

УДК 618.3-039-06:616.36-002:159.9

## Ю.М. Запопадна

# Особливості психічного стану вагітних із HCV-інфекцією

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ

Ukrainian Journal Health of Woman. 2024. 4(173): 40-45; doi: 10.15574/HW.2024. 4(173).4045

**For citation:** Запопадна ЮМ. (2024). Peculiarities of the psychological state of pregnant women with HCV infection. Ukrainian Journal Health of Woman. 4(173): 40-45; doi: 10.15574/HW.2024. 4(173).4045**Мета** — встановити особливості психологічного статусу вагітних із HCV-інфекцією для профілактики їх порушення в прегравідарний період.**Матеріали та методи.** Проведено проспективне оцінювання психологічного статусу 100 пацієток, поділених на дві групи: основна група (ОГ) — 60 вагітних із хронічним гепатитом С (HCV-інфекцією) у фазі реактивації (з наявністю позитивного результату методом імуноферментного аналізу на анти-HCV), контрольна група (КГ) — 40 здорових вагітних. Вагітним запропоновано попрацювати з опитувальниками за такими методиками: оцінювання параметрів рівня тривожності (HARS) за Гамільтоном, тест Спілбергера–Ханіна, опитувальник якості життя (ЯЖ) SF-36. Статистичну обробку результатів досліджень проведено з використанням стандартних програм «Microsoft Excel 5.0» і «Statistica 8.0». Статистично значущими прийнято відмінності за  $p < 0,05$ .**Результати.** У I триместрі вагітні з HCV-інфекцією мали підвищений рівень тривожності (Me (Q1–Q2)) як соматичної (4,0 (0,5–6,0) та 0,0 (0,0–1,5), відповідно до КГ); психічної (4,0 (2,5–6,0) та 1,0 (0,0–2,0), відповідно); нейровегетативної (2,0 (1,0–4,0) та 0,0 (0,0–2,0), відповідно); так і в сукупності сумарної тривожності (12,0 (5,0–15,5) та 2,0 (0,0–5,0), відповідно). У II триместрі зберігалася достовірна різниця сумарної тривожності (10,0 (6,0–15,0) та 6,0 (2,0–11,0), відповідно) у вагітних із HCV-інфекцією при порівнянні зі здоровими вагітними за всіма параметрами, особливо за рахунок психічного компонента (4,0 (2,0–7,0) та 1,0 (0,0–3,0), відповідно). У III триместрі високий рівень відмінностей був виявлений лише за психічним компонентом, який за медіаною у 2 рази перевищував рівень психічної тривожності у вагітних ОГ (4,0 (1,0–6,0) та 2,0 (0,0–3,0), відповідно); відзначалося зниження сумарної оцінки ЯЖ (46,0 (42,0–51,0) та 52,0 (46,0–56,5), відповідно за всіма параметрами), крім оцінки сім'ї (8,0 (6,0–8,0) та 8,0 (7,0–8,0)).**Висновки.** HCV-інфекція в період вагітності є фактором ризику розвитку тривожності та характеризується підвищенням рівня тривожності та зниженням ЯЖ протягом усієї вагітності, особливо за рахунок психічного компонента, що вказує на необхідність вивчення взаємозв'язку між цими факторами та частотою ускладнень перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду, а також стану новонароджених у цих жінок і можливих шляхів коригування психологічного статусу для зменшення частоти акушерських і перинатальних ускладнень у прегравідарний період.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом зазначеної в роботі установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінок.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

**Ключові слова:** вагітність, HCV-інфекція, психологічний статус, рівень тривожності (HARS) за Гамільтоном, оцінка самопочуття, активності та настрою, якість життя.

## Peculiarities of the psychological state of pregnant women with HCV infection

Y.M. Zapopadna

Shupyk National University of Healthcare of Ukraine, Kyiv

**Aim** — to establish the peculiarities of the psychological status of pregnant women with HCV infection in order to prevent their disorders in the pre-pregnancy period.**Materials and methods.** A prospective assessment of the psychological status of 100 patients, divided into two groups, was carried out: the Main group (MG) — 60 pregnant women with chronic hepatitis C (HCV infection) in the reactivation phase (with a positive result by the enzyme immunoassay method for anti-HCV), the control group (CG) — 40 healthy pregnant women. Pregnant women were offered to work with questionnaires using the following methods: assessment of parameters of the level of anxiety (HARS) according to Hamilton, assessment of well-being, activity and mood, questionnaire of quality of life SF-36. Statistical processing of research results was carried out using standard programs «Microsoft Excel 5.0» and «Statistica 8.0». Differences at  $p < 0.05$  are considered statistically significant.**Results.** In the I trimester, pregnant women with HCV infection had an increased level of anxiety (Me (Q1–Q2)) as somatic (4.0 (0.5–6.0) and 0.0 (0.0–1.5), respectively CG); mental (4.0(2.5–6.0) and 1.0 (0.0–2.0), respectively); 0 (0.0–2.0), respectively. In the II trimester, there was a significant difference in total anxiety (10.0 (6.0–15.0) and 6.0 (2.0–11.0)), respectively, in pregnant women with HCV infection when compared with healthy pregnant women in all parameters, especially due to the mental component (4.0 (2.0–7.0) and 1.0 (0.0–3.0)), respectively. In the III trimester, a high level of differences was found only in the mental component, which on the median was 2 times higher than the level of mental anxiety in pregnant MG (4.0 (1.0–6.0) and 2.0 (0.0–3, 0)), respectively; there was a decrease in the total quality of life (46.0 (42.0–51.0) and 52.0 (46.0–56.5)), respectively, in all parameters, except for the family assessment (8.0 (6.0–8.0) and 8.0 (7.0–8.0)).**Conclusions.** HCV infection during pregnancy is a risk factor for the development of anxiety and is characterized by an increase in the level of anxiety and a decrease in the quality of life throughout pregnancy, especially due to the mental component, which indicates the need to study the relationship between these factors and the frequency of complications during pregnancy, childbirth and postpartum period, as well as the condition of newborns in these women and possible ways of correcting the psychological status to reduce the frequency of obstetric and perinatal complications in the pre-gravid period.

The study was carried out in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki. The study protocol was adopted by the Local Moral Committee of the institution indicated in the work. Informed consent was obtained from the women for the study.

No conflict of interests was declared by the author.

**Keywords:** pregnancy, HCV infection, psychological status, anxiety level (HARS) according to Hamilton, assessment of well-being, activity and mood, quality of life.a

## Вступ

На сьогодні недостатньо вивчені питання впливу хронічних вірусних гепатитів (ХВГ) на соціальне функціонування людини та якість її життя. Важливого значення в цьому плані набуває вивчення порушень психічної сфери в цього контингенту хворих [2,5].

Хворі на ХВГ можуть страждати як від соматичних симптомів, зумовлених перебігом хронічного захворювання (зниження апетиту, біль у животі, свербіж, підвищена стомлюваність), так і від психоемоційних порушень (депресії, зниження сексуальної активності, почуття самотності, безвиході). До цієї клінічної симптоматики додаються проблеми соціальної взаємодії, якості життя (ЯЖ) хворих [1,11,12,17,19].

Одним із популярних методів, що дають змогу оцінити психологічний стан пацієнтів, є суб'єктивне визначення ЯЖ. Концепція ЯЖ виникла у 60-х роках ХХ ст. і була пов'язана з вивченням соціальних психологічних умов існування людини в індустріальному суспільстві. У 70-ті роки з'явилося нове поняття цієї категорії – ЯЖ, пов'язана зі здоров'ям. Під ЯЖ Всесвітня організація охорони здоров'я розуміє «сприйняття людьми свого становища в контексті культуральних ціннісних орієнтацій відповідно до їхніх цілей, очікувань, стандартів і турбот» [24].

Єдиних критеріїв і стандартних норм ЯЖ не існує. Кожний опитувальник має певні критерії та шкалу оцінки. Нині є понад 1000 опитувальників, що визначають різні категорії ЯЖ. Традиційним для соматичної медицини є опитувальник SF-36. Розробляються специфічні опитувальники для пацієнтів із соматичною патологією. Так, наприклад, для хворих із ХВГ розроблено опитувальник визначення індексу ЯЖ для пацієнтів із хронічними захворюваннями печінки (CLDQ) [4,9,13,15,23].

У зниженні ЯЖ і розвитку психічних розладів у хворих на ХВГ не можна нівелювати роль стресу та емоційної пригніченості, які виникають при хронічному захворюванні. Діагноз ХВГ сам по собі може становити значний психологічний та емоційний тягар, навіть за відсутності значного ураження печінки і проведення противірусної терапії. Багато дослідників зазначають, що жінки із HCV-інфекцією мають зв'язок із втому, депресією та когнітивними порушеннями, навіть за відсутності вираженого фіброзу або ци-

розу печінки і підвищення рівня амінотрансфераз [3,6,7,18]. У дослідженні негативного впливу HCV-інфекції встановлено, що пацієнти вважають її основною стресовою подією, значно меншою за смерть близьких і розлучення, але більшою за звільнення з роботи та втрату будинку. Пацієнти ставили HCV-інфекцію на друге місце після ВІЛ-інфекції та раку, випереджаючи такі соматичні захворювання, як цукровий діабет та артеріальна гіпертензія [8,25].

Вищезазначені факти слід враховувати під час проведення психологічної підтримки та психотерапевтичної корекції у хворих на ХВГ. Встановлено, що найбільш прийнятним видом для хворих із HCV-інфекцією є індивідуальна психотерапія (83%) порівняно з іншими видами психологічної підтримки (бібліотерапія (61%), фармакотерапія (56%), онлайн-терапія (45%) і групова психотерапія (37%)) [21].

Незважаючи на численні дослідження з вивчення ЯЖ і психічного здоров'я у хворих на HCV-інфекцію, будь-які публікації з вивчення психологічного статусу у вагітних у зарубіжній літературі донедавна були відсутні. Лише нещодавно опублікована перша робота F. Zhou та співавт. (2015) щодо визначення тривожності та стресу у вагітних із хронічним гепатитом В у Китаї [26].

Отже, можна зробити висновок, що психопатологічні прояви при вірусних гепатитах можуть варіювати від мало виражених проявів астенії та загально соматичних нездужань, що формують синдром хронічної втоми, до виражених депресивних розладів. Зниження соціальної підтримки визначає широкий спектр психологічних проблем. ЯЖ у вагітних із HCV-інфекцією нижча, ніж у здорових осіб. Індивідуальна психотерапія, освітні заходи – найприйнятніший метод для таких пацієнтів.

Враховуючи вищезазначене, для оптимізації тактики ведення вагітних із HCV-інфекцією необхідним є вивчення психологічного здоров'я, а також факторів, що призводять до зниження ЯЖ і підвищення рівня тривожності в період вагітності.

**Мета** дослідження – встановити особливості психологічного статусу вагітних із HCV-інфекцією для профілактики їх порушення в прегравідарний період.

## Матеріали та методи дослідження

Дослідження виконано за матеріалами історій вагітностей КНП «Київський міський

центр репродуктивної та перинатальної медицини» у період 2021–2024 рр. Проведено проспективне оцінювання психологічного статусу 100 пацієнток, поділених на дві групи: основна група (ОГ) — 60 вагітних із хронічним гепатитом С (НСV-інфекцією) у фазі реактивації (з наявністю позитивного результату методом імуноферментного аналізу на анти-НСV), контрольна група (КГ) — 40 здорових вагітних.

Інтенсивність рівня тривожності у вагітних жінок із НCV-інфекцією оцінено за допомогою шкали тривоги Гамільтона (Hamilton anxiety rating scale — HARS) [20]. Опитувальник включає 14 визначених симптомів, кожний з яких оцінюють за базовою числовою оцінкою від 0 (немає) до 4 (тяжкий). При цьому сумарний показник балів  $>17/56$  вказує на легку тривожність; 25–30 характеризує помірнотяжкий прояв тривожності [22].

Тест Спілберґера–Ханіна дає змогу оцінити показник особистісної тривожності, що визначається індивідуальними рисами характеру та відображає стале самовідчуття людини в різноманітних повсякденних ситуаціях, а також реактивну тривожність, яка відображає стан суб'єкта в момент дії загрозового фактора, що й викликає конкретний ступінь страху, нервозності та дискомфорту [10]. Опитувальник допомагає оцінити кожний із компонентів тривожності диференційовано та розподілити пацієнток за відповідними рівнями, зокрема, показник до 30 балів відповідає низькому рівню тривожності, 31–45 балів — середньому, 46 балів і більше — високому рівню тривожності.

За інтегральний показник, що відображає різні аспекти фізичного, психічного, соціального, економічного та емоційного стану пацієнта, взято поняття ЯЖ. Кількісну та якісну оцінку його визначено за допомогою опитувальника «SF-36 Health Status Survey» (SF-36), що повністю адаптований та широко використовується в Україні в різних біомедичних дослідженнях [14].

Порівняльний аналіз кількісних даних, відповідних закону нормального розподілу, проведено за допомогою розрахунку параметричних показників t-критерію Стьюдента, їх описано у вигляді середньої величини (M), стандартного відхилення (SD), стандартної помилки середнього (m). Парні порівняння проведено за допомогою тесту Вілкоксона і скориговано для множинних порівнянь за методом У. Нохберґа (1988) з виконанням процеду-

ри Бонферроні для кількох значущих тестів. Опис кількісних ознак, які не відповідають закону нормального розподілу, наведено у вигляді медіани та інтерквартильного розмаху Me (Q1–Q2). Порівняння двох незалежних вибірок виконано із застосуванням критерію Манна–Вітні, трьох і більше — критерію Краскела–Волліса. Під час множинних попарних порівнянь вибірок досягнутий у дослідженні рівень значущості скориговано з урахуванням виправлення Бонферроні. Порівняння кількісних ознак динаміці оцінено за допомогою критерію Вілкоксона [16].

Статистично значущими прийнято відмінності за  $p < 0,05$ . Графічне відображення результатів здійснено за допомогою засобів програмного пакету «Microsoft Office».

Дослідження виконано згідно з принципами Гельсінської декларації, а також із дотриманням відповідних законодавчих норм і вимог щодо клінічних/біомедичних досліджень. Протокол дослідження ухвалено Локальним етичним комітетом установи. На проведення досліджень отримано інформовану згоду жінок.

## Результати дослідження та їх обговорення

У зв'язку з тим, що тривожність є найбільш чутливим компонентом розладів адаптації, а ЯЖ — основним параметром оцінювання соціального рівня дезадаптації, становить інтерес вивчення насамперед саме цих показників у вагітних із НCV-інфекцією.

Аналіз рівня тривожності за шкалою Гамільтона у вагітних із НCV-інфекцією при порівнянні з групою здорових вагітних наведено в таблиці 1. У I триместрі вагітні з НCV-інфекцією при порівнянні з практично здоровими вагітними мали підвищений рівень тривожності (Me (Q1–Q2)) як соматичної (4,0 (0,5–6,0) та 0,0 (0,0–1,5), відповідно;  $p < 0,001$ ), психічної (4,0 (2,5–6,0) та 1,0 (0,0–2,0), відповідно;  $p < 0,001$ ), нейровегетативної (2,0 (1,0–4,0) та 0,0 (0,0–2,0), відповідно;  $p = 0,001$ ), так і в сукупності сумарної (12,0 (5,0–15,5) та 2,0 (0,0–5,0), відповідно;  $p < 0,001$ ).

У II триместрі зберігалася статистично значуща різниця сумарної тривожності (10,0 (6,0–15,0) та 6,0 (2,0–11,0), відповідно;  $p < 0,001$ ) у вагітних із НCV-інфекцією при порівнянні зі здоровими вагітними за всіма параметрами, особливо за рахунок психічного компонента (4,0 (2,0–7,0) та 1,0 (0,0–3,0), відповідно;  $p < 0,001$ ).

Таблиця 1

## Кількісні характеристики рівня тривожності в обстежених жінок під час вагітності (Me)

Параметр HARS	I триместр		II триместр		III триместр	
	ОГ (n=60)	КГ (n=40)	ОГ (n=60)	КГ (n=40)	ОГ (n=60)	КГ (n=40)
Нейровегетативний	2,0 (1,0–4,0)	0,0 (0,0–2,0)	2,0 (1,0–4,0)	0,0 (0,0–2,0)	2,0 (1,0–4,0)	0,0 (0,0–2,0)
Психічний	4,0 (2,5–6,0)*	1,0 (0,0–2,0)	4,0 (2,0–7,0)*	1,0 (0,0–3,0)	4,0 (1,0–6,0)*	2,0 (0,0–3,0)
Соматичний	4,0 (0,5–6,0)*	0,0 (0,0–1,5)	3,0 (1,5–2,5)	0,0 (0,0–1,5)	3,0 (1,5–2,5)	0,0 (0,0–1,5)
Сумарний	12,0 (5,0–15,5)*	2,0 (0,0–5,0)	10,0 (6,0–5,0)*	6,0 (2,0–11,0)	9,0 (4,0–15,0)	5,0 (2,0–10,5)

Примітка: \* — достовірність до КГ  $p < 0,001$ .

Таблиця 2

## Кількісні характеристики рівня тривожності в обстежених жінок під час вагітності (Me)

Оцінка ЯЖ	I триместр		II триместр		III триместр	
	ОГ n=60	КГ n=40	ОГ n=60	КГ n=40	ОГ n=60	КГ n=40
Загальна	46,0 (40,0–49,5)*	53,0 (47,5–57,0)	46,0 (40,0–0,0)*	6,0 52,0 (47,0–56,0)	46,0 (42,0–51,0)*	52,0 (46,0–56,5)

Примітка: \* — достовірність до КГ  $p < 0,001$ .

У III триместрі зберігалася статистична значущість у досліджуваних групах вагітних за рівнем сумарної тривожності (9,0 (4,0–15,0) та 5,0 (2,0–10,5), відповідно;  $p=0,003$ ). Однак високий рівень відмінностей був виявлений лише за психічним компонентом, який за медіаною удвічі перевищував рівень психічної тривожності у вагітних ОГ (4,0 (1,0–6,0) та 2,0 (0,0–3,0), відповідно;  $p < 0,001$ ).

Результати аналізу ЯЖ у вагітних із HCV-інфекцією наведено в таблиці 2.

У I триместрі вагітності відзначалися нижчі показники рівня ЯЖ у вагітних із HCV-інфекцією порівняно зі здоровими вагітними (46,0 (40,0–49,5) та 53,0 (47,5–57,0), відповідно); за рахунок низької оцінки матеріального (12,0 (10,5–13,0) та 14,5 (12,5–15,5), відповідно;  $p < 0,001$ ) і соціального (11,0 (9,0–12,0) та 12,5 (12,0–14,5), відповідно;  $p=0,001$ ) статусу. За отриманими результатами, у I триместрі вагітності сумарна оцінка ЯЖ (Me (Q1–Q2)) у вагітних із HCV-інфекцією була нижчою, ніж у здорових.

У II триместрі сумарна оцінка ЯЖ у вагітних із HCV-інфекцією була також нижчою, ніж у здорових вагітних (46,0 (40,0–50,0) та 52,0 (47,0–56,0), відповідно;  $p < 0,001$ ). Однак, крім перелічених вище відмінностей в оцінках матеріального і соціального стану в I триместрі, додалися відмінності в оцінках психічного статусу (15,0 (13,0–17,0) та 18,0 (15,0–20,0), відповідно;  $p < 0,001$ ). У III триместрі всі ці відмінності зберігалися: відзначалося зниження сумарної оцінки ЯЖ (46,0 (42,0–51,0)

та 52,0 (46,0–56,5), відповідно;  $p < 0,001$ ) у вагітних із HCV-інфекцією порівняно зі здоровими за всіма параметрами, крім оцінки сім'ї (8,0 (6,0–8,0) та 8,0 (7,0–8,0), відповідно;  $p=0,069$ ).

Зниження оцінки ЯЖ у вагітних із HCV-інфекцією при порівнянні зі здоровими відбувалося за переважною більшістю оцінюваних параметрів. У I триместрі вагітності звертає увагу зниження оцінки становища в суспільстві ( $p=0,002$ ), душевного спокою ( $p=0,003$ ), житлових умов ( $p=0,010$ ), харчування ( $p=0,019$ ). Особливо низькою була оцінка здоров'я ( $p < 0,001$ ) та матеріального становища ( $p < 0,001$ ).

У II триместрі зберігалася зниження та статистично значущі відмінності за осями: здоров'я ( $p < 0,001$ ) і матеріального становища ( $p=0,007$ ), душевного спокою ( $p < 0,001$ ), харчування ( $p=0,036$ ), житлових умов ( $p=0,042$ ). Відзначалися незначні відмінності в оцінці становища в суспільстві ( $p > 0,05$ ). Однак з'явилися виражені відмінності за параметрами психічного фактора: духовні потреби ( $p < 0,001$ ), спілкування з друзями ( $p=0,005$ ), розвага ( $p=0,003$ ), відпочинок ( $p=0,013$ ).

У III триместрі, як і у II триместрі, відзначалося зниження, найбільш значуще щодо здоров'я ( $p < 0,001$ ), душевного спокою ( $p < 0,001$ ), духовних потреб ( $p < 0,001$ ), розваг ( $p=0,027$ ), матеріального стану ( $p=0,02$ ), харчування ( $p=0,009$ ), житлових умов ( $p=0,011$ ).

Аналіз дослідження, проведеного за шкалою Спілбергера–Ханіна у III триместрі в обстежених пацієнток, показав таку динаміку змін по-

Таблиця 3

**Загальна оцінка тривожності за шкалою Спілбергера–Ханіна в обстежених пацієнток у III триместрі вагітності, абс. (%)**

Рівень тривожності (бали)	Кількість пацієнток із відповідним рівнем тривожності			
	особистісна тривожність		реактивна тривожність	
	ОГ (n=60)	КГ (n=40)	ОГ (n=60)	КГ (n=40)
30 балів (низький)	13 (21,7)*	33 (82,5)	14 (23,3)*	35 (87,5)
31–45 балів (середній)	32 (53,3)*	7 (17,5)	28 (46,7)*	5 (12,5)
≥46 балів (високий)	15 (25,0)	–	18 (30,0)	–

Примітка: \* — достовірність до КГ  $p < 0,05$ .

казників особистісної та реактивної тривожності (табл. 3).

За отриманими даними виявлено тенденцію до достовірного підвищення високого показника як особистісної, так і реактивної тривожності в пацієнток із НСV-інфекцією в III триместрі вагітності — середній рівень (31–45 балів): особистісної тривожності становив 32 (53,3%) в ОГ проти 7 (17,5%) випадків у КГ ( $p < 0,05$ ); реактивної тривожності — 28 (46,7%) випадків проти 5 (12,5%) випадків, відповідно ( $p < 0,05$ ). Цей рівень тривожності визнається як оптимальний, адже забезпечує адекватну реакцію та адаптацію до стресогенних факторів. Поряд з тим, в ОГ була значна частка пацієнток із високим рівнем (≥46 балів) — 15 (25,0%) і 18 (30,0%) жінок за відсутності цього рівня тривожності в пацієнток КГ, що може свідчити про недостатньо критичну оцінку власного стану та оточення, що може впливати в недостатньо ефективну реакцію на відповідний подразник. Це свідчить на користь твердження, що в пацієнток ОГ спостерігається виражена стресорна реакція організму, що може виступати фоном і передумовою розвитку різних ускладнень перебігу вагітності та пологів і потребує корекції в прегравідарний період і протягом вагітності.

Визначено високий рівень сполученості підвищення тривожності та зниження ЯЖ у вагітних із НСV-інфекцією ( $\chi^2=30,70$ ;  $p < 0,001$ ).

Отже, психометричне тестування в обстеженні вагітних із НСV-інфекцією дало змогу оцінити стан їхнього психічного здоров'я та порівняти його з групою здорових вагітних. У вагітних із НСV-інфекцією при порівнянні зі здоровими відзначалося підвищення рівня тривожності: у I та II триместрах — за рахунок нейровегетативної, психічної та соматичної, а у III триместрі — переважно за рахунок психічного компонента. Оцінка ЯЖ у вагітних із НСV-інфекцією була нижчою порівняно зі здоровими, у всі періоди гестації: у I триместрі найбільш зниженими

були соціальний та матеріальний параметри, з II триместру — придушення психічного статусу за рахунок низької оцінки стану здоров'я, душевного спокою та духовних потреб.

Слід зазначити, що шкала тривожності Гамільтона (HARS) є простим і ефективним інструментом у діагностуванні тривожності у вагітних із НСV-інфекцією та у виявленні пацієнток із вираженим емоційним напруженням. Використання опитувальників оцінювання ЯЖ у вагітних із НСV-інфекцією дало змогу виявити зниження ЯЖ за всіма параметрами. Опитувальник ЯЖ дозволяє виявити стан усіх основних параметрів ЯЖ (соціального, матеріального, психічного статусу), є найпростішим і найменш трудомістким до виконання як лікаря, так пацієнта.

### Висновки

НСV-інфекція в період вагітності є фактором ризику розвитку тривожності та характеризуються підвищенням рівня тривожності і зниженням ЯЖ протягом усієї вагітності, особливо за рахунок психічного компонента.

Визначено високий рівень сполученості підвищення тривожності та зниження ЯЖ у вагітних із НСV-інфекцією.

Враховуючи підвищений рівень тривожності та зниження ЯЖ у вагітних жінок із НСV-інфекцією, для уточнення психічного стану лікарям-інфекціоністам та акушерам-гінекологам доцільно застосовувати нетрудомісткі психометричні методи тестування — оцінювання тривожності за шкалою Гамільтона та оцінку ЯЖ. За вираженого підвищення рівня тривожності (46 і більше балів) або стійкого її збереження на рівні 30–45 балів і вираженого зниження ЯЖ слід направляти вагітну до лікаря-психотерапевта для діагностування та коригування психічного стану в прегравідарний період і протягом вагітності.

*Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.*

## References/Література

- Adinolfi LE, Nevola R, Lus G et al. (2015). Chronic hepatitis C virus infection and neurological and psychiatric disorders: an overview. *World J Gastroenterol.* 21(8): 2269–2280. doi: 10.3748/wjg.v21.i8.2269.
- Barreira DP, Marinho RT, Bicho M, Fialho R, Ouakinin SRS. (2019). Psychosocial and Neurocognitive Factors Associated With Hepatitis C – Implications for Future Health and Wellbeing. *Front Psychol.* 9: 2666. Published 2019 Jan 9. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02666
- Barreira DP, Marinho RT, Bicho M, Flores I, Fialho R, Ouakinin S. (2019). Hepatitis C Pretreatment Profile and Gender Differences: Cognition and Disease Severity Effects. *Front Psychol.* 10: 2317. Published 2019 Oct 15. doi: 10.3389/fpsyg.2019.02317.
- Basch E. (2014). New frontiers in patient-reported outcomes: adverse event reporting, comparative effectiveness, and quality assessment. *Annu Rev Med.* 65: 307–317. doi: 10.1146/annurev-med-010713-141500.
- Bertino G, Ragusa R, Corsaro LS et al. (2021). Improvement of health-related quality of life and psychological well-being after HCV eradication with direct-acting antiviral agents. Real life setting data of an Italian cohort valued by Hepatitis Quality of Life Questionnaire (HQLQv2). *Health Psychol Res.* 8(3): 9450. Published 2021 Jan 20. doi: 10.4081/hpr.2020.9450
- Dan AA, Martin LM, Crone C et al. (2006). Depression, anemia and health-related quality of life in chronic hepatitis C. *J Hepatol.* 44(3): 491–498. doi: 10.1016/j.jhep.2005.11.046.
- Fialho R, Pereira M, Gilleece Y, Rusted J, Whale R. (2019). A longitudinal study assessing depression in hepatitis C: Does gender play a role in the new-onset depression during interferon-alpha treatment?. *Women Health.* 59(2): 181–195. doi: 10.1080/03630242.2018.1449778.
- Fontana RJ, Hussain KB, Schwartz SM et al. (2002). Emotional distress in chronic hepatitis C patients not receiving antiviral therapy. *J Hepatol* 36: 401–407. doi: 10.1016/S0168-8278(01)00280-X.
- Hasan I, Putra RP, Yuniastuti E, Kurniawan J. (2022). The Validity and Reliability of the Indonesian Version of the Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ) in Measuring Quality of Life in Patients with Liver Cirrhosis. *Acta Med Indones.* 54(1): 10–18.
- Heeren A, Bernstein EE, McNally RJ. (2018). Deconstructing trait anxiety: a network perspective. *Anxiety Stress Coping.* 31(3): 262–276. doi: 10.1080/10615806.2018.1439263.
- Horváth G, Keleti T, Makara M, Ungvari GS, Gazdag G. (2018). Effect of hepatitis C infection on the quality of life. *Perspect Psychiatr Care.* 54(3): 386–390. doi: 10.1111/ppc.12269.
- Horváth G, Keleti T, Makara M, Ungvari GS, Gazdag G. (2020). Neurocognitive functions in patients with hepatitis C infection. *Hepatitis C-fertőzőt betegek neurokognitív funkciói.* *Ideggyogy Sz.* 73(1–2): 43–49. doi: 10.18071/isz.73.0043.
- Kalfoss MH, Reidunsdatter RJ, Klöckner CA, Nilsen M. (2021). Validation of the WHOQOL-Bref: psychometric properties and normative data for the Norwegian general population. *Health Qual Life Outcomes.* 19(1): 13. doi: 10.1186/s12955-020-01656-x.
- Kvitka DM, Palamarchuk VO, Zemskov SV, Sichinava RM. (2021). Introduction of the quality of life concept in practical medicine. *Clinical Endocrinology and Endocrine Surgery.* 1(73): 70–5. doi: 10.30978/CEES-2021-1-70.
- Lins L, Carvalho FM. (2016). SF–36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. *SAGE Open Med.* 4: 2050312116671725. Published 2016 Oct 4. doi: 10.1177/2050312116671725.
- Mintser AP. (2018). Statisticheskie metodyi issledovaniya v klinicheskoy meditsine. *Prakticheskaya meditsina.* 3: 41–45.
- Méndez-Sánchez N, Coronel-Castillo CE, Ramírez-Mejía MM. (2024). Chronic Hepatitis C Virus Infection, Extrahepatic Disease and the Impact of New Direct-Acting Antivirals. *Pathogens.* 13(4): 339. Published 2024 Apr 19. doi: 10.3390/pathogens13040339.
- Prell T, Dirks M, Arvanitis D et al. (2019). Cerebral of neuropsychological disturbances in hepatitis C patients. *J Neurovirol.* 25(2): 229–238. doi: 10.1007/s13365-018-0709-2.
- Quelhas R, Lopes A. (2009). Psychiatric problems in patients infected with hepatitis C before and during antiviral treatment with interferon-alpha: a review. *J Psychiatr Pract.* 15(4): 262–281. doi: 10.1097/01.pra.0000358313.06858.ea.
- Rabinowitz J, Williams JBW, Hefting N et al. (2023). Consistency checks to improve measurement with the Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A). *J Affect Disord.* 325: 429–436. doi: 10.1016/j.jad.2023.01.029.
- Stewart BJ, Turnbull D, Mikocka-Walus AA, Harley HA, Andrews JM. (2013). Acceptability of psychotherapy, pharmacotherapy, and self-directed therapies in Australians living with chronic hepatitis C. *J Clin Psychol Med Settings.* 20(4): 427–439. doi: 10.1007/s10880-012-9339-7.
- Thompson E. (2015). Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A). *Occup Med (Lond).* 65(7): 601. doi: 10.1093/occmed/kqv054.
- Van der Meulen M, Zamanipoor Najafabadi AH, Lobatto DJ et al. (2020). SF-12 or SF-36 in pituitary disease? Toward concise and comprehensive patient-reported outcomes measurements. *Endocrine.* 70(1): 123–133. doi: 10.1007/s12020-020-02384-4.
- WHO QOL. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 41(10): 1403–1409. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-k.
- Zhao TS, Jin C, Wang Y, Cui F. (2021). Knowledge, attitude and psychological status of patients living with hepatitis C in five provinces in China: a cross-sectional survey. *BMJ Open.* 11(4): e040434. Published 2021 Apr 8. doi: 10.1136/bmjopen-2020-040434.
- Zhou F, Li J, Lin K, Ji P, Sun Y. (2015). Across-sectional study on anxiety and stress in pregnant women with chronic HBV infection in the People's Republic of China. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 11: 2225–2232. Published 2015 Aug 25. doi: 10.2147/NDT.S88602/

### Відомості про авторів:

**Запада Іюлія Миколаївна** — аспірант кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика.  
Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9. <https://orcid.org/0000-0001-5494-4064>.  
Стаття надійшла до редакції 17.07.2024 р.; прийнята до друку 15.09.2024 р.