

# ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОК С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА НА ФОНЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Новицкая Т. В.<sup>1</sup>, Егорова Т. Ю.<sup>1</sup>, Вакульчик В. Г.<sup>1</sup>, Гарбуз С. А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
г. Гродно, Беларусь

УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,  
г. Гродно, Беларусь

**Актуальность.** Вопросы планирования и ведения беременности при сопутствующей хронической соматической патологии чрезвычайно актуальны. Дисплазия соединительной ткани – группа генетически и клинически полиморфных состояний, которые в настоящее время представляют большой интерес для врачей разных специальностей [1, 2, 3, 4] в связи со значительной частотой встречаемости данной патологии среди женщин репродуктивного возраста и влиянием ее на психоэмоциональное состояние беременных.

**Цель** – определить влияние НДСТ на психоэмоциональный статус беременных.

**Методы исследования.** Обследованы 228 женщин в возрасте 18-42 лет на базе УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр». С целью оценки влияния НДСТ на психоэмоциональное состояние беременных были сформированы 2 группы пациентов. Проведен анализ данных первичной медицинской документации (амбулаторно-поликлинической, индивидуальных карт беременной, историй родов). Основную группу составили 125 пациенток, у которых на этапе обследования были выявлены малые аномалии развития сердца и не менее 4 фенотипических признаков НДСТ. Группу сравнения составили 103 беременных без признаков НДСТ. Изучены особенности психоэмоционального статуса у пациенток обеих групп.

Исследование психоэмоционального статуса пациенток проводилось по шкале самооценки Зунга и шкале самооценки Спилбергера-Ханина. Шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory – STAI) – информативный способ самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Тест состоит из 2 опросников по 20 вопросов в каждом. Он 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. Сопоставление результатов по обеим подшкалам дает возможность оценить индивидуальную значимость стрессовой ситуации для пациента. Шкала Зунга (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, позволяет избежать дополнительных экономических, временных затрат и связанных с медицинским обследованием этических проблем [5].

Полученные данные обработаны с использованием программ STATISTICA 10.0 для Windows серийный № AXAR207F394425FA-Q (StatSoft, Inc., США).

**Результаты и их обсуждение.** Анализ обследования пациенток по шкале депрессии Зунга показал, что у 94 (91,2%) пациенток контрольной группы депрессия отсутствовала, в основной группе таких пациенток было 89 (71,2%),  $p < 0,001$ . Субдепрессивные состояния встречались у пациенток основной группы в 3 раза чаще: у 9 (8,7%) пациенток в группе контроля и у 28 (22,4%) основной группы,  $p = 0,003$ . Легкая и истинная депрессия была только у беременных в основной группе в 7 и 1 случае, соответственно.

В основной группе отмечен уровень личностной тревожности в 2,5 раза выше, чем в контрольной группе. При оценке показателей ситуативной тревожности отмечено отсутствие достоверных различий у пациенток обеих групп с низким и умеренным уровнем ситуативной тревожности и преобладание пациенток с выраженным уровнем ситуативной тревожности в основной группе (в 7 раз).

**Таблица – Уровень тревожности обследованных пациенток**

| Показатель                                                      | Контроль, n=103 |      |           | Основная группа, n=125 |      |           | P       |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------|------|-----------|------------------------|------|-----------|---------|
|                                                                 | n               | %    | ДИ %      | n                      | %    | ДИ%       |         |
| Шкала тревожности Спилберга-Ханина<br>(личностная тревожность)  |                 |      |           |                        |      |           |         |
| Низкий уровень тревожности                                      | 85              | 82,5 | 75,2-89,8 | 65                     | 52,0 | 43,2-60,8 | <0,001  |
| Умеренная тревожность                                           | 16              | 15,5 | 8,5-22,5  | 41                     | 32,8 | 24,6-41,0 | <0,002  |
| Выраженная тревожность                                          | 2               | 1,9  | 0,0-4,5   | 19                     | 15,2 | 8,9-21,5  | <0,001  |
| Шкала тревожности Спилберга-Ханина<br>(ситуативная тревожность) |                 |      |           |                        |      |           |         |
| Низкий уровень тревожности                                      | 80              | 77,6 | 69,5-85,6 | 76                     | 60,8 | 52,2-69,4 | = 0,005 |
| Умеренная тревожность                                           | 21              | 0,3  | 12,5-28,1 | 32                     | 25,6 | 17,9-33,2 | = 0,28  |
| Выраженная тревожность                                          | 2               | 1,9  | 0,0-4,5   | 17                     | 13,6 | 7,6-19,6  | <0,001  |

Анализ данных, представленных в таблице, показал, что ситуативная тревожность не имела достоверных различий у пациенток обеих групп с низким и умеренным уровнем ситуативной тревожности и преобладание пациенток с выраженным уровнем ситуативной тревожности 17 (13,6%) в основной группе. Уровень личностной тревожности достоверно различался у пациенток обеих

групп: низкий уровень личностной тревожности составил 77,6% в контрольной группе и 60,8% – в основной. Выраженная тревожность преобладала в основной группе – 17 (13,6%) пациенток,  $p < 0,001$ .

#### **Выводы:**

1. С недифференцированной дисплазией соединительной ткани ассоциируется высокий уровень ситуативной и личностной тревожности пациенток.
2. Пациенток с НДСТ следует относить к группе риска развития депрессии и тревожных состояний.
3. Учитывая, что уровень личностной тревожности у пациентов с МАРС на фоне НДСТ в 2,5 раза выше, чем в контрольной группе, необходимо психоэмоциональное сопровождение беременности у пациенток с данной патологией.

#### **Литература**

1. Нечаева, Г. И. Дисплазия соединительной ткани: специализированные изменения, современные подходы к диагностике и лечению / Г. И. Нечаева, А. И. Мартынов. – М.: Медицинское информационное агентство, 2017. – 400 с.
2. Тышкевич, О. С. Дисплазия современной ткани – актуальная проблема современного акушерства. Обзор литературы / О. С. Тышкевич, Е. Н. Кравченко // Мать и дитя в Кузбассе. – 2014. – No 3. – С. 4-8.
3. Структурные аномалии сердца. Наднациональные (международные) рекомендации. Минск "Профессиональные издания" 2016.
4. Друк, И. В. Клапанный синдром: дисплазия соединительной ткани: характеристика клинических проявлений, прогноз течения / И. В. Друк, Г. И. Нечаева // Международный журнал сердца и сосудистых заболеваний. – 2015. – Т. 3, No 8. – С. 33–39.
5. Диагностические и экспертные шкалы в неврологической практике: метод. рекомендации / Г. М. Кушнир [и др.]; под ред. Г. М. Кушнир. — Симферополь, 2004. — 34 с.

### **КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МАКРОСОМИИ**

**Пашенко Е. Н.<sup>1</sup>, Сайковская В. Э.<sup>1</sup>, Ганчар Е. П.<sup>2</sup>, Козич А. А.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,  
г. Гродно, Беларусь

<sup>2</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
г. Гродно, Беларусь

<sup>3</sup>УЗ «Мостовская центральная районная больница», г. Мосты, Беларусь

**Актуальность.** В современном акушерстве наблюдается увеличение частоты родов крупным плодом. Социальная значимость проблемы макросомии определяется высокой частотой осложнений в анте-, интра- и постнатальном периодах, антенатальная диагностика крупного плода, тактика ведения родов