

УДК 159.9

ОСОБЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Анисимова Ксения Анатольевна

соискатель

Российский государственный социальный университет, Москва

ksushalka@yandex.ru

Аннотация. В данной статье рассмотрены психоэмоциональные и личностные особенности беременных женщин с диагнозами «артериальная гипертензия» и «невынашивание беременности». Выявлены психологические предпосылки возникновения данных заболеваний в виде завышенного уровня ситуативной и личностной тревожности, а также отношения к будущему ребенку и семейной жизни. На сегодняшний день весьма мало данных о состоянии когнитивного статуса во время физиологически протекающей беременности. Оценке состояния когнитивных функций были посвящены лишь единичные исследования, проведенные на фоне развития их яркой клинической симптоматики.

Ключевые слова: когнитивные функции; беременность; артериальная гипертензия; тревожность; память.

FEATURES OF SOME COGNITIVE FUNCTIONS AT PREGNANCY WITH GIPERTENSION COMPLICATIONS

Anisimova Ksenia Anatolyevna

post-graduate student

Russian state social university, Moscow

Abstract. In this article psychoemotional and personal features of pregnant women with diagnoses «arterial hypertension» are considered. Psychological preconditions of emergence of these diseases in the form of the overestimated level of situational and personal uneasiness, and also the attitude towards future child and family life are revealed. Today there aren't enough data on a condition of the cognitive status during physiologically proceeding pregnancy. Only single researches conducted against development of their bright clinical symptomatology were devoted to an assessment of a condition of cognitive functions.

Key words: cognitive functions; pregnancy; arterial hypertension; uneasiness; memory.

В последнее время значительно возросло количество беременных женщин, у которых течение физиологической беременности осложнено артериальной гипертензией, что является значимой медико-социальной проблемой. При возникновении синдрома артериальной гипертензии во время беременности у женщин сильнее снижается уровень когнитивных функций, что, несомненно, приводит к ухудшению качества жизни и еще большему возрастанию уровня тревоги.

В своей книге «Проблема причинности в медицине (этиология)» И.В. Давыдовский писал, что гипертоническая болезнь – это болезнь образа жизни современного человека. С этой точки зрения АГ рассматривается как психосоматическое заболевание, в основе которого помимо соматических предпосылок, большую роль играют психологические и социальные факторы.

В исследовании принимали участие 177 пациенток ФГБУ «Научно-исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» в возрасте от 18 до 50 лет. Средний возраст составил 32 года. 83 пациентки имеют высшее образование; 86 – состоят в официальном браке. Все пациентки были разделены на три группы:

1. Женщины без диагнозов «хроническая артериальная гипертензия» и «гестационная артериальная гипертензия» – «условно здоровые» – 54 человека;
2. Женщины с диагнозом «хроническая артериальная гипертензия» – 60 человек;
3. Женщины с диагнозами «гестационная артериальная гипертензия» и «хроническая артериальная гипертензия» – 63 человека.

Выборки соотносимы по возрастному и образовательному составу и значимо не различались по данным показателям (оценка по критерию t-Стьюдента).

Для оценки уровня сохранности оперативной памяти и когнитивного статуса использовались следующие методики:

1. Методика «Шкалы» – кратковременная память, устный счет;

2. Методика «10 слов» – исследование процессов памяти: запоминание, сохранение и воспроизведение;
3. MMSE (Mini-Mental State Examination) – краткая шкала оценки психического статуса с оценкой сохранности зрительно-пространственной деятельности.

Для диагностики психоэмоционального состояния были использованы следующие методики:

1. Тест Спилбергера-Ханина – диагностика уровня личностной и ситуативной тревожности;
2. Методика изучения акцентуаций личности К. Леонгарда (модификация С. Шмишека) – диагностика типа акцентуации личности;
3. Тест LSI (Life style index) Келлермана-Плутчика-Конте – выявление особенностей функционирования механизмов психологической защиты индивида;

Тестирование проводилось 4 раза: в 1, 2, 3 триместрах беременности и через 3 месяца после родоразрешения.

Целью исследования была оценка динамики уровня сохранности оперативной памяти и когнитивного статуса в каждой отдельно взятой группе, сравнение групп между собой, а также выявление взаимосвязи между возникновением у беременных женщин таких диагнозов как «невынашивание беременности», «артериальная гипертензия» и их психоэмоциональных, личностных особенностей и отношения к семейной жизни и будущему ребенку.

При сравнении результатов, полученных при проведении когнитивной методики «Шкалы» во всех группах статистически значимых различий выявлено не было, $t = 0,5$. Среднее значение для группы «Женщины без диагнозов «хроническая артериальная гипертензия» и «гестационная артериальная гипертензия»» составило 9,125, для групп «женщины с диагнозом хроническая артериальная гипертензия и гестационная артериальная гипертензия» – 9.

В результате оценки динамики уровня оперативной памяти и устного счета в группе женщин без диагнозов ГАГ и ХАГ на протяжении трех

триместров были выявлены статистически значимые различия (использован t-критерий Стьюдента). В обеих группах отмечалось постепенное снижение когнитивных функций на протяжении 3-х триместров.

При обследовании женщин из этой же группы спустя три месяца после родоразрешения было выявлено восстановление данной когнитивной функции до уровня 1-го триместра. При статистическом сравнении данных 1-го триместра и данных, полученных спустя 3 месяца после родоразрешения значимых различий выявлено не было, t-критерий Стьюдента составил 0,5 и находится в зоне незначимости.

При сопоставлении данных по оценке когнитивных функций беременных женщин с диагнозом «хроническая артериальная гипертензия» и женщин из групп с диагнозом «гестационная артериальная гипертензия» и женщин без данных диагнозов были выявлены существенные различия (t-критерий Стьюдента). Так же отмечается более сильное снижение оперативной памяти у беременных женщин с диагнозом «гестационная артериальная гипертензия» и «хроническая артериальная гипертензия»

Например, если во 1-м триместре для группы женщин без диагнозов ГАГ и ХАГ по методике «Шкалы» среднее значение составляло 9, то во 2-м триместре данный показатель снизился на 6,6 % и составил 8,4.

При анализе достоверности различия данных с помощью t-критерия Стьюдента, при $p \leq 0,01$, получено $t = 2,7$, что находится в зоне значимости. В 3-м триместре средний показатель по данной методике снизился еще на 13,6 % и составил 7,25. t-критерий Стьюдента равен 4,5, что также находится в зоне значимости. Для группы пациенток с диагнозом ГАГ и ХАГ среднее значение по данной методике в 1-м триместре составило 9, однако, во 2-м триместре данный показатель снизился на 23,3 % и составил 6,8, $t = 8,8$. В 3-м триместре в группе пациенток с диагнозом ГАГ и ХАГ среднее значение по методике «Шкалы» снизилось еще на 17,6 % и составило 5,6. За весь период беременности функции памяти у пациенток из группы женщин без диагноза ГАГ и ХАГ снизились на 20,2 %, а в группе с диагнозами ХАГ и ГАГ на 40 %. При обследовании пациенток из группы с диагно-

зом ГАГ через 3 месяца после родоразрешения среднее значение составило 7,6, что свидетельствует о восстановлении функций оперативной памяти и устного счета на 84 %, а у пациенток из группы с диагнозом ХАГ – 7,9, что говорит о восстановлении данной функции на 87 %.

Здесь мы видим более сильное снижение функций памяти у пациенток группы с диагнозом ГАГ и более медленное их восстановление, чем у пациенток из групп с диагнозом ХАГ. Наиболее быстрое восстановление функций оперативной памяти и устного счета мы видим у пациенток из группы без диагнозов ХАГ и ГАГ.

При оценке результатов по методике «10 слов» различий между группами в 1-м триместре не выявлено, $t = 0,5$, среднее значение 9,3. Однако, во 2-м триместре для группы женщин без диагнозов ХАГ и ГАГ среднее значение составило 8,3; при сравнении с данными 1-го триместра $t = 5,3$, что показывает снижение памяти на 10,7 %. В группах с диагнозами ГАГ и ХАГ память снизилась на 21,5 %, среднее значение составило 7,3; $t = 6,7$. В 3-м триместре в группе без диагнозов ХАГ и ГАГ память снижается еще на 6 %, среднее значение составляет 7,8; $t = 3,7$, а в группах с диагнозом ХАГ и ГАГ на 12,3 %, среднее значение 6,4, $t = 3,3$. Через 3 месяца после родов в группе без диагнозов ХАГ и ГАГ функции памяти восстановились до уровня 1-го триместра, среднее значение 9, $t = 1,5$ (зона незначимости) при сравнении с данными за 1-й триместр. В группе с ГАГ функции памяти восстановились на 84 %, среднее значение 7,8, $t = 7,5$, а в группе с диагнозом ХАГ – на 87 %, среднее значение – 7,9. За весь период беременности функции памяти снизились на 32,2 %, в группе без диагнозов ХАГ и ГАГ и на 33,8 % в группах с диагнозами ХАГ и ГАГ.

При оценке динамики психического статуса в 1-м триместре между группами статистически значимых различий выявлено не было. Среднее значение составило 28,5, $t = 0,2$. Во 2-м триместре в группе женщин без диагнозов ХАГ и ГАГ среднее значение снижается до 28, что говорит о снижении психического статуса на 1,7. В 3-м триместре происходит снижение еще на 1,07 %; среднее значение составило 27,3, $t = 2,9$. В группе с

диагнозами ХАГ и ГАГ среднее значение во 2-м триместре составило 27,7, $t = 3,4$. Когнитивные функции снизились на 4,2 %. В 3-м триместре снижение составило еще 3,2 %, среднее значение 26,8, $t = 3,1$. Через 3 месяца после родов в группе без диагнозов ГАГ и ХАГ когнитивные функции восстановились до уровня 1-го триместра: среднее значение 28,48, $t = 1$, статистически значимой разницы не выявлено. В группе с ГАГ среднее значение составило 27,9, функции восстановились на 97,8 %, а в группе с диагнозом ХАГ среднее значение – 28,2; функции восстановилась на 98 %. Отсюда видно, что наиболее медленное восстановление психического статуса происходит у женщин из группы с диагнозом ГАГ, а более быстрое и полное у пациенток без диагнозов ГАГ и ХАГ.

Таким образом, мы видим, что на протяжении беременности происходит плавное снижение функций оперативной памяти и когнитивного статуса с их полным восстановлением в течение 3 месяцев после родоразрешения в группе женщин без диагнозов ГАГ и ХАГ. В группе женщин с диагнозами ГАГ и ХАГ отмечается более сильное снижение познавательных функций с более медленным их последующим восстановлением, особенно в группе с диагнозом ГАГ.

При оценке психоэмоционального состояния и личностных особенностей пациенток на протяжении беременности статистически подтвержденной динамики выявлено не было. Однако, между группами были выявлены существенные различия по такому показателю как «ситуативная тревожность». В группе женщин с диагнозом ГАГ был выявлен более высокий уровень ситуативной тревожности, среднее значение составило 42,7, тогда как в группе с ХАГ этот показатель равен 30,7, а в группе «условно здоровых» 28,6, $t = 2,8$.

Таким образом, можно предположить, что чрезмерно повышенный уровень ситуативной тревожности может усугублять и провоцировать возникновение таких диагнозов как гестационная артериальная гипертензия у беременных.

Список использованных источников

1. Айвазян Е.Б. Развитие телесного и эмоционального опыта женщины в период беременности. Дис. ...канд. психол. наук. М., 2005.
2. Баженова О.В., Баз Л.Л., Копыл О.А. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка // Синапс. 1993. № 4. С. 35-42.
3. Бодалев А.А. О человеке в экстремальной ситуации. Эмоциональная и интеллектуальная составляющая отношения в выборе поведения // Мир психологии. 2002. № 4. С. 127-134.
4. Боровикова Н.В. Психологические аспекты трансформации Я-концепции беременной женщины // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей. СПб, 1999.
5. Боровикова Н.В. Условия и факторы продуктивного развития Я-концепции беременной женщины. Автореф. дис. ...канд. наук. М., 1987.
6. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Динамика психологического состояния женщин во время беременности и после родов // Вопр. психол. 2002. № 1. С. 59-68.
7. Варга А.Я. Структуры и типы родительского отношения. Автореф. ...канд. психол. наук. М., 1987. 21 с.
8. Давыдовский И.В. Проблема причинности в медицине (этиология). М., 1962.
9. Джонсон Р.А. Она: глубинные аспекты женской психологии. М., 2008.
10. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб., 2010. С. 60-97.
11. Скрицкая Т.В., Дмитриева Н.В. Особенности психологического реагирования и системы ценностных ориентаций женщин в период беременности. Новосибирск, 2002.
12. Филиппова Г.Г. Перинатальная психология и психология родительства – новая область исследования психологии // Журн. практического психолога. 2003. № 4-5.

Впервые данная статья была опубликована в сборнике материалов IV Международной научно-практической конференции «Современная наука: тенденции развития» (26 марта 2013 г., Краснодар).