совокупное изучение аффективных расстройств проводилось с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (the hospital Anxiety and Depression Scale) путем подсчета результатов по субшкалам депрессии и тревоги (HADS-Д и HADS-Т соответственно) [1, с. 184].

Когнитивные функции испытуемых оценивались с использованием монреальской шкалы оценки когнитивных функций (The Montreal Cognitive Assessment – MoCA) по следующим блокам в баллах: память (П), отсроченное воспроизведение (ОВ), внимание (В), речь (Р), абстракция (А), ориентация (О), зрительно-конструктивный праксис (ЗКП). Максимальная сумма баллов (Σ) по MoCA составляла 30 баллов. Кроме этого, для оценки когнитивных функций использовался тест Мюнстерберга (М) и тест на выделение существенных признаков (ВСП), в которых оценивались количества обнаруженных в тексте

слов и количество правильных ответов соответственно. Подсчет результатов всех указанных шкал осуществлялся в баллах.

Обследование испытуемых проводилось после подписания ими добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство и согласия на получение, обработку и хранение персональных данных.

Статистическая обработка результатов проводилась при помощи программного пакета Statistica 8.0 для Windows XP. Основные данные были представлены в виде медианы (Me , Q_2 –второй квартиль), первого и третьего квартилей (Q_1 и Q_3 соответственно). Межгрупповые отличия оценивались с использованием критерия Манн-Уитни (U-критерий) для несвязанных выборок. Достоверным считали уровень $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение.

Анализ полученных результатов показал, что как первобеременные, так и повторнобеременные женщины демонстрируют достоверно меньший уровень выраженности когнитивных функций по блокам МоСА (отсроченное воспроизведение, абстракция, зрительно-конструктивный праксис) и по значению суммы баллов по МоСА соответственно по сравнению с представительницами группы контроля. Кроме этого, все обследованные беременные женщины имели достоверно более высокий уровень ситуационной и личностной тревожности, депрессивных расстройств по опроснику HADS по сравнению с женщинами контрольной группы. Примечательным фактом оказалось обнаружение меньшего количества баллов по шкале «память» лишь у испытуемых второй группы по сравнению с результатами контрольной группы, тогда как у представительниц первой группы это значение достоверно не отличалось от аналогичного в группе контроля. В то же время количество баллов по опроснику CES-D у первобеременных женщин было достоверно выше, чем у женщин контрольной группы, тогда как у повторнобеременных испытуемых указанное выше значение не отличалось от такового у лиц группы контроля.

При оценке количественной выраженности когнитивных и аффективных нарушений у испытуемых в зависимости от наличия сопутствующих патологических состояний (рисунок 1) были обнаружены достоверные отличия среди представительниц второй группы. Так, неожиданной находкой стало обнаружение большего количества слов по результатам проведения теста Мюнстерберга у пациенток с гипертонической болезнью, вызванной беременностью, что, вероятно, связано с централизацией кровообращения и увеличением церебральной перфузии у пациенток этой группы. Кроме этого, показано, что у пациенток, предъявлявших жалобы на болезненные месячные, оказалось меньшим количество баллов по тесту на выявление существенных признаков, что логично объясняется известным фактом формирования стойкого когнитивного дефицита у пациентов с болевым синдромом.

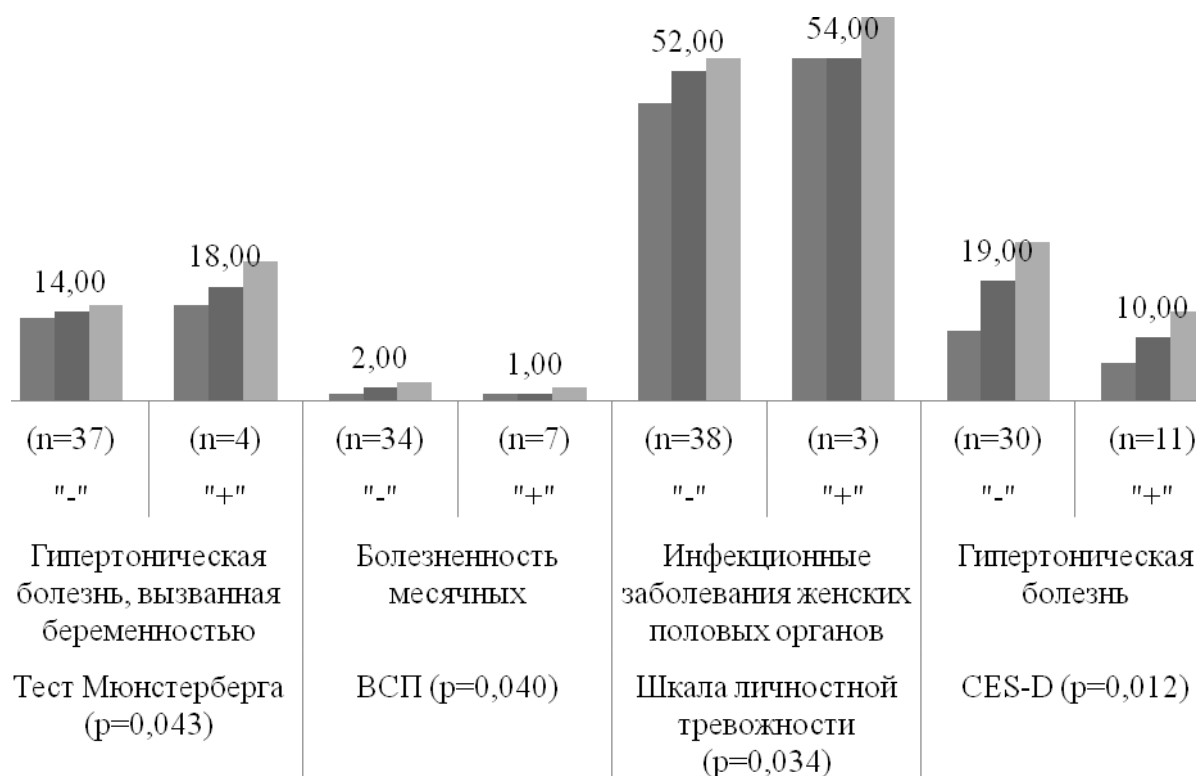


Рисунок 1. Достоверные отличия когнитивных и аффективных нарушений у испытуемых второй группы в зависимости от наличия сопутствующих патологических состояний.

Обозначения:

- - Q₁;
- - Me;
- - Q₃.

Также у испытуемых второй группы оказался достоверно более высоким уровень личностной тревожности в случае наличия у беременной женщины инфекционных заболеваний органов репродукции, тогда как у повторнобеременных женщин с гипертонической болезнью выраженность депрессии по шкале CES-D оказалась достоверно ниже, чем у представительниц второй группы, не страдающих артериальной гипертензией.

При анализе данных, полученных при сравнении результатов между группами беременных женщин с сопутствующими патологическими состояниями и испытуемыми контрольной группы, были получены достоверные отличия по результатам шкал оценки аффективных расстройств – депрессии и тревожности. Так, результаты шкалы HADS-T (рисунок 2) показали достоверно больший уровень тревожности у первобеременных женщин с признаками нарушения фетоплацентарного кровотока по ДМИ и отсутствием выкидышей в анамнезе, что кажется вполне логичным с позиции формирования иррациональной тревожности, связанной с риском невынашивания беременности у первобеременных женщин. У повторнобеременных женщин не зависимо от наличия в анамнезе эпизодов самопроизвольного прерывания беременности достоверно большим оказался уровень тревожности по шкале HADS-T, что в свою очередь не позволяет оценить рациональность актуального тревожного расстройства. Неожиданным фактом оказалось обнаружение более высокого уровня тревожности у первобеременных женщин, не страдающих бронхиальной астмой, что в большей степени, вероятно, связано с высоким уровнем тревожности, как таковой, в течение первой беременности у женщин.

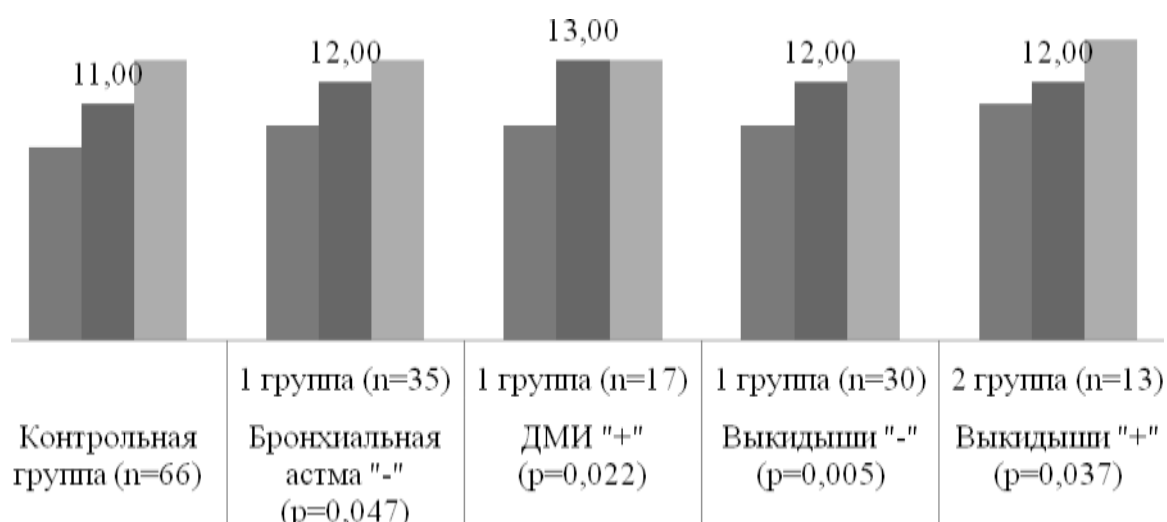


Рисунок 2. Достоверные отличия результатов по шкале HADS-T у испытуемых в зависимости от наличия сопутствующих патологических состояний.

Обозначения:

- - Q₁;
- - Me;
- - Q₃.

У повторнобеременных женщин при изучении нарушений депрессивного спектра (рисунок 3) был выявлен достоверно больший уровень, чем в контрольной группе, выраженности депрессии по шкале CES-D у женщин, перенесших аборт, тогда как у повторнобеременных женщин, не имевших опыта искусственного прерывания беременности на ранних сроках, выраженность депрессивных нарушений была достоверно ниже, чем у представительниц группы контроля.

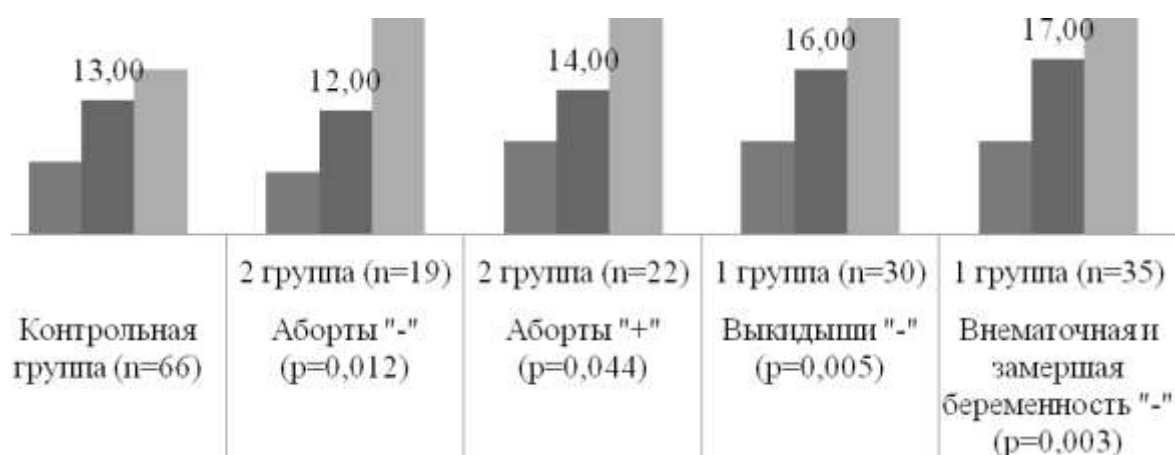


Рисунок 3. Достоверные отличия результатов по шкале CES-D у испытуемых в зависимости от наличия сопутствующих патологических состояний.

Обозначения:

- - Q₁;
- - Me;
- - Q₃.

Среди первобеременных женщин в свою очередь достоверно более высоким оказался уровень депрессии по шкале CES-D у испытуемых, чей

анамнез не был отягощен выкидышами, внематочной и замершей беременностью, что возможно связано с сочетанным течением иррациональной тревожности у впервые беременных женщин.

Заключение. Беременность – особое функциональное состояние женского организма, требующее более высокого, чем у женщин, не вынашивающих ребенка, напряжения регуляторных систем. Проведенное исследование обнаружило факт развития когнитивных нарушений у беременных женщин в третьем триместре, которые сопровождаются развитием тревожных и депрессивных расстройств.

Получены данные, свидетельствующие о большей выраженности когнитивного дефицита при наличии у женщины повторной беременности на поздних сроках, проявляющегося, прежде всего в снижении функции памяти. Кроме этого, показано, что факт наличия болезненных месячных является фактором усугубления течения когнитивных нарушений при повторной беременности.

Увеличивает риск развития высокого уровня тревожности у первобеременных женщин является нарушение фетоплацентарного кровотока, что позволяет трактовать указанные факты, как факторы возникновения рациональных и иррациональных тревожных расстройств соответственно. У повторнобеременных женщин основным фактором риска развития тревожности является наличие в анамнезе инфекционных заболеваний репродуктивных органов, что позволяет свидетельствовать в пользу рациональности выявленных у них тревожных нарушений.

Депрессивные расстройства более характерны для первобеременных женщин с отсутствием в анамнезе фактов самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках в виде выкидышей, замершей и внематочной беременности. Наиболее важным фактором развития депрессивных расстройств во время повторной беременности оказалось наличие в анамнезе

ранее перенесенных аборт, тогда как отсутствие таковых благотворно влияет на эмоциональный статус повторнобеременных женщин.

Полученные данные актуализируют проблему сочетанного течения когнитивных и аффективных нарушений у беременных женщин и требуют разработки дифференцированного подхода для ее решения.

Библиографический список:

1. Кадыков А.В., Кадыков А.С., Манвелов Л.С., Шахпаронова Н.В. Тесты и шкалы в неврологии: руководство для врачей. М.: МЕДпресс-информ. – 2015. – 224 с.
2. Криволапчук И.А., Чернова М.Б., Савушкина Е.В. Функциональное состояние детей 12-13 лет при выполнении когнитивных заданий // Новые исследования. – 2015. - №4 (45). – С. 24-32.
3. Липатов И.С., Тезиков Ю.В., Кутузова О.А., Приходько А.В., Фролова Н.А, Рябова С.А. Клинико-патогенетические варианты дезадаптации беременных на ранних сроках гестации // Акушерство, гинекология, репродукция. – 2017. – №11. – С. 5-13.
4. Миков Д.Р., Кулеш А.М., Муравьев С.В., Черкасова В.Г., Чайников П.Н., Соломатина Н.В. Особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников многопрофильного стационара // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. – 2018. - №1. – С. 88-97.
5. Муравьев С.В., Кравцова Е.Ю., Черкасова В.Г., Антропов Е.С. Влияние трансвертебральной микрополяризации спинного мозга на систему вегетативной регуляции по данным вариационной кардиоинтервалографии у детей и подростков с заболеваниями позвоночника // Медицинский альманах. – 2017. - №2(47). – С. 66-69.
6. Рахимов Н.Г., Давлятова Г.К., Олимзода Н.Х., Мурадов А.М., Мурадов А.А. Спектральный анализ вариации кардиоинтервала в диагностике

вегетативного статуса у беременных с тяжелой преэклампсией и эклампсией в третьем триместре // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. - 2017. - №1. – С. 72-76.

7. Филинов А.Г., Брагина Л.Б., Галицкая С.А. Сравнительная оценка состояния вегетативной нервной системы у женщин в различные сроки нормально протекающей беременности // Медицинский альманах. – 2015. – №4 (39). – С. 58-62.

8. Филинов А.Г., Сеницын С.Н. Комплексная оценка состояния вегетативной нервной системы и особенности терморегуляции у беременных // Медицинский альманах. – 2018. - № 5(57). – С. 72-75.