

УДК 612.017.2-053.31:616.8-008.615-055.26

И.Б. Ершова, М.В. Васендина

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», Луганск

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ У НОВОРОЖДЁННЫХ, МАТЕРИ КОТОРЫХ ПЕРЕНЕСЛИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

К настоящему времени изучено масса фактов, свидетельствующих о том, что нестабильное психоэмоциональное состояние матери во время беременности, ее эмоциональные реакции на стрессы, служат причиной многочисленных самых разных патологических состояний у ребенка, как психологических, поведенческих, так и соматических [3].

Современными исследованиями доказано, что при стрессе материнские гормоны надпочечников – катехоламины (относящиеся к гормонам стресса), выделяются в большем количестве чем в повседневном состоянии, в то время как во время положительных эмоций (радости, успокоения) гипоталамические структуры вырабатывают эндорфины (гормоны радости), проникающие через плацентарный барьер воздействуют непосредственно на плод.

В частности показано, что стрессовые ситуации, с которыми сталкивается женщина во время вынашивания плода, негативно отражаясь на её состоянии, создают высокий риск внутриутробной гипоксии, преждевременных родов, рождения ребёнка с низкой и экстремально низкой массой тела, что обуславливает высокую заболеваемость ребёнка в будущем [2]. Всё это делает актуальными исследования, связанными с возможностями прогнозирования состояний ребенка при рождении и в раннем возрасте уже в период беременности.

В связи с этим **целью** нашего исследования явилось изучение адаптации новорожденных от матерей, перенесших острый психоэмоциональный стресс в разные периоды гестации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Данное исследование было проведено на базе ГУ «Луганского перинатального центра» ЛНР. В исследование вошло 130 новорождённых, матери которых перенесли острый психоэмоциональный стресс во время беременности, что было связано с тяжёлым состоянием или потерей близкого человека, пребывание в эпицентре обстрелов и т.д., вошедших в I (основную) группу. В их составе были выделены две подгруп-

пы: Ia – новорожденные, матери которых перенесли психоэмоциональный стресс до 20 недели гестации (75 (57,69%) человек) и Ib – 55 детей (42,31%), матери которых перенесли психоэмоциональное напряжение после 20 недели гестации. II (контрольную) группу составили 32 новорождённых ребёнка, у матерей которых беременность протекала на фоне спокойного психоэмоционального состояния.

В ходе исследования были проанализированы следующие документы: обменная карта беременной, история развития новорождённого ребёнка, история болезни новорождённого. При этом были изучены данные о протекании беременности и родов, состояние ребенка при рождении и в ранний неонатальный период, проведена оценка акушерского анамнеза, социальные условия, вскармливания ребёнка. Для характеристики социально-гигиенических данных родители заполняли специально разработанную анкету, общие сведения которой включали в себя: паспортные данные, характеристика жилищно-бытовых условий, данные о родителях (возраст, здоровье родителей, вредные привычки и т.д.).

Перед родами в женских консультациях и родильных домах женщинам предлагалось пройти тестирование: «Тест отношений беременной» И.В. Добрякова на выявление особенностей психологического компонента гестационной доминанты [6]. Тест отношений беременной И.В. Добрякова позволяет выявить типы психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД). ПКГД определяется совокупностью механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при наступлении беременности. Выделяют следующие типы ПКГД: эйфорический, игнорирующий, тревожный, оптимальный, депрессивный. Тест включает в себя три блока ответов, определяющих отноше-

ние женщины к своей беременности, к системе «мать — дитя», к отношению окружающих.

Оценка соматического состояния детей, их особенностей поведения, психомоторного развития проводилась по шкале Л.Т. Журбы и Е.А. Мастюковой [4]. Развитие оценивалось по 7 нервно-психическим показателям (динамическим функциям): коммуникабельность, голосовые реакции, безусловные рефлексы, мышечный тонус, асимметричный шейный тонический рефлекс, цепной симметричный рефлекс, сенсорные реакции. Оцениваются также уровень стигматизации, черепно-мозговая иннервация и патологические движения, которые помогают выявить группу детей с повышенным риском задержки развития [5].

Оценка достоверности результатов осуществлялась с применением t-критерия Стьюдента. За достоверность различий изучаемых параметров принимали $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ полученных результатов показал следующее. У 55 (42,31%) матерей, перенесших психоэмоциональный стресс во время гестации наблюдалась угроза прерывания беременности (УПБ), что в 4,51 раз чаще по сравнению с группой контроля – у 3 (9,38%) матерей.

Стрессовая ситуация сопровождалась не только более частой УПБ, но и в 8,85 раз более частыми преждевременными родами (в 27,69% случаев) по сравнению с показателями в контрольной группе (3,13%).

В I группе течение беременности на фоне острого психоэмоционального стресса сочеталось также развитием хронической гипоксией плода у 33,85% женщин. Это в 5,42 раз чаще нежели во II группе (6,25%).

Более детальный анализ позволил выявить следующие особенности. Острый психоэмоциональный стресс женщин, произошедший в первую половину беременности повышает риск

возникновения угрозы прерывания беременности в 2,4 раза чаще ($p < 0,05$), чем у женщин на более позднем сроке (табл. 1.). Так, УПБ у матерей новорождённых детей Ia группы наблюдалось у 39 женщин (52,00%), в то время как в Ib группе – у 16 женщин (29,09%).

Кроме того, воздействие стрессового фактора на мать ребёнка до 20 недель беременности повышает риск развития хронической гипоксии плода в 2,5 раза в сравнении с более поздними сроками ($p < 0,03$). Подтверждением этого является регистрация в Ia группе гипоксии плода у 31 женщин (41,33%), а в Ib группе у 13 женщин (23,64%).

Аналогичная динамика наблюдалась и в отношении влияния острых стрессогенных факторов в первой половине беременности на преждевременные роды. Если в Ib группе преждевременное родоразрешение наблюдалось у 18,18% (10 женщин), то в Ia группе – у 34,67% (26 женщин) ($p < 0,004$). Нами установлена прямая корреляционная связь между преждевременными родами и острым стрессом в ранние сроки беременности ($r = +0,78$; $p < 0,01$). Наблюдение показало, что чем меньший срок беременности, тем крепче корреляционная связь.

Дальнейшее исследование показало, что у новорожденных, матери которых во время беременности перенесли острый психоэмоциональный стресс, в раннем неонатальном периоде в 3,2 раза чаще регистрировалось гипоксическо-ишемическое поражение (ГИП) центральной нервной системы (ЦНС) ($p < 0,05$).

Так, если в I группе ГИП ЦНС установлен у 39 (30,0%) детей, то во II только у 3-х (9,38%).

По профилю поражения – синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости в Ia группе наблюдался у 26 детей (34,67%), в Ib группе – у 13 детей (23,64%), во II – у 3 новорождённых (9,38%).

Также, одним из часто встречаемых симптомов у наблюдаемых детей был респираторный

Таблица 1.

Аntenатальные осложнения в зависимости от срока гестации в момент острого психоэмоционального стресса

Осложнения беременности	Острый психоэмоциональный стресс во время беременности				II группа (n=32)	
	Ia группа (n=75)		Ib группа (n=55)		Абс.	%
	Абс.	%	Абс.	%		
УПБ	39	52,00 ^{#Δ}	16	29,09*	3	9,38
Хроническая гипоксия	31	41,33 ^{#&}	13	23,64*	2	6,25
Преждевременные роды	26	34,67 ^{#&}	10	18,18*	1	3,13

Примечание: * – статистически значимая разница II группы (контроля) с Ia и Ib группами ($p < 0,05$); # – ($p < 0,001$); & – статистически значимая разница между Ia и Ib подгруппами ($p < 0,05$); Δ – ($p < 0,01$).

Таблица 2.

Нарушение адаптации у новорождённых в неонатальном периоде

	Ia группа (n=75)		Iв группа (n=55)		II группа (n=32)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
ГИП ЦНС (синдром нервно-рефлекторной возбудимости)	26	34,67*	13	23,63*	3	9,38
Респираторный дистресс-синдром	10	13,33 [#]	3	5,45 [#]	1	3,13
Гипербилирубинемия	38	50,67*	21	38,18*	6	18,75

Примечание: * – статистически значимая разница II группы (контроля) с Ia и Iв подгруппами (p<0,05);
[#] – (p<0,001).

Таблица 3.

Оценка уровня психомоторного развития детей

Группы/подгруппы	Баллы
Ia подгруппа	27,4±2,2 [#]
Iв подгруппа	28,8±1,6*
II группа	29,3±1,1

Примечание: * – статистически значимая разница II группы (контроля) с Ia и Iв подгруппами (p<0,05);
[#] – (p<0,01).

дистресс-синдром. У детей из I группы этот синдром наблюдался у 10,00% (13 новорождённых), что в 3,19 раз чаще, чем в контрольной (3,13% – 1 новорождённый).

Исследование показало, что при имевшем место остром психоэмоциональном стрессе матерей у новорождённых в 2,42 раза выше была регистрация гипербилирубинемии (p<0,05). Этот синдром диагностирован у 59 новорождённых (45,38%) основной группы, в то время как в контрольной только у 6 детей (18,75%).

Дифференцированное наблюдение за новорожденными Ia и Iв подгрупп позволило установить, что несмотря на, казалось бы, большую частоту патологических состояний в Ia подгруппе, статистической разницы между ними не установлено (табл. 2.).

Проведенная оценка психомоторного развития новорождённых по шкале Л.Т. Журбы и Е.А. Мастюковой дала возможность выявить, что средние оценки психомоторного развития у детей матерей Ia и Iв подгрупп ниже, чем у детей матерей II группы сравнения. Таким образом, выявлена тенденция к отставанию в показателях психомоторного развития детей (табл. 3.).

Наши данные согласуются с исследованиями других авторов, научно подтверждающих связь между стрессом у матери и расстройством адап-

тации у детей, проявляющимся в гиперактивности и повышенном беспокойстве [1].

Исследования влияния острого психоэмоционального стресса на течение беременности в различные её сроки свидетельствуют об увеличении риска развития различных психологических и соматических патологических состояний у ребенка в раннем неонатальном периоде.

Таким образом, данные нашего клинического исследования позволило сделать следующие **выводы:**

1. Перенесенный острый психоэмоциональный стресс во время беременности оказывал негативное влияние, как на пренатальный период развития плода, так и постнатальную адаптацию новорожденного, способствуя развитию гипоксически-ишемического поражения ЦНС, респираторного дистресс-синдрома и гипербилирубинемии, отставанию психомоторного развития.

2. Хроническая гипоксия, развитие угрозы прерывания беременности, преждевременные роды у матерей наблюдались чаще при остром психоэмоциональном стрессе, перенесенном в первой половине беременности.

3. Учитывая выявленные факты следует проводить своевременную профилактику и коррекцию перинатальных осложнений.

И.Б. Еришова, М.В. Васендина

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки», Луганск

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ У НОВОРОЖДЁННЫХ, МАТЕРИ КОТОРЫХ ПЕРЕНЕСЛИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Острый психоэмоциональный стресс у беременной женщины обуславливает состояние дезадаптации у новорождённого ребёнка, причём, риск развития таких состояний напрямую зависят от срока беременности в момент психотравмы. Стрессовые ситуации, с которыми сталкивается женщина во время вынашивания плода, негативно отражаясь на её состоянии, создают высокий риск внутриутробной гипоксии, преждевременных родов, рождения ребёнка с низкой и экстремально низкой массой тела, что обуславливает высокую заболеваемость ребёнка в будущем.

Ближайшие и отдаленные последствия перенесенного стресса для матери и плода находятся в обратной зависимости от срока беременности в момент стрессового воздействия: чем меньше срок беременности при стрессе, тем хуже состояние адаптационных функций новорожденного ребенка, выше перинатальная смертность.

Ключевые слова: гестация, новорождённый, адаптация, профилактика.

I.B. Ershova, M.V. Vasendina

SE LPR «Saint Luka Lugansk State Medical University», Lugansk

FEATURES OF ADAPTATION IN NEWBORN MOTHERS WHO SUFFERED PSYCHOEMOTIONAL STRESS DURING PREGNANCY

Acute psychoemotional stress in a pregnant woman causes a state of maladaptation in a newborn child, moreover, the risk of developing such conditions directly depends on the duration of pregnancy at the time of psychotrauma. Stressful situations faced by a woman during pregnancy, negatively affecting her condition, create a high risk of intrauterine hypoxia, premature birth, the birth of a child with low and extremely low body weight, which causes a high incidence of the child in the future.

The immediate and long-term consequences of the stress suffered for the mother and fetus are inversely dependent on the duration of pregnancy at the time of stress: the shorter the pregnancy period under stress, the worse the condition of the adaptive functions of the newborn child, the higher the perinatal mortality.

Key words: gestation, newborn, adaptation, prevention.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акарачкова Е.А., Блинов Д.В., Котова О.В. Стресс у детей: как активировать адаптационные резервы у ребенка. Русский медицинский журнал. 2018; 9: 45-51.
2. Акбиров Р.Р., Абитов И.Р., Ильченко М.В. Особенности совладания со стрессом женщин при осложненно протекающей беременности. Психология состояний человека: актуальные теоретические и прикладные проблемы: материалы III международной научной конференции. 8-10 ноября 2018. Казань; 2018: 68-71.
3. Ветчанина Е.Г., Мальгина Г.Б. Особенности реакций беременных на психоэмоциональный стресс в различные сроки беременности. Сибирский психологический журнал. 2001; 14,15: 150-152.
4. Журба Л.Т., Мاستюкова Е.М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. М.; 1981: 115-117.
5. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: Учебное пособие для врачей и психологов. СПб.: Речь; 2016. 352.
6. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Тест отношений беременной. Семейный диагноз и семейная психотерапия (учебное пособие для врачей и психологов). СПб.; 2006: 110-119.

REFERENCES

1. Akarachkova E.A., Blinov D.V., Kotova O.V. Stress u detei: kak aktivirovat' adaptatsionnye rezervy u rebenka. Russkii meditsinskii zhurnal. 2018; 9: 45-51 (in Russian).
2. Akbirova R.R., Abitov I.R., Il'chenko M.V. Osobennosti sovladaniya so stressom zhenshchin pri oslozhnenno protekayushchei beremennosti. Psikhologiya sostoyanii cheloveka: aktual'nye teoreticheskie i prikladnye problemy: materialy III mezhdunarodnoi nauchnoi konferentsii. 8-10 noyabrya 2018. Kazan'; 2018: 68-71 (in Russian).
3. Vetchanina E.G., Mal'gina G.B. Osobennosti reaktsii beremennykh na psikhoemotsional'nyi stress v razlichnye sroki beremennosti. Sibirskii psikhologicheskii zhurnal. 2001; 14,15: 150-152 (in Russian).
4. Zhurba L.T., Mastyukova E.M. Narushenie psikhomotornogo razvitiya detei pervogo goda zhizni. M.; 1981: 115-117 (in Russian).
5. Eidemiller E.G., Dobryakov I.V., Nikol'skaya I.M. Semeinyi diagnost i semeinaya psikhoterapiya: Uchebnoe posobie dlya vrachei i psikhologov. SPb.: Rech'; 2016. 352 (in Russian).
6. Eidemiller E.G., Dobryakov I.V., Nikol'skaya I.M. Test otnochenii beremennoi. Semeinyi diagnost i semeinaya psikhoterapiya (uchebnoe posobie dlya vrachei i psikhologov). SPb.; 2006: 110-119 (in Russian).