

<i>Показатели</i>	<i>АД до лечения (мм рт.ст.)</i>	<i>АД после лечения (мм рт.ст.)</i>
Суточное САД	147,5±9,6	129,2±9,2*
Суточное ДАД	96,7±5,4	84,8±2,9*
Дневное САД	158,1±11,3	133,2±10,6*
Дневное ДАД	99,6±4,3	86,7±6,3*
Ночное САД	143,4±11,0	122,5±10,7*
Ночное ДАД	91,7±8,7	75,6±7,3*
Пульсовое АД суточное	51,3±6,2	44,0±7,5*
Пульсовое АД дневное	60,5±4,7	46,4±4,8*
Пульсовое АД ночное	51,7±8,2	46,9±5,7*

Примечание: * - достоверность различия показателей ($P < 0,01$).

По результатам предварительного СМАД среди обследованных больных выявлены следующие группы: «Dipper» - 3 больных (16,7%), «Non dipper» - 10 больных (55,5%), «Night peaker» - 5 больных (27,8%). После лечения распределение больных в группах по СНС АД: «Dipper» - 12 больных (66,6%), «Non dipper» - 4 больных (22,2%), «Night peaker» - 1 больной (5,6%), «Over dipper» - 1 больной (5,6%).

Выводы:

1. У больных хроническим нефритом по данным суточного мониторингирования АД выявлены высокие средние значения систолического, диастолического и пульсового АД в течение суток.
2. У абсолютного большинства (83,3%) выявлен нарушенный суточный профиль АД.
3. Бетаксолол эффективно снижает пульсовое, среднесуточное, дневное и ночное систолическое и диастолическое АД, в большинстве случаев оказывает положительное влияние на степень ночного снижения АД.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С УГРОЖАЮЩИМИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ

Мукосей Е. И., Яковчик Н. Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель - к.м.н., доцент Егорова Т.Ю.

В современном мире общепринятым является то, что психогенные факторы способствуют соматическим нарушениям во время беременности и любую угрозу ее прерывания следует рассматривать как совокупность физических и психических процессов. Дополнительный стресс, внутренние переживания или сдержанная агрессия могут являться пусковым механизмом для изгнания плода. При соответствующей психокоррекционной работе психоэмоциональные состояния могут быть сбалансированы, а личностные конфликты разрешены, что приводит к снижению психоэмоционального напряжения.

Цель работы: изучение психоэмоционального статуса беременных женщин с угрозой преждевременных родов.

Материалы и методы: нами проведен анализ психоэмоционального статуса женщин с угрозой прерывания беременности. I группа - 85 женщин от 18 до 40 лет в сроках гестации от 8 до 38 недель, находящихся на лечении в ГОКРД, и рандомизированная группа сравнения - n=30, находящихся на учете в ж/к № 5 с

нормально протекающей беременностью. При анкетировании использованы тест Зунга для определения уровня депрессии и опросник Спилберга-Ханина для оценки ситуативной и личностной тревожности.

Результаты: распределение женщин по возрасту: 43 человека (50,6%) - 19-24 лет, 21 (24,7%) - 25-29 лет, 12 (14,1%) - 30-35 лет, 5 (5,9%) старше 35 лет, 4 (4,7%) - до 18 лет. По шкале депрессии Зунга в группе сравнения легкая депрессия выявлена у 4 человек (15,4%), ее отсутствие - у 26 (84,6%); в I группе - легкая депрессия - у 28 человек (32,9%), умеренная депрессия - 5 (5,9%), выраженная - у 1 (1,2%). По опроснику Спилберга-Ханина в группе сравнения высокий уровень реактивной тревожности у 4 человек (13,3%), средний - у 21 (70%), низкий - у 5 (16,7%), а в I - высокий уровень тревожности у 35 человек (41,2%), средний - у 41 (48,2%), низкий - у 9 (10,6%). Личностная тревожность: в группе сравнения высокий ее уровень у 7 человек (23,3%), средний - у 21 (70%), низкий - у 2 (6,7%), а в I группе высокий уровень - у 34 (40%), средний - у 49 (57,6%), низкий - у 2 женщин (2,4%). Из генитальной патологии чаще всего сопутствовали: ОАА - у 15 человек (17,6%), ИЦН - у 12 (14,1%), ФПН - у 11 (13%), многоводие - у 5 (5,9%), патология прикрепления плаценты - у 10 (11,8%), эрозия шейки матки - у 7 женщин (8,2%); из экстрагенитальной - патология почек у 19 женщин (22,3%), ССС у 15 (17,6%), глаз у 12 (14,1%).

Выводы:

1. Нарушения эмоциональной сферы встречаются у большинства пациенток с угрозой прерывания беременности и носят более выраженный характер, чем у женщин с нормально протекающей беременностью.

2. У пациенток с угрозой прерывания беременности достоверно выявлен высокий уровень ситуативной тревожности 41,2% (в группе сравнения - 13,3%) - $P < 0,05$, а средний - достоверно снижается: 48,2% против 70% - $P < 0,05$.

3. Высокий уровень личностной тревожности также достоверно выше $P < 0,05$ и составляет 40% у женщин с угрозой и 23,3% - в группе сравнения.

4. При оценке психоэмоционального статуса по шкале Зунга в группе сравнения была выявлена только легкая депрессия - в 15,4%, а в исследуемой - 32,9% (в 2 раза чаще) - $P < 0,05$. Кроме того, в исследуемой группе наблюдались умеренная депрессия - 5,9% и выраженная - 1,2%.

5. Учитывая выраженную тревожность и значительное преобладание легкой депрессии в исследуемой группе, угроза прерывания беременности требует не только медикаментозной коррекции, но и оказания психотерапевтической помощи.

АНАЛИЗ ПРИЧИН УГРОЗЫ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Мукосей Е. И., Яковчик Н. Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель - к.м.н., доцент Егорова Т.Ю.

Беременность является периодом серьезных изменений в жизни женщины. Реальной основой возникновения и развития угрозы ее прерывания являются сопутствующая генитальная, экстрагенитальная патология и нарушение эмоционального состояния.

Цель работы: выявление факторов угрозы прерывания беременности в разные сроки.

Материалы и методы исследования: под наблюдением находились 85 женщин с угрозой прерывания беременности в возрасте от 18 до 40 лет, сроками гестации от 22