

УДК 618.177-07:[616.89-008:159.923.31]

КАМІНСЬКИЙ А.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,  
кафедра акушерства, гінекології та репродуктології,  
м. Київ

## КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

*Мета дослідження.* Встановити клініко-анамнестичні особливості жінок з безпліддям та психосоматичними розладами.

*Матеріали та методи дослідження.* Проведено обстеження 233 жінок з трубно-перитонеальним фактором безпліддя, які направленні на лікування безпліддя методами ДРТ. Після проведення анкетування жінок та консультації психолога всі пацієнтки були розподілені на 3 групи залежно від наявності та вираженості психосоматичних розладів: 1 група – 32 жінки без виражених психосоматичних розладів (13,7 %); 2 група – 140 жінок з психосоматичними розладами середнього ступеня вираженості (60,1 %); 3 група – 61 жінка з вираженими психосоматичними розладами (26,2 %).

*Результати дослідження та їх обговорення.* Серед жінок з вираженими психосоматичними розладами достовірно більшою була частка пацієнток у віці старше 40 років (23,0 %). За соціальним статусом статистично вищим був відсоток службовців (44,3 %) та меншим – робітниць (13,1 %). Відмічена також висока частота негативних факторів зовнішнього середовища: куріння майже у половини (47,5 %) опитуваних та професійних шкідливостей – у третини (36,1 %). Відмічена достовірно вища частота пізнього менархе (14,8 %) та альгодисменореї (26,2 %) у жінок з вираженими психосоматичними розладами. Виявлена висока частота ко- та поліморбідності трубно-перитоніального безпліддя з іншою гінекологічною патологією. Сумарно найчастіше відмічалися різноманітні захворювання інфекційного генезу. У жінок з вираженими психосоматичними розладами достовірно частіше мав місце едометріоз (18,0 %). Найчастіше серед соматичних захворювань відмічається патологія шлунково-кишкового тракту (40,0 %) та ожиріння (42,6 %). У чверті жінок спостерігалась серцево-судинна патологія (24,5 %). У 3 рази частіше відмічені ендокринні захворювання, переважно патологія щитовидної залози (19,7 %). У половини (52,5 %) жінок з вираженими психосоматичними розладами діагностовано первинне безпліддя, що достовірно вище ніж у пацієнток без таких розладів чи з незначними їх проявами. Достовірно найнижча ефективність ДРТ встановлена у жінок з вираженими психосоматичними розладами (23,0 % проти 46,1 та 37,9 % пацієнток без таких розладів та з невираженими порушеннями,  $p < 0,05$ ).

*Висновки.* Встановлені фактори, пов'язані з розвитком психосоматичних розладів у жінок з трубно-перитоніальним безпліддям, які становлять групу ризику неефективності програм ДРТ. Отримані дані вказують на необхідність психо-діагностичного консультування, психологічного супроводу та відповідної корекції виявлених психосоматичних порушень у пацієнток, включених до програм ДРТ.

*Ключові слова:* безпліддя, психосоматика, допоміжні репродуктивні технології, клініка, анамнез

Серед багатьох факторів, що впливають на народжуваність, суттєве місце посідають безплідні шлюби. Незважаючи на значні успіхи в діагностиці і лікуванні порушень репродуктивної функції, широке впровадження допоміжних репродуктивних технологій, проблема безплідності

залишається однією з найважливіших у сучасній медицині. За даними ВООЗ, частота неплодного шлюбу коливається в широких межах, але тенденції до зниження не спостерігається [2, 3]. І хоча показники офіційної статистики безпліддя в Україні не дуже високі (біля 3%), оцінки різних дослідників, соціологічних обстежень свідчать, що на різні форми безпліддя страждає 10-15% сімей [1], а такий рівень відносять до прямих репродуктивних втрат [4].

Зв'язок порушень репродуктивного здоров'я з розладами психоемоційної сфери відомий давно, а безпліддя відносять до психосоматичних захворювань [5-7]. В останні роки інтерес до проблеми психологічних чинників при безплідді зростає, накопичено певну кількість суперечливих даних щодо зв'язку психіки і порушення репродуктивної функції. Однозначних даних про співвідношення психічного і соматичного в гінекологічній практиці не існує.

Для покращення організації медичної допомоги сім'ям, що страждають на безпліддя, необхідний комплексний підхід, при цьому необхідно враховувати психоемоційний стан жінки, адаптаційні можливості її організму, застосовувати адекватні методи корекції порушень адаптаційних процесів, що в кінцевому результаті дозволить підвищити ефективність лікування безпліддя.

### МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Встановити клініко-анамнестичні особливості жінок з безпліддям та психосоматичними розладами.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведено обстеження 233 жінок з трубно-перитонеальним фактором безпліддя, які

направленні на лікування безпліддя методами ДРТ. Після проведення анкетування жінок та консультації психолога всі пацієнтки були розподілені на 3 групи залежно від наявності та вираженості психосоматичних розладів: 1 група – 32 жінки без виражених психосоматичних розладів (13,7 %); 2 група – 140 жінок з психосоматичними розладами середнього ступеня вираженості (60,1 %); 3 група – 61 жінка з вираженими психосоматичними розладами (26,2 %). Тобто переважаюча більшість обстежених жінок (86,3 %) мала ті чи інші психосоматичні розлади різної вираженості.

Статистичну обробку отриманих даних здійснювали за допомогою електронної програми Microsoft Office 2007 for Windows XP Professional, STATISTICA 6.0 (Stat. Soft. Inc. США).

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз розподілу обстежених жінок за віком показав (рис. 1), що найбільшу частку у всіх групах склали жінки у віці від 30 до 40 років (половина жінок 1 групи та біля 70 % 2 та 3 груп,  $p > 0,05$ ). При цьому частка жінок у віці старше 40 років при наявності психосоматичних розладів була достовірно вищою: у 4 рази при незначних порушеннях і майже у 8 разів при виражених розладах ( $p < 0,05$ ). Відповідно частка пацієнток молодшого віку була достовірно нижчою у 2 та 5 разів ( $p < 0,05$ ). При цьому розподіл за віком мав достовірні відмінності і між групами жінок з різною вираженістю психосоматичних розладів, що свідчить про накопичення з віком стресових та інших патологічних факторів, що негативно впливають на психосоцієльний стан жінки.

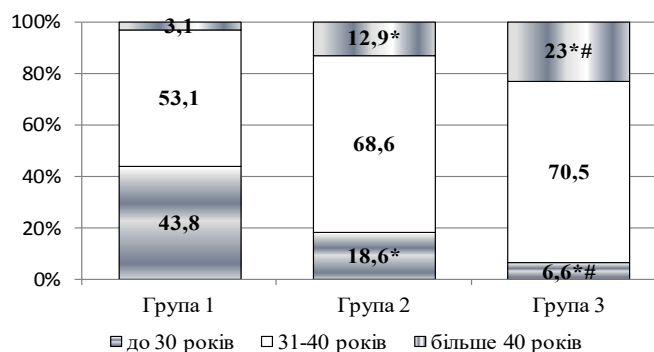


Рисунок 1. Вікова характеристика досліджуваних груп жінок

Примітка.

\* - різниця відносно показника 1 групи достовірна ( $p < 0,05$ );

# - різниця відносно показника 2 групи достовірна ( $p < 0,05$ )

При аналізі соціально-економічного статусу жінок з безпліддям встановлено, що третина жінок були домогосподарками (табл. 1). Частка жінок службовців та робітниць не розрізнялась у 1 та 2 групі, проте при виражених психосоматичних розладах відсоток службовців достовірно

вищий (44,3 проти 31,3 та 31,4 % у 1 та 2 групі,  $p < 0,05$ ), а робітниць – менший (13,1 проти 25,0 та 28,6 % відповідно,  $p < 0,05$ ). Студенток у 3 групі також було достовірно менше, ніж при відсутності психосоматичних розладів (1,6 проти 9,4 %,  $p < 0,05$ ).

Таблиця 1

Соціально-економічний статус обстежених пацієнток

Показник	1 група (n = 32)		2 група (n = 140)		3 група (n = 61)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
<b>Соціальний статус:</b>						
- студентки	3	9,4	8	5,7	1	1,6*
- робітничі професії	8	25,0	40	28,6	8	13,1#
- службовці	10	31,3	44	31,4	27	44,3#
- домогосподарки	11	34,4	48	34,3	25	41,0
<b>Економічний стан відносно прожиткового мінімуму:</b>						
- нижче	4	12,5	28	20,0	15	24,6
- на рівні	22	68,8	90	64,3	38	62,3
- вище	6	18,8	22	15,7	8	13,1
<b>Куріння</b>	9	28,1	61	43,6*	29	47,5*
<b>Професійні шкідливості</b>	6	18,8	37	26,4	22	36,1*

Примітки: \* - різниця відносно показника 1 групи достовірна ( $p < 0,05$ );

# - різниця відносно показника 2 групи достовірна ( $p < 0,05$ )

При опитуванні переважна більшість пацієнток оцінила свій економічний стан на рівні прожиткового мінімуму (від 62,3 до 68,8 % по групах). Частка жінок з поганим економічним станом при психосоматичних порушеннях була у 1,6 разу та майже у 2 рази вища відносно пацієнток без суттєвих психоемоційних розладів, але ця різниця не була статично достовірною. Відповідно дещо меншою у 2 та 3 групі була частка жінок з високим рівнем статків.

Що стосується такої шкідливої звички як куріння цигарок, то вона відмічена більш ніж у 40 відсотків жінок 2 та 3 групи (43,6 та 47,5 % відповідно проти 28,1 % жінок 1 групи,  $p < 0,05$ ). Наявність різних негативних факторів, пов'язаних з професійною діяльністю (контакт з хімічними речовинами, надмірний шум, виробничий мікроклімат, неіонізуючі електромагнітні коливання, напруженість праці) відмічена більш ніж у третини (36,1 %) жінок з безпліддям та ви-

раженими психосоматичними розладами, що у 2 рази частіше ніж у пацієнток без таких розладів (18,8 %,  $p < 0,05$ ).

Аналіз менструальної функції та її становлення у пацієнток груп дослідження показав (табл.2), що при наявності виражених психосоматичних розладів дещо вища частота раннього менархе (11,5 %), становлення менструальної функції більше року (23,0 %) та таких розладів як гіпо- (6,6 %), гіпер- (21,3 %) та аменорея, проте статистичної різниці між групами за цими показниками не виявлено. Достовірно вищою була частота пізнього менархе у жінок 3 групи відносно показника у 2 та 3 групі. Також четверта частина жінок цієї групи страждала на альгодисменорею, що достовірно частіше ніж у жінок 1 та 2 групи (26,2 проти 12,5 та 14,3 % відповідно,  $p < 0,05$ ), що обумовлено негативним впливом больових синдромів на психо-емоційний стан людини.

Таблиця 2

## Менструальна функція обстежених пацієнок

Показник	1 група (n = 32)		2 група (n = 140)		3 група (n = 61)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Раннє менархе	2	6,3	10	7,1	7	11,5
Пізнє менархе	1	3,1	8	5,7	9	14,8*#
Становлення менструальної функції більше року	5	15,6	27	19,3	14	23,0
Менструальні розлади гіпоменорея	1	3,1	6	4,3	4	6,6
гіперменорея	4	12,5	22	15,7	13	21,3
аменорея	1	3,1	8	5,7	6	9,8
альгодисменорея	4	12,5	20	14,3	16	26,2#

Примітки: \* - різниця відносно показника 1 групи достовірна ( $p < 0,05$ );

# - різниця відносно показника 2 групи достовірна ( $p < 0,05$ )

Виявлена висока частота ко- та поліморбідності трубно-перитоніального безпліддя з іншою гінекологічною патологією (табл.3). Сумарно найчастіше відмічались різноманітні захворювання інфекційного генезу, такі як хронічні сальпінгоофорити (27,9 % у жінок 3 групи) та ендометрити (24,6 %), рецидивуючі кольпіти (21,3 %), що свідчить на певний внесок цих факторів у патогенез безпліддя. Розподіл пацієнок за відміченими факторами залежно від наявності та вираженості психосоматичних розладів не відрізнявся. Більш

ніж у третини жінок всіх груп безпліддя поєднувалось з патологією шийки матки (37,7 % у жінок 3 групи проти 34,4 та 35,0 % відповідно у жінок 1 та 2 груп,  $p > 0,05$ ). Деяко рідше і з частотою, що не відрізнялась по групам жінок, спостерігались кісти яєчників (13,1 % жінок 3 групи), міома матки (8,2 %), гіперпластичні процеси ендометрія (9,8 %). У жінок з вираженими психосоматичними розладами достовірно частіше, ніж при їх відсутності мав місце ендометріоз (18,0 проти 6,3 %,  $p < 0,05$ ).

Таблиця 3

## Гінекологічний анамнез обстежених жінок

Показник	1 група (n = 32)		2 група (n = 140)		3 група (n = 61)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Хронічний сальпінгоофорит	9	28,1	31	22,1	17	27,9
Хронічний ендометрит	5	15,6	27	19,3	15	24,6
Рецидивуючі кольпіти	6	18,8	25	17,9	13	21,3
Кісти яєчників	4	12,5	13	9,3	8	13,1
Міома матки	2	6,3	7	5,0	5	8,2
Гіперпластичні процеси ендометрія	1	3,1	6	4,3	6	9,8
Ендометріоз	2	6,3	17	12,1	11	18,0*
Патологія шийки матки	11	34,4	49	35,0	23	37,7

Примітка. \* - різниця відносно показника 1 групи достовірна ( $p < 0,05$ )

У жінок з безпліддям обтяжений також і соматичний анамнез (табл. 4). Найчастіше при наявності психосоматичних розладів відмічається патологія шлунково-кишкового тракту (ШКТ) (40,0 та 44,3 % у жінок 2 та 3 групи проти 25,0 % у пацієток 1 групи,  $p < 0,05$ ) та ожиріння (42,6 % у 3 групі проти 21,9 % у 1 групі,  $p < 0,05$ ), що достовірно вище ніж при їх відсутності і відповідає сучасним уявленням про дану патологію як психосоматичну. У чверті жінок 3 групи спостерігалась серцево-судинна патологія (24,5 проти 9,4 % пацієток 1 групи,  $p < 0,05$ ).

У 3 рази частіше відмічені ендокринні захворювання, переважно патологія щитовидної залози (19,7 % проти 6,3 % у жінок 3 та 1 груп відповідно,  $p < 0,05$ ). Майже у третини жінок з вираженими психосоматичними порушеннями відмічена патологія сечовидільної системи (цистити та пієлонефрити) та дихальних шляхів (хронічні тонзиліти, гайморити, бронхіти) (27,9 % та 29,5 % відповідно), що вказує на наявність персистуючої інфекції. Досить часто відмічались також анемія (19,7 %) та алергічні реакції (11,5 %).

Таблиця 4

**Соматична патологія обстежених жінок**

Показник	1 група (n = 32)		2 група (n = 140)		3 група (n = 61)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Патологія ШКТ	8	25,0	56	40,0*	27	44,3*
Патологія гепато-біліарної системи	6	18,8	32	22,9	19	31,1
Патологія сечо-видільної системи	5	15,6	24	17,1	17	27,9
Захворювання дихальних шляхів	6	18,8	22	15,7	18	29,5
Ожиріння	7	21,9	42	30,0	26	42,6*
Алергічні реакції	1	3,1	10	7,1	7	11,5
Ендокринні захворювання	2	6,3	14	10,0	12	19,7*
Серцево-судинна патологія	3	9,4	17	12,1	15	24,5*
Анемія	3	9,4	20	14,3	12	19,7

Примітка. \* - різниця відносно показника 1 групи достовірна ( $p < 0,05$ )

У половини (52,5 %) жінок з вираженими психосоматичними розладами діагностовано первинне безпліддя (табл. 5), що достовірно вище ніж у пацієток без таких розладів чи з незначними їх проявами (40,6 та 37,9 % відповідно,  $p < 0,05$ ). Тривалість безпліддя більше 5 років відмічали більшість жінок всіх груп, хоча достовірно вище ніж у пацієток без таких розладів чи з незначними їх проявами (59,4 та 40,6 % відповідно,  $p < 0,05$ ).

Аборти в анамнезі відмічені у третини пацієток (32,8 % у жінок 3 групи), частота самовільних викиднів більше 10 % (14,8 %), завмерлих вагітностей – більше 15 % (19,7 %), пологів – 5-6 % (4,9 %).

Таблиця 5

**Репродуктивна функція обстежених жінок**

Показник	1 група (n = 32)		2 група (n = 140)		3 група (n = 61)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Первинне безпліддя	13	40,6	53	37,9	32	52,5*#
Тривалість безпліддя більше 5 років	19	59,4	90	64,3	44	72,1
Самовільний викидень	4	12,5	14	10,0	9	14,8
Завмерла вагітність	5	15,6	25	17,9	12	19,7
Аборти	9	28,1	36	25,7	20	32,8
Пологи	2	6,3	9	6,4	3	4,9

Примітка. \* - різниця відносно показника 1 групи достовірна ( $p < 0,05$ );

# - різниця відносно показника 2 групи достовірна ( $p < 0,05$ )

Після проведення ДРТ (екстракорпоральне запліднення) завагітніли 82 жінки з 233 (35,1 %), при цьому достовірно найнижча ефективність ДРТ встановлена у жінок з вираженими психоемоційними розладами (23,0 % проти 46,1 та 37,9 % пацієнок 1 та 2 групи, у обох випадках  $p < 0,05$ ).

## ВИСНОВКИ

За результатами анкетування та консультації психолога переважаюча більшість (86,3 %) жінок з трубно-перитонеальним фактором безпліддя, які направлені на лікування методами ДРТ, мала ті чи інші психосоматичні розлади, при цьому у 26,2 % пацієнок ці розлади були вираженими.

Серед жінок з вираженими психосоматичними розладами достовірно більшою була частка пацієнок у віці старше 40 років (23,0 %). За соціальним статусом статистично вищим був відсоток службовців (44,3 %) та меншим – робітниць (13,1 %). Відмічена також висока частота негативних факторів зовнішнього середовища: куріння майже у половини (47,5 %) опитуваних та професійних шкідливостей – у третини (36,1 %).

Відмічена достовірно вища частота пізнього менархе (14,8 %) та альгодисменореї (26,2 %) у жінок з вираженими психосоматичними розладами.

Виявлена висока частота ко- та поліморбідності трубно-перитонеального безпліддя з іншою гінекологічною патологією. Сумарно найчастіше відмічались різноманітні захворювання інфекційного генезу, такі як хронічні сальпінгоофорити (27,9 %) та ендометрити (24,6 %), рецидивуючі кольпіти (21,3 %), що свідчить на певний внесок цих факторів у патогенез безпліддя. У жінок з вираженими психосоматичними розладами достовірно частіше, ніж при їх відсутності мав місце ендометріоз. (18,0 %)

Найчастіше серед соматичних захворювань відмічається патологія шлунково-кишкового тракту (40,0 %) та ожиріння (42,6 %), що достовірно вище ніж при відсутності психосоматичних розладів і відповідає сучасним уявленням про дану патологію як психосоматичну. У чверті жінок спостерігалась серцево-судинна патологія (24,5 %). У 3 рази частіше відмічені ендокринні захворювання, переважно патологія щитовидної залози (19,7 %). Майже у третини жінок з вираженими психосоматичними порушеннями відмічена патологія сечовидільної системи (цистити

та пієлонефрити) та дихальних шляхів (хронічні тонзиліти, гайморити, бронхіти) (27,9 % та 29,5 % відповідно), що вказує на наявність персистоючої інфекції.

У половини (52,5 %) жінок з вираженими психосоматичними розладами діагностовано первинне безпліддя, що достовірно вище ніж у пацієнок без таких розладів чи з незначними їх проявами

Достовірно найнижча ефективність ДРТ встановлена у жінок з вираженими психоемоційними розладами (23,0 % проти 46,1 та 37,9 % пацієнок без таких розладів та з невираженими порушеннями, у обох випадках  $p < 0,05$ ).

Встановлені фактори, пов'язані з розвитком психосоматичних розладів у жінок з трубно-перитонеальним безпліддям, які становлять групу ризику неефективності програм ДРТ. Отримані дані вказують на необхідність психо-діагностичного консультування, психологічного супроводу та відповідної корекції виявлених психосоматичних порушень у пацієнок, включених до програм ДРТ.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2017. – 516 с.
2. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: A systematic analysis of 277 health surveys / M.Mascarenhas, S.Fluxman, T.Boerma, S.Vanderpoel, G. Stevens // PLOS Medicine. – 2012. – V.9, # 12. – e1001356.
3. Chandra A. Infertility and Impaired Fecundity in the United States, 1982-2010: Data From the National Survey of Family Growth / Chandra, A., Copen, C.E., & Stephen, E.H.. National Health Statistics Reports. – 2013. - # 67. – P.1-19.
4. Допоміжні репродуктивні технології лікування безпліддя : навч.посібн. / за ред. Ф. В. Дахна, В. В. Камінського, О. М. Юзька. – К., 2011. – 338 с.
5. Рябова М.Г. Индивидуально-психологические особенности женщин с различными типами нарушения репродуктивной функции / М.Г. Рябова // Вестник ТГУ. – 2013. – №9 (125). – С.190–198.
6. Ермошенко Б. Г. Роль психологических факторов при бесплодии (обзор литературы) / Б. Г.Ермошенко, В. А. Крутова // Успехи со-

временного естествознания. – 2005. – №8. – С.17–20.

7. Бацилева О.В. Психология репродуктивного здоров'я: медико-психологічні та соціальні аспекти / О.В. Бацилева. – Донецьк: Донбас, 2011. – С. 34–35. – 236 с.

## РЕЗЮМЕ

### КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

КАМИНСКИЙ А.В.

**Цель исследования.** Установить клиничко-анамнестические особенности женщин с бесплодием и психосоматическими расстройствами. **Материалы и методы исследования.** Проведено обследование 233 женщин с трубно-перитонеальным фактором бесплодия, которые направлены на лечение бесплодия методами ВРТ. После проведения анкетирования женщин и консультации психолога все пациентки были разделены на 3 группы в зависимости от наличия и выраженности психосоматических расстройств: 1 группа - 32 женщины без выраженных психосоматических расстройств (13,7%); 2 группа - 140 женщин с психосоматическими расстройствами средней степени выраженности (60,1%); 3 группа - 61 женщина с выраженными психосоматическими расстройствами (26,2%). **Результаты исследования и их обсуждение.** Среди женщин с выраженными психосоматическими расстройствами достоверно большей была доля пациенток в возрасте старше 40 лет (23,0%). По социальному статусу статистически выше был процент служащих (44,3%) и меньше - работниц (13,1%). Отмечена также высокая частота негативных факторов внешней среды: курение почти у половины (47,5%) опрошенных и профессиональных вредностей - у трети (36,1%). Отмечена достоверно более высокая частота позднего менархе (14,8%) и альгодисменореи (26,2%) у женщин с выраженными психосоматическими расстройствами. Обнаружена высокая частота ко- и полиморбидности трубно-перитонеального бесплодия с другой гинекологической патологией. Суммарно чаще отмечались различные заболевания инфекционного генеза. У женщин с выраженными психосоматическими расстройствами достоверно чаще имел место эдометриоз (18,0%). Чаще всего среди соматических заболеваний отмечается патология желудочно-кишечного тракта (40,0%) и

ожирение (42,6%). У четверти женщин наблюдалась сердечно-сосудистая патология (24,5%). В 3 раза чаще отмечены эндокринные заболевания, преимущественно патология щитовидной железы (19,7%). У половины (52,5%) женщин с выраженными психосоматическими расстройствами диагностировано первичное бесплодие, достоверно выше у пациенток без таких расстройств или с незначительными их проявлениями. Достоверно самая низкая эффективность ВРТ установлена у женщин с выраженными психоэмоциональными расстройствами (23,0% против 46,1 и 37,9% пациенток без таких расстройств и с невыраженными нарушениями,  $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Установлены факторы, связанные с развитием психосоматических расстройств у женщин с трубно-перитонеального бесплодием, которые составляют группу риска неэффективности программ ВРТ. Полученные данные указывают на необходимость психо-диагностического консультирования, психологического сопровождения и соответствующей коррекции выявленных психосоматических нарушений у пациенток, включенных в программы ВРТ.

**Ключевые слова:** бесплодие, психосоматика, вспомогательные репродуктивные технологии, анамнез

## SUMMARY

### CLINICAL-ANAMNESTIC PECULIARITIES OF WOMEN WITH INFERTILITY AND PSYCHOSOMATIC DISORDERS

KAMINSKYI A.V.

**Purpose of the study.** Establish clinical and anamnestic features of women with infertility and psychosomatic disorders. **Materials and methods of research.** A survey of 233 women with a tubal peritoneal factor of infertility, which are aimed at treating infertility by ART. After conducting a questionnaire of women and consulting a psychologist, all patients were divided into 3 groups, depending on the presence and severity of psychosomatic disorders: 1 group - 32 women without severe psychosomatic disorders (13.7%); group 2 - 140 women with moderate psychosomatic disorders (60.1%); group 3 - 61 women with severe psychosomatic disorders (26.2%). **Results of the study and their discussion.** Among women with severe psychosomatic disorders, the proportion of patients over the age of 40 (23.0%) was significantly higher. According to the social status, the percentage

of employees (44.3%) and less - workers (13.1%) was statistically higher. A high frequency of negative factors of the environment was also noted: smoking in almost half (47.5%) of respondents and occupational hazards - in a third (36.1%). There was a significantly higher incidence of late menarche (14.8%) and algodismenorea (26.2%) in women with severe psychosomatic disorders. A high frequency of co-and polymorbidity of tubal-peritoneal infertility with another gynecological pathology was detected. Totally more often, various diseases of infectious genesis were noted. In women with severe psychosomatic disorders, edometriosis (18.0%) was significantly more likely. Most often among somatic diseases there is a pathology of the gastrointestinal tract (40.0%) and obesity (42.6%). A quarter of the women had cardiovascular pathology (24.5%). In 3 times more often endocrine diseases are noted, mainly the pathology of the thyroid gland (19.7%). At half (52.5%)

of women with severe psychosomatic disorders, primary infertility is diagnosed, significantly higher in patients without such disorders or with minor manifestations. Significantly, the lowest efficacy of ART was found in women with severe psychoemotional disorders (23.0% versus 46.1% and 37.9% of patients without such disorders and with non-expressed disorders,  $p < 0.05$ ).

**Conclusions.** Factors associated with the development of psychosomatic disorders in women with tubal peritoneal infertility are identified, which constitute a risk group for the ineffectiveness of ART programs. The data obtained indicate the need for psycho-diagnostic counseling, psychological support and appropriate correction of identified psychosomatic disorders in patients included in ART programs.

**Key words:** infertility, psychosomatics, assisted reproductive technologies, anamnesis