

Indian (Asian) patients with rheumatoid arthritis / Y. Ghodke-Puranik, A. Puranik, P. Shintre [et al.] // Pharmacogenomics. – 2015. – Vol. 16, №18. – P. 2019-2034.

6. Kalantzis, A. Oral effects of low-dose methotrexate treatment / A. Kalantzis, Z. Marshman, D.T. Falconer [et al.] // Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. – 2005. – Vol. 100, №1. – P. 52-62.

7. Owen, S.A. Genetic polymorphisms in key methotrexate pathway genes are associated with response to treatment in rheumatoid arthritis patients / S.A. Owen, S.L. Hider, P. Martin // Pharmacogenomics J. – 2013. – Vol. 13, №3. – P. 227-234.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ.

Егорова Т.Ю.¹, Зейналова Е.С.², Новицкая Т.В.², Петрошук А.Ю.²

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В настоящее время большое внимание уделяется влиянию психоэмоционального состояния женщины на репродуктивную функцию, течение беременности и перинатальные исходы [1,2]. Практически все беременные подвержены резким эмоциональным перепадам, так как ожидание ребенка сопряжено с изменениями – как физическими, так и эмоциональными. Ранняя диагностика, прогнозирование возможных осложнений беременности и предстоящих родов, выбор рациональной тактики ведения беременности, проведение профилактических мероприятий и выбор метода родоразрешения включены в понятие «безопасного материнства». Эмоциональное состояние женщины, ее контакт с ребенком, психологический комфорт в семье являются такими же факторами сохранения здоровья матери и формирования соматического и душевного здоровья ребенка. Актуален вопрос о необходимости ведения беременности и подготовки к родам комплексно: с медицинской и с психологической точки зрения, с учетом психоэмоционального статуса женщины, личностных, социальных и семейных особенностей, учитывая закономерности медицинской психологии [3,4].

Цель. Провести анализ динамики ряда личностных и психоэмоциональных особенностей, проанализировать самооценку самочувствия, активности и настроения женщин при физиологически протекающей беременности. Количественно оценить уровень психоэмоциональной напряженности, определить показатели ситуативной и личностной тревожности, с целью решения вопроса о необходимости психоэмоционального сопровождения беременности.

Методы исследования. Работа выполнена на базе УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр» и УЗ «ГКБСМП г. Гродно» путём анализа анкет 88 пациентов по шкале самооценки Зунга, шкале самооценки Спилбергера-Ханина. Шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory -

STAI) - является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность, как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Разработана Спилбергером Ч.Д. и адаптирована Ханиным Ю.Л.. Тест состоит из 2 опросников по 20 вопросов в каждом. Состояние реактивной (ситуационной) тревоги возникает при попадании в стрессовую ситуацию и характеризуется субъективным дискомфортом, напряженностью, беспокойством и вегетативным возбуждением. Это состояние отличается неустойчивостью во времени и различной интенсивностью в зависимости от силы воздействия стрессовой ситуации. Таким образом, значение итогового показателя по данной подшкале позволяет оценить не только уровень актуальной тревоги, но и определить, находится ли пациент под воздействием стрессовой ситуации и какова интенсивность этого воздействия на него. Личностная тревожность представляет собой конституциональную черту, обуславливающую склонность воспринимать угрозу в широком диапазоне ситуаций. При высокой личностной тревожности каждая из этих ситуаций будет обладать стрессовым воздействием на субъекта и вызывать у него выраженную тревогу. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями. Сопоставление результатов по обеим подшкалам дает возможность оценить индивидуальную значимость стрессовой ситуации для пациента. Шкала Цунга (Z-SDS) – тест для самооценки депрессии который позволяет оценить уровень депрессии пациента и определить степень депрессивного расстройства. Он разработан для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии, для скрининг-диагностики при массовых исследованиях и в целях предварительной, доврачебной диагностики. Шкала обладает высокой чувствительностью и специфичностью и позволяет избежать дополнительных экономических, временных затрат и связанных с медицинским обследованием этических проблем.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациенток составил 28 лет, при этом максимальный возраст -39 лет, минимальный – 19 лет. У 67% пациенток были первые роды, у 33% -повторные роды. Проанализировав данные теста Зунга мы получили следующие результаты- выделены две группы: беременные с признаками легкой депрессии- 35,2%, ДИ 25,2-45,2% и беременные без депрессии 64,8% ДИ 54,8-74,8%. Средняя и тяжелая степень депрессии выявлены не были. В ходе анализа теста Спилбергера-Ханина получены следующие результаты: уровень личностной тревожности: низкий-1,1% ДИ 0,0-3,3%, умеренный-50,0% ДИ 39,5-60,4%, высокий-48,9% ДИ 38,4-59,3%. Результаты по оценке шкалы ситуативной тревожности: низкая-84,1% ДИ 76,5-91,7, умеренная-14,8% ДИ 7,4-22,2%, высокая-1,1% ДИ 0,0-3,3%.

Выводы.

1. При физиологически протекающей беременности средняя и тяжелая степень депрессии по шкале Зунга не выявлены.

2. Легкая степень депрессии выявлена у 35,2% женщин с физиологическим течением беременности и связана с опасением за исход родов, что требует психосоциальной поддержки

3. Выявленная высокая личностная тревожность у 48,9% объяснялась желанием иметь беременность без осложнений.

4. Ситуативная тревожность в обратной прогрессии с личностной (высокая 1%), т.к. ожидание рождения ребенка связано с положительными эмоциями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лохина Е.В. Особенности родов и состояние новорожденного у беременных, прошедших подготовку к родам по программе медико-психологических тренингов «Счастливое материнство» / ГБОУ ВПО «Нижегородская медицинская академия МЗ РФ» / Журнал Современные проблемы науки и образования № 3 – 2013

2. Тютюнник В.Л., Михайлова О.И., Чухарева Н.А. Психоэмоциональные расстройства при беременности. Необходимость их коррекции / ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И.Кулакова» МЗ РФ, Москва, Российская Федерация

3. Гребень Н.Ф. Психологические тесты для профессионалов: Шкала реактивной и личностной тревожности Спилберга-Ханина / Минск, Современ.шк., 2007 – 496 с

4. Маслова В.Э. Психологическое состояние женщины в период беременности / Воронежский государственный университет/ Журнал «Молодой ученый» № 21 (207) / Психология/2018

РАСПОСТРАНЕННОСТЬ ПРЕДГЕСТАЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ МАССЫ ТЕЛА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Епифанова А.К., Сурмач М. Ю.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Нарушение жирового обмена у женщин репродуктивного возраста является актуальной проблемой современного акушерства, требующей переоценки существующих традиционных врачебных подходов.

Литературные данные последних лет показывают, что адекватно увеличивают вес не более половины беременных. Чрезмерное накопление массы тела встречается в 2–3 раза чаще, чем недостаточное [1].

По данным Г.И. Герасимович, у 14% беременных женщин имеет место такое осложнение беременности, как нарушение жирового обмена [2].

Часто встречающаяся акушерская патология у беременных с ожирением является результатом снижения у этой категории женщин компенсаторно-приспособительных механизмов, нарушений нейрогуморальной регуляции, дисфункции иммунной системы. Клинические исследования показывают, что