

Клініко-анамнестичні, соціальні та психологічні особливості жінок репродуктивного віку із первинним стрес-індукованим безпліддям

О.Л. Льовкіна

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Проаналізовано особливості соціальних умов, клініко-анамнестичні та психологічні особливості жінок репродуктивного віку зі стрес-індукованим безпліддям та виявлено наявність соціальних характеристик, побутових шкідливостей та хронічних і гострих психоемоційних стресів, які можуть виступати у вигляді тригерного механізму або ж бути основною причиною виникнення стрес-індукованого безпліддя.

Ключові слова: стрес, безпліддя, побутові шкідливості, тривожність.

Аналіз літератури, присвяченої вивченню психології та психопатології жіночого безпліддя, свідчить, що взаємодія впливу стану психіки і безпліддя носить комплексний характер і залежить від різних чинників. Клінічно це проявляється стрес-індукованим безпліддям, невиношуванням, явищами загрози переривання вагітності, формуванням плацентарної недостатності.

Останнім часом все більше уваги акушери-гінекологи приділяють проблемі стрес-індукованого, або психогенного безпліддя. Це безпліддя, спричинене психічними розладами і складає близько 30% усіх причин безпліддя. Психогенне безпліддя зумовлене порушеннями в роботі нервової системи, що є наслідком різних стресів.

Дослідження соціальних умов має надзвичайно важливе значення для встановлення етіопатогенетичних механізмів розвитку первинного стрес-індукованого безпліддя. Існування людини неможливе поза соціальним середовищем, яке справляє безпосередній вплив на її життєдіяльність, включаючи стан фізичного здоров'я та репродуктивну функцію.

Виходячи з цього, ми зосередили увагу на дослідженні найважливіших соціальних характеристик жінок, що можуть мати вплив на виникнення первинного стрес-індукованого безпліддя. Аналіз їхніх особливостей дозволив виявити низку важливих закономірностей.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

До нашого дослідження були включені 120 жінок репродуктивного віку із первинним стрес-індукованим безпліддям. Було виключено жінок із змінами анатомії матки, нейроендокринними синдромами, запальними захворю-

ваннями органів малого таза та з іншими формами безпліддя.

Рівень індивідуальної перцепції стресу у жінок досліджували за допомогою психометричних шкал PSS-25 (оцінка стресу в даний час), рівень тривожності визначали за допомогою шкали, запропонованої С.Д. Спілбергом та адаптованої Ю.А. Ханіним (1978), що складаються з двох підшкал: особистісної та реактивної тривожності. Також вивчали характер зайнятості та рівень освіти у досліджуваних жінок. Важливим стало дослідження анамнезу обстежених жінок на наявність стресових ситуацій, їх тривалості, періодичності та інтенсивності. Аналіз побутових шкідливостей проводили шляхом анкетування.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За даними нашого дослідження, середній вік жінок з первинним стрес-індукованим безпліддям склав $29,6 \pm 5,3$ року з коливаннями від 17 до 42 років. Середній вік жінок з тривалістю безпліддя 3 роки і менше склав $29,4 \pm 5,4$ року з коливаннями від 17 до 42 років, середній вік жінок з тривалістю безпліддя понад 3 роки склав $30,0 \pm 5,2$ року з коливаннями від 20 до 41 року. Значущих розбіжностей у вікових характеристиках між жінками з різною тривалістю безпліддя не виявлено ($p > 0,05$).

Середня тривалість безпліддя в цілому в дослідженого контингенту жінок склала $3,3 \pm 1,1$ року.

Більшість обстежених (58,3% від загальної кількості) постійно проживає у міській місцевості (табл. 1). Певна відмінність у співвідношенні міського та сільського населення серед дослідженого контингенту від того, що притаманний популяції в цілому (у Вінницькій області питома вага міського населення складає 46,2%), на наш погляд, зумовлена меншою доступністю спеціалізованої допомоги для сільських жінок і меншими можливостями для них забезпечувати спостереження та лікування безпліддя.

Для жінок з первинним стрес-індукованим безпліддям характерний високий рівень освіти (табл. 2). Більше половини обстежених (57,5%) мають вищу освіту і ще 24,2% – середню спеціальну освіту. При цьому вдалося виявити значущі розбіжності в освітньому рівні між жінками з різною

Таблиця 1
Місцевість постійного проживання жінок з первинним стрес-індукованим безпліддям

Місцевість проживання	Тривалість безпліддя				Усього		p
	до 3 років		понад 3 роки		Абс. число	%	
	Абс. число	%	Абс. число	%			
Міська	47	57,3	23	60,5	70	58,3	>0,05
Сільська	35	42,7	15	39,5	50	41,7	
Усього	82	100,0	38	100,0	120	100,0	

БЕСПЛОДИЕ И ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

Таблиця 2

Характеристика рівня освіти жінок з первинним стрес-індукованим безпліддям

Освіта жінок	Тривалість безпліддя				Усього		p
	до 3 років		понад 3 роки		Абс. число	%	
	Абс. число	%	Абс. число	%			
Середня	18	22,0	4	10,5	22	18,3	<0,05
Середня спеціальна	23	28,0	6	15,8	29	24,2	
Вища	41	50,0	28	73,7	69	57,5	
Всього	82	100,0	38	100,0	120	100,0	

Таблиця 3

Характеристика соціального стану жінок з первинним стрес-індукованим безпліддям

Соціальний стан жінок	Тривалість безпліддя				Усього		p
	до 3 років		понад 3 роки		Абс. число	%	
	Абс. число	%	Абс. число	%			
Робітниця	19	23,2	4	10,5	23	19,2	>0,05
Службовець	26	31,7	15	39,5	41	34,1	
Студентка	6	7,3	4	10,5	10	8,3	
Підприємець	14	17,1	9	23,7	23	19,2	
Непрацююча	17	20,7	6	15,8	23	19,2	
Усього	82	100,0	38	100,0	120	100,0	

Таблиця 4

Особливості характеру праці жінок з первинним стрес-індукованим безпліддям

Характер праці жінок	Тривалість безпліддя				Усього		p
	до 3 років		понад 3 роки		Абс. число	%	
	Абс. число	%	Абс. число	%			
Не працює	17	20,7	6	15,8	23	19,1	<0,05
Фізична	22	26,8	4	10,5	26	21,7	
Змішана	6	7,3	8	21,1	14	11,7	
Розумова	37	45,2	20	52,6	57	47,5	
Усього	82	100,0	38	100,0	120	100,0	

тривалістю безпліддя. Так, в цілому для жінок з більшою тривалістю безпліддя (понад 3 роки) характерний більш високий освітній ценз: 73,7% з них мають вищу освіту, 15,8% – середню спеціальну, 10,5% – середню, тоді як серед жінок з терміном безпліддя до 3 років питома вага осіб з вищою освітою складає 50,0%, середньою спеціальною – 28,0%, середньою – 22,0% від загальної кількості ($p < 0,05$).

Під час дослідження соціального стану було виявлено, що серед жінок з первинним стрес-індукованим безпліддям найбільшою є питома вага службовців (34,1% обстежених) найменшою – студентів (8,3%), питома ж вага робітниць, підприємців та непрацюючих виявилася однаковою (по 19,2%) (табл. 3). Найвнї також певні відмінності у соціальному статусі жінок з різним терміном безпліддя, зокрема, серед жінок з більшою тривалістю безпліддя більшою є питома вага службовців, студенток та підприємців, а серед жінок з меншим терміном безпліддя – питома вага робітниць та непрацюючих, однак ці розбіжності не мають статистично значущого характеру ($p > 0,05$).

Натомість, значущим фактором виявився характер праці жінок, які страждають на безпліддя (табл. 4). Так, серед жінок з тривалістю безпліддя понад 3 роки у порівнянні з жінками з тривалістю безпліддя до 3 років більшою є питома

вага осіб, робота яких пов'язана із розумовим навантаженням (52,6% проти 45,2%) та із змішаним розумовим і фізичним навантаженням (21,1% проти 7,3%), тоді як серед жінок з меншим терміном безпліддя більшою є поширеність фізичної праці (26,8% проти 10,5%).

Співставлення цих даних з даними про освітній рівень та соціальний стан обстежених жінок дозволяє зробити висновок, що спосіб життя, який супроводжується переважанням психологічних впливів над фізичними (що передбачає вищий освітній рівень та роботу, пов'язану із розумовим навантаженням) в цілому слід розглядати як фактор ризику безпліддя, а також як фактор, що ускладнює перебіг безпліддя і подовжує його терміни.

Окрім основних соціальних факторів, важливим для розуміння патогенетичних механізмів первинного стрес-індукованого безпліддя є аналіз особливостей способу життя жінок, що страждають на цей патологічний стан. Нами були проаналізовані важливі аспекти способу життя жінок з первинним стрес-індукованим безпліддям; зокрема, достатність нічного відпочинку, шкідливі звички та особливості психологічних стресів. Ці фактори мають суттєвий вплив на виникнення первинного стрес-індукованого безпліддя, а також виявляють зв'язок з його тривалістю.

БЕСПЛОДИЕ И ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

Таблиця 5

Достатність нічного сну у жінок з первинним стрес-індукованим безпліддям

Нічний сон	Тривалість безпліддя				Усього		p
	до 3 років		понад 3 роки		Абс. число	%	
	Абс. число	%	Абс. число	%			
Достатній	48	58,5	20	52,6	68	56,7	>0,05
Недостатній	34	41,5	18	47,4	52	43,3	
Усього	82	100,0	38	100,0	120	100,0	

Таблиця 6

Поширеність тютюнопаління серед жінок з первинним стрес-індукованим безпліддям

Тютюнопаління	Тривалість безпліддя				Усього		p
	до 3 років		понад 3 роки		Абс. число	%	
	Абс. число	%	Абс. число	%			
Не палить	62	75,6	22	57,9	84	70,0	<0,05
Палить	20	24,4	16	42,1	36	30,0	
Всього	82	100,0	38	100,0	120	100,0	

Таблиця 7

Особливості вживання алкогольних напоїв жінками з первинним стрес-індукованим безпліддям

Вживання алкоголю	Тривалість безпліддя				Усього		p
	до 3 років		понад 3 роки		Абс. число	%	
	Абс. число	%	Абс. число	%			
Не вживає	28	34,1	16	42,1	44	36,7	<0,05
Вживає рідко	44	53,7	12	31,6	56	46,7	
Вживає часто	10	12,2	10	26,3	20	16,6	
Усього	82	100,0	38	100,0	120	100,0	

Таблиця 8

Наявність гострих психологічних стресів в анамнезі у жінок з первинним стрес-індукованим безпліддям

Наявність гострих психологічних стресів	Тривалість безпліддя				Усього		p
	до 3 років		понад 3 роки		Абс. число	%	
	Абс. число	%	Абс. число	%			
Рідко	5	6,1	4	10,5	9	7,5	>0,05
Періодично	30	36,6	14	36,8	44	36,7	
Постійно	47	57,3	20	52,7	67	55,8	
Всього	82	100,0	38	100,0	120	100,0	

При аналізі достатності нічного сну виявилось, що жінки з первинним стрес-індукованим безпліддям відчувають суттєвий дефіцит нічного сну. Майже половина (43,3%) обстежених зауважили, що їхній нічний сон недостатній, при цьому жінки з більшою тривалістю безпліддя відчувають більший дефіцит нічного сну (47,4% проти 41,5%), хоча ці відмінності є статистично незначущими (табл. 5).

Важливою характеристикою способу життя є поширеність шкідливих звичок. Досліджені нами жінки з первинним стрес-індукованим безпліддям виявили значне ураження основними побутовими шкідливостями, такими, як тютюнопаління та вживання алкогольних напоїв. Так, у цілому поширеність тютюнопаління серед жінок, які страждали на первинне стрес-індуковане безпліддя, склала 30,0%, при цьому серед жінок з терміном безпліддя понад 3 роки таких, що палять, виявилось значуще більше, ніж серед жінок з

терміном безпліддя 3 роки і менше (42,1% проти 24,4% $p < 0,05$) (табл. 6).

Високим серед обстеженого контингенту жінок виявився також рівень алкоголізації: в цілому 63,3% з них вживають алкоголь (46,7% рідко, 16,6% часто) (табл. 7). Цікаво, що серед жінок з більшою тривалістю безпліддя більше таких, хто взагалі не вживає алкоголь (42,1% проти 34,1%), а також ті, хто вживає алкогольні напої часто (26,3% проти 12,2%), і томість, питома вага тих, хто вживає алкоголь рідко, більшою серед жінок з меншим терміном безпліддя (53,7% проти 31,6%). Виявлені розбіжності є статистично значущими ($p < 0,05$).

Виняткова роль психологічних стресів у генезі первинного стрес-індукованого безпліддя зумовлює необхідність обов'язкового дослідження особливостей стресорного навантаження у безплідних жінок. Психологічний стрес

БЕСПЛОДИЕ И ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

Характеристика інтенсивності гострих психологічних стресів в анамнезі у жінок з первинним стрес-індукованим безпліддям

Таблиця 9

Характеристика інтенсивності гострих психологічних станів	Тривалість безпліддя				Усього		p
	до 3 років		понад 3 роки		Абс. число	%	
	Абс. число	%	Абс. число	%			
Дуже слабкі	5	6,0	2	5,3	7	5,8	>0,05
Слабкі	10	12,2	4	10,5	14	11,7	
Помірні	29	35,4	16	42,1	45	37,5	
Сильні	29	35,4	13	34,2	42	35,0	
Дуже сильні	9	11,0	3	7,9	12	10,0	
Усього	82	100,0	38	100,0	120	100,0	

Наявність хронічних психологічних стресів в анамнезі у жінок з первинним стрес-індукованим безпліддям

Таблиця 10

Наявність хронічних психологічних стресів	Тривалість безпліддя				Усього		p
	до 3 років		понад 3 роки		Абс. число	%	
	Абс. число	%	Абс. число	%			
Рідко	3	3,7	1	2,6	4	3,3	>0,05
Періодично	14	17,1	5	13,2	19	15,8	
Постійно	65	79,2	32	84,2	97	80,9	
Усього	82	100,0	38	100,0	120	100,0	

є надзвичайно важливу роль в реалізації всіх життєвих функцій, а репродуктивна система внаслідок психосоматичних зв'язків є однією з найбільш чутливих систем організму. Тому особливу увагу при дослідженні життя жінок з первинним стрес-індукованим безпліддям нами було приділено вивченню особливостей гострих стресів.

Психологічні стреси закономірно є надзвичайно поширеними серед жінок дослідженого контингенту: при аналізі їхнього анамнезу було виявлено, що постійного гострих психологічних стресів зазнавали більше обстежених: 55,8% (57,3% жінок з терміном безпліддя до 3 років і 52,7% жінок з терміном безпліддя понад 3 роки), періодичний вплив гострих психологічних стресів відзначали 36,7% (36,6% жінок з нетривалим безпліддям і 36,8% – з тривалим), рідкі гострі психологічні стреси спостерігалися лише у 7,5% обстежених (6,1% та 9,7% жінок з різним терміном безпліддя відповідно). Розбіжності між характеристиками гострих психологічних стресів в анамнезі у жінок з різною тривалістю безпліддя виявилися статистично незначущими ($p > 0,05$).

Вивчення його інтенсивності. Були також вивчені особливості інтенсивності психологічних стресорних факторів у анамнезі жінок з первинним стрес-індукованим безпліддям. Питомою ознакою, у яких гострі психологічні стреси в анамнезі були слабкими або дуже слабкими, виявилася незначною – відповідно 5,8% та 11,7%, у жінок з терміном безпліддя до 3 років – відповідно 6,0% та 12,2%, з терміном безпліддя понад 3 роки – відповідно 5,3% та 10,5% (табл. 9). Як бачимо, більшість обстежених жінок піддавалися дії гострих психологічних стресів помірної (відповідно 37,5%, 35,4% і 42,1%) та помірної інтенсивності (відповідно 35,0%, 35,4% і 34,2%). Частина жінок з первинним стрес-індукованим безпліддям піддавалася також дії дуже сильних гострих психологічних стресів (відповідно 10,0%, 11,0% та 7,9%).

Гострий стрес може грати роль тригерного механізму, що запускає патологічні реакції у організмі. Однак у виникненні та хронізації стрес-індукованих порушень репродуктивної функції провідна роль належить хронічному психологічному стресу. Так, вивчення анамнезу дозволило встановити, що понад 80% обстежених жінок піддавалися постійному впливу хронічних стресорів, ще у 15,8% жінок вплив хронічних стресорів мав періодичний характер і лише 3,3% зазнавали впливу хронічних стресорів рідко. При цьому хронічний стрес мав однаково важливе значення в анамнезі жінок з різними термінами безпліддя (табл. 10).

Підтвердженням виняткової ролі хронічних стресів у виникненні даного виду безпліддя є дані, отримані під час аналізу інтенсивності хронічних психологічних стресів (табл. 11). Так, у переважній більшості жінок зі стрес-індукованим безпліддям (69,2%) хронічні стреси в анамнезі мають характер сильних (47,5%) або дуже сильних (21,7%). Помірної інтенсивності хронічні стресові впливи виявлені у 20,8% обстежених жінок і лише 10% від загальної кількості складають жінки, у яких хронічні стресові впливи можна оцінити як слабкі (7,5%) або дуже слабкі (2,5%). При цьому ґрунтовний аналіз співвідношення стресорів у кожній з обстежених жінок виявив, що ті жінки, у яких хронічний стрес був слабким або дуже слабким, водночас постійно піддавалися дії гострих стресорів сильної або дуже сильної інтенсивності. Таким чином, значне стресорне навантаження тією чи іншою мірою було присутнє у всіх жінок з даним видом безпліддя.

Для встановлення патогенетичних механізмів первинного стрес-індукованого безпліддя надзвичайно важливе значення має дослідження особливостей менструальної функції у жінок, які страждають на цей вид безпліддя.

Аналіз вікових особливостей менархе не виявив значущих розбіжностей у віці початку менструацій між жінками з різним терміном безпліддя. Хоча серед жінок з тривалістю безпліддя понад 3 роки дещо більше осіб з екстремальними

БЕСПЛОДИЕ И ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

Таблиця 11

Характеристика інтенсивності хронічних психологічних стресів в анамнезі у жінок з первинним стрес-індукованим безпліддям

Характеристика інтенсивності хронічних психологічних стресів	Тривалість безпліддя				Усього		p
	до 3 років		понад 3 роки		Абс. число	%	
	Абс. число	%	Абс. число	%			
Дуже слабкі	2	2,4	1	2,5	3	2,5	>0,05
Слабкі	6	7,3	3	7,9	9	7,5	
Помірні	17	20,7	8	21,1	25	20,8	
Сильні	39	47,6	18	47,4	57	47,5	
Дуже сильні	18	22,0	8	21,1	26	21,7	
Усього	82	100,0	38	100,0	120	100,0	

Таблиця 12

Наявність в анамнезі аменореї у жінок з первинним стрес-індукованим безпліддям

Аменорея в анамнезі	Тривалість безпліддя				Усього		p
	до 3 років		понад 3 роки		Абс. число	%	
	Абс. число	%	Абс. число	%			
Немає	77	93,9	32	84,2	109	90,8	<0,05
Первинна	1	1,2	0	0,0	1	0,8	
Вторинна	4	4,9	6	15,8	10	8,4	
Усього	82	100,0	38	100,0	120	100,0	

Таблиця 13

Наявність дисменореї у жінок з первинним стрес-індукованим безпліддям

Наявність дисменореї	Тривалість безпліддя				Усього		p
	до 3 років		понад 3 роки		Абс. число	%	
	Абс. число	%	Абс. число	%			
Немає	42	51,2	12	31,6	54	45,0	<0,05
Є	40	48,8	26	68,4	66	55,0	
Усього	82	100,0	38	100,0	120	100,0	

термінами початку менструацій (10–11 років та 16 років), ці розбіжності є статистично незначущими. Також не було виявлено будь-яких закономірностей під час аналізу інтенсивності менструацій та її тривалості.

Під час дослідження поширеності аменореї встановлено наявність суттєвих відмінностей у поширенні первинної та вторинної аменореї (табл. 12). Так, первинна аменорея, в основі якої, зазвичай, лежать причини органічного характеру, спостерігалася в поодинокому випадку (0,8% обстежених), що підтверджує відсутність органічної патології статевих органів та стресогенних характер безпліддя у досліджуваного контингенту. Натомість, вторинна аменорея, в структурі якої від 4% до 10% складає психогенна аменорея, виявилася доволі поширеним розладом у жінок з первинним стрес-індукованим безпліддям. Наявність в анамнезі випадків відсутності менструацій протягом щонайменше 3 циклів, пов'язаних з нервово-психічним фактором, відзначили 8,4% обстежених. Важливою особливістю є те, що серед жінок з тривалим безпліддям поширення аменореї в анамнезі є суттєво більшим, ніж серед жінок з тривалістю безпліддя до 3 років (15,8% проти 4,9%). Виявлені розбіжності є статистично значущими ($p < 0,05$).

Натомість, порушення менструального циклу, в патогенезі яких важливу роль відіграє нервово-психічна діяльність, виявляють тенденцію до зв'язку з первинним

стрес-індукованим безпліддям. Так, серед жінок з первинним стрес-індукованим безпліддям виявлено значне поширення дисменореї (55,0%), як больової форми, так і різноманітних вегетативних та психоемоційних розладів (табл. 13). При цьому, у жінок з тривалим (понад 3 роки) терміном безпліддя, дисменорея зустрічається частіше, ніж у жінок з терміном безпліддя до 3 років: 68,4% жінок з тривалим безпліддям зазначали наявність дискомфорту різного ступеня під час менструацій. У жінок з нетривалим безпліддям дисменорея також досить поширений стан: вона зустрічається у 48,8% обстежених, однак, це значуще менше, ніж у жінок з тривалим терміном безпліддя ($p < 0,05$).

Нами було проведено вимірювання рівнів особистісної та реактивної тривожності за допомогою шкал тривожності С. Spilberger у модифікації Ю.Л. Ханіна.

При дослідженні рівнів особистісної тривожності нами було виявлено низку важливих закономірностей. Насамперед, усі жінки досліджуваного контингенту виявили надзвичайно високий рівень особистісної тривожності: середній показник її склав $49,1 \pm 7,19$ бала при граничному рівні 45 балів. Мінімальне значення особистісної тривожності у жінок з первинним стрес-індукованим безпліддям склало 33 бала, максимальне – 68 балів (табл. 14).

БЕСПЛОДИЕ И ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

Таблиця 14

Основні характеристики рівнів особистісної та реактивної тривожності у жінок з первинним стрес-індукованим безпліддям (у балах за шкалами С. Spilberger у модифікації Ю.Л. Ханіна)

Показник	Середнє значення	Довірчий інтервал		СКВ	Мінімальне значення	Максимальне значення	Коефіцієнт варіації	Стандартна похибка
		-95%	+95%					
Усі жінки з первинним стрес-індукованим безпліддям								
Особистісна тривожність	49,1	47,8	50,4	7,19	33,0	68,0	14,631	0,656
Реактивна тривожність	45,5	44,3	46,7	6,47	30,0	65,0	14,221	0,591
Жінки з тривалістю безпліддя до 3 років включно								
Особистісна тривожність	48,1	46,5	49,7	7,32	33,0	65,0	15,224	0,809
Реактивна тривожність	44,7	43,4	46,0	6,01	35,0	60,0	13,441	0,663
Жінки з тривалістю безпліддя понад 3 роки								
Особистісна тривожність	51,4	49,3	53,5	6,43	40,0	68,0	12,514	1,043
Реактивна тривожність	47,3	44,9	49,6	7,14	30,0	65,0	15,111	1,159

При порівнянні рівнів особистісної тривожності у жінок з різною тривалістю безпліддя було виявлено, що рівень особистісної тривожності у жінок з тривалістю безпліддя понад 3 роки перевищує відповідний показник у жінок з тривалістю безпліддя до 3 років включно. Так, показник особистісної тривожності у жінок з тривалим безпліддям склав $51,4 \pm 6,43$ бала проти $48,1 \pm 7,32$ бала у жінок з нетривалим безпліддям. Виявлені розбіжності є статистично значущими ($p < 0,05$).

Щодо дослідження рівня реактивної тривожності, воно також виявило суттєве підвищення його показників у жінок з первинним стрес-індукованим безпліддям. Так, середній рівень реактивної тривожності у жінок зі стрес-індукованим безпліддям склав $45,5 \pm 6,47$ бала, що також відповідає високому рівню тривожності.

Для показників реактивної тривожності зберігаються ті самі закономірності, що й для особистісної тривожності: у жінок з тривалим терміном безпліддя вони виявилися значуще вищими, ніж у жінок з нетривалим безпліддям: $47,3 \pm 7,14$ бала проти $44,7 \pm 6,01$ бала відповідно, $p < 0,05$.

ВИСНОВКИ

Результати нашого дослідження виявили низку важливих чинників, пов'язаних із виникненням первинного стрес-індукованого безпліддя, а також дозволили встановити фактори, що мають вплив на тривалість безпліддя. Серед соціальних чинників значущими виявилися високий освітній рівень і переважно розумовий характер праці, серед факторів способу життя – дефіцит нічного сну, тютюнопаління та вживання алкоголю. У дослідженого контингенту жінок відсутні органічні ураження, вади чи захворювання статеві системи та інших органів, за винятком факторів, тісно пов'язаних із стресом та психікою (аменорея, дисменорея, функціональні порушення менструального циклу).

Провідну роль у виникненні первинного стрес-індукованого безпліддя грають хронічні психоемоційні стреси, певна роль належить також систематичним гострим психоемоційним стресам, які можуть виступати в якості тригерного механізму стрес-індукованого безпліддя. Водночас, безпліддя само по собі є надзвичайно потужним хронічним

стресогенним фактором, що спричиняє серйозний негативний вплив на психіку жінки. Глибокі зміни у психологічному стані жінок, які страждають на первинне стрес-індуковане безпліддя, підтверджуються даними клінічного обстеження, а також результатами психологічного тестування з використанням стандартизованих методик. Наявність серйозних негативних змін у психологічному стані жінок, які страждають на первинне стрес-індуковане безпліддя, зумовлює необхідність обов'язкового залучення психологічного обстеження та тестування до комплексу діагностичних заходів, і адекватних індивідуальних психотерапевтичних та психокорекційних програм до комплексу лікування первинного стрес-індукованого безпліддя.

Клинико-анамнестические, социальные и психологические особенности женщин репродуктивного возраста с первичным стресс-индуцированным бесплодием

Е.Л. Левкина

Проанализированы социальные условия, клинико-анамнестические и психологические особенности женщин репродуктивного возраста со стресс-индуцированным бесплодием и установлено наличие социальных характеристик, бытовых вредностей, хронических и острых стрессов, которые могут выступать в качестве триггерного механизма или быть основной причиной возникновения стресс-индуцированного бесплодия.

Ключевые слова: стресс, бесплодие, бытовые вредности, тревожность.

Clinico-anamnestic, social and psychological peculiarities of reproductive age women with primary stress-induced infertility

O.L. Lyovkina

Social conditions, clinico-anamnestic and psychological peculiarities of reproductive age women with primary stress-induced infertility were analyzed and was revealed presence of social characteristics, life mode harmfulnesses; chronic and acute psychoemotional stresses, which may be as a trigger mechanism or main reason of stress-induced infertility.

Key words: stress, infertility, life mode harmfulnesses, anxiety.