

- "марш": связь поколений и эскалация аллергии у детей (лекция) / О. М. Охотникова // Запорожский медицинский журнал. - 2007. - № 4. - С. 40-46.
- Охотникова О. М. Бронхіальна астма у дітей / О. М. Охотникова. // Мистецтво лікування. - 2011. - № 1. - С. 41-51.
- Порівняльні дані про розповсюдженість хвороб органів дихання і медичну допомогу хворим на хвороби пульманологічного та алергологічного профілю в Україні за 2008-2011 рр. [Електронний ресурс]. - 2012. - Режим доступу до ресурсу: <http://www.ifp.kiev.ua/doc/staff/pulmukr2011.xls>.
- Сучасний стан та тенденції інвалідності населення працездатного віку внаслідок хронічного обструктивного захворювання легень та бронхіальної астми / В. І. Шевчук, В. П. Маленький, В. Ю. Забур'янова [та ін.] // Український пульмонологічний журнал. - 2013. - №2. - С. 31-35.
- Українська база медико-статистичної інформації "Здоров'я для всіх" [Електронний ресурс]. - 2013. - Режим доступу до ресурсу: <http://medstat.gov.ua/ukr/normdoc.html>.
- Childhood factors that predict asthma in young adulthood / B. G. Toelle, W. Xuan, J. K. Peat, G. B. Marks // European Respiratory Journal. - 2004. - Vol. 23. - P. 66-70.
- Does airways inflammation persist in children who have apparently outgrown? / T. J. Warke, P. S. Fitch, V. Brown, C. Schoek [et al.] // European Respiratory Journal. - 2001. - Vol. 18, suppl. 33. - P. 524.
- Helms P. J. Prognosis of wheezing and asthma presenting in early life / P. J. Helms, S. S. Amin // Breathe. - 2004. - Vol.1. - P. 130-140.
- Leaderer Genetic and Perinatal Risk Factors for Asthma Onset and Severity: A Review and Theoretical Analysis / M. B. Bracken, K. Belanger, W. O. Cookson [et al.] // Epidemiologic Reviews. - 2002. - Vol. 24. - P. 176-189.
- Mahraoni C. The prognosis of childhood asthma, 10-year follow-up / C. Mahraoni, A. Radoni // European Respiratory Journal. - 2005. - Vol. 26, suppl. 49. - P. 452.
- Mokina N. A. The experience of long-term prognosis evaluation of childhood asthma / N. A. Mokina, N. A. Geppe // European Respiratory Journal. - 2005. - Vol. 26, suppl. 49. - P. 164.
- Mortality in patient hospitalisation for asthma exacerbation in the US / V. Krishman, B. G. Diette, S. C. Rand [et al.] // Amer. J. Respir. Crit. Care. - 2006. - Vol. 174. - P. 633-638.
- O'Sullivan S. M. Asthma death, CD8+ T cells, and viruses / S. M. O'Sullivan // The proc. Am. Thorac Soc. - 2005. - Vol. 2. - P. 162-165.
- Schayck C. P. Detection of asthma and chronic obstructive pulmonary disease in primary care / C. P. Schayck, N. H. Chavannes // European Respiratory Journal. - 2003. - Vol. 21, suppl. 39. - P. 16-22.
- Strachan D. P. Incidence and prognosis of asthma and wheezing illness from early childhood to age 33 in a national British cohort / D. P. Strachan, B. K. Butland, H. R. Anderson // BMJ. - 1996. - Vol. 312. - P. 1195-1199.
- Trends in Asthma Prevalence, Health Care Use, and Mortality in the United States, 2001-2010 / L. J. Akinbami, J. E. Moorman, C. Bailey [et al.] // NCHS Data Brief. - 2012. - № 94. - P. 1-8.

Коцур Л.Д.

ГИПОДИАГНОСТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Резюме. Бронхиальная астма может дебютировать в любом возрасте, но чаще первые симптомы заболевания возникают до 6 лет, пик развития астмы приходится на пятилетний возраст. К факторам риска персистирования симптомов астмы у детей относятся: атопия у ребенка, женский пол, первые симптомы в возрасте до 2 лет, выраженная гиперреактивность бронхов, тяжелое течение заболевания. Несвоевременно диагностированная бронхиальная астма у детей приводит к тяжелому течению болезни, неверной тактике лечения, существенно увеличивает медицинские и социально-экономические издержки, уровень инвалидности и смертности от этого заболевания.

Ключевые слова: дети, гиперреактивность бронхов, бронхиальная астма, несвоевременная диагностика.

Kotcur L.D.

LOWERED DIAGNOSTICS OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN

Summary. Asthma may debut at any age, but most often the first symptoms appear up to 6 years, the peak of asthma occur in the five-year age. Risk factors for persistence of asthma symptoms in children include: a child atopy, female sex, onset of symptoms before the age of 2 years, severe bronchial hyperreactivity, and severe course of the disease. Late diagnosed asthma in children leads to severe disease, incorrect treatment strategy significantly increases the health, social and economic costs, the level of disability and mortality from this disease.

Key words: children, hyperreactivity of bronchial, asthma, late diagnostics.

Стаття надійшла до редакції 12.12.2014 р.

Коцур Людмила Дмитрівна - к.мед.н., асистент кафедри пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; santas2767@mail.ru

© Нікогосян Л.Р.

УДК: 616.895-03:619

Нікогосян Л.Р.

Одеський національний медичний університет (пров. Валівський, 2, м. Одеса, Україна, 65082)

ВИЗНАЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ, ЯКІ ЗАВАЖАЮТЬ НОРМАЛЬНОМУ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ

Резюме. Метою цього дослідження стало вивчення особливостей психологічних чинників, які заважають нормальному перебігу вагітності, у жінок з загрозою переривання вагітності. У даному дослідженні взяло участь 147 вагітних жінок, які відвідують жіночу консультацію № 2 м. Одеси. Першу (основну) групу склали 87 вагітних жінок із загрозою переривання

вагітності. До другої (контрольної) групи увійшли 60 вагітних жінок з вагітністю, що протікає нормально. У більшості жінок із загрозою переривання вагітності (49%) виявлено наявність конфлікту з вагітністю або з ситуацією материнства, що говорить про неготовність жінок до вагітності і пологів, неадекватному поданні образу себе і дитини, високу тривожність. Серед жінок із загрозою переривання вагітності найбільш неадекватними типами ПКГД є гіпогестогнозичний (10%), тривожний (11,5%) і депресивний (2,3%) типи ПКГД.

Ключові слова: вагітність, визначення психологічного компонента гестаційної домінанти, загроза переривання вагітності, рисунковий тест.

Вступ

Невинашування вагітності - одне з ускладнень в акушерській практиці, яке є найбільш частою причиною перинатальної захворюваності та смертності. Причини виникнення загрози переривання вагітності дуже численні, в той же час навряд чи їх можна розглядати ізольовано один від одного. Частота нез'ясованих причин, призводять до невіношування вагітності, досягає 41,2%. Загроза переривання вагітності являє собою в деякому роді універсальний показник реакції організму на будь-яке виражене неблагополуччя в організмі матері, плода, несприятливий вплив факторів навколишнього екологічного середовища, професійно-виробничих факторів, психологічних проблем, і таким чином відображає системну неготовність до материнства як самої жінки, так і актуальних умов її життя. Підготовка життєвої ситуації до появи дитини в сім'ї та оцінка її адекватності для народження дитини є одним із показників загальної психологічної готовності жінки до материнства і розцінюється в сучасній психології батьківства як показник усвідомленої батьківської позиції, що забезпечує народження і виховання дитини в підготовлених для цього життєвих умовах [Белановская, 2009].

Метою цього дослідження стало вивчення особливостей психологічних чинників, які заважають нормальному перебігу вагітності, у жінок з загрозою переривання вагітності.

Матеріали та методи

У даному дослідженні взяло участь 147 вагітних жінок, які відвідують жіночу консультацію № 2 м. Одеси. Обстежувані були розділені на дві групи. Першу (основну) групу склали 87 вагітних жінок із загрозою переривання вагітності. До другої (контрольної) групи увійшли 60 вагітних жінок з вагітністю, що протікає нормально. Для визначення. Для дослідження відмінностей особливостей переживання вагітності та ситуації материнства у вагітних жінок з різним перебігом вагітності використовувались методика "Я і моя дитина" [Филиппова, 2001] та методика "Визначення типу психологічного компонента гестаційної домінанти" [Добряков, 2005].

Результати. Обговорення

Розглядаючи психологічні особливості переживання вагітності та материнства за допомогою методики "Я і моя дитина" [Филиппова, 2001], було виявлено, що у жінок з порушенням репродуктивної функції є порушення психологічної складової материнської сфери, які виражаються в деструктивному сприйнятті свого мате-

ринства і образу дитини. Ці порушення проявляються в наявності у вагітної жінки симптомів тривоги, невпевненості в собі, наявності конфлікту з вагітністю або з ситуацією материнства (табл. 1)

У більшості жінок (49%) із загрозою переривання вагітності виявлено наявність конфлікту з вагітністю або з ситуацією материнства, що говорить про неготовність жінок до вагітності і пологів, неадекватному поданні образу себе і дитини, високої тривожності. Крім того, в групі вагітних жінок із загрозою переривання вагітності були виявлені незначні симптоми тривоги, невпевненості, конфліктності (29%) і тривога і невпевненість у собі як у матері (22%). Слід особливо відзначити, що в даній групі жінок із загрозою переривання вагітності не виявлено жодної жінки, яку можна віднести до групи з сприятливою ситуацією материнства, що говорить про те, що всі жінки даної групи мають відхилення в переживанні вагітності і ситуації материнства. У групі жінок без загрози переривання вагітності більшість обстежуваних (55%) належать до групи зі сприятливою ситуацією материнства, що говорить про готовність жінок до вагітності і пологів, адекватному поданні себе і дитини, позитивному емоційному прийнятті своєї ролі. Незначні симптоми тривоги, невпевненості і конфліктності виявлені у

Таблиця 1. Психологічна складова материнської сфери.

Показник	ОГ, n = 87		КГ, n = 60	
	n	%±m	n	%±m
Сприятливий стан	-	-	33	55,00±6,42
Незначні симптоми тривоги, невпевненості	25	28,74±4,85	16	26,67±5,71
Тривога, невпевненість у собі, як у матері	19	21,84±4,43	3	5,00±2,81*
Конфлікт з вагітністю	43	49,43±5,36	8	13,33±4,39*

Примітка. * - різниця достовірна (p<0,05).

Таблиця 2. Тип психологічного компонента гестаційної домінанти.

Тип домінанти	ОГ, n = 87		КГ, n = 60	
	n	%±m	n	%±m
Оптимальний	26	29,89±4,91	31	51,67±6,45*
Гіпогестогнозичний	9	10,34±3,26	5	8,33±3,57
Ейфоричний	40	45,98±5,34	19	31,67±6,00
Тривожний	10	11,49±5,34	4	6,67±3,22
Депресивний	2	2,29±1,60	1	1,67±1,65

Примітка. * - різниця достовірна (p=0,05).

27% жінок без загрози переривання вагітності, тривога і невпевненість відзначена у 5% жінок цієї групи. Сама нечисленна група жінок (13%) мають конфлікт з вагітністю або з ситуацією материнства, однак виділяються значні відмінності між малюнками жінок із загрозою переривання вагітності і без загрози переривання вагітності.

Аналізуючи тип психологічного компонента гестаційної домінанти (ПКГД) вагітної жінки за допомогою методики "Визначення типу психологічного компонента гестаційної домінанти" [Добряков, 2005] було виявлено, що найбільш неадекватними типами ПКГД є гіпогестогнозичний, тривожний і депресивний типи ПКГД (табл. 2)

Гіпогестогнозичний тип ПКГД, був виявлений у 10% жінок з загрозою переривання вагітності, і в 8% жінок без загрози переривання вагітності, він нерідко зустрічається у жінок, які не бажають змінювати звичний спосіб життя у зв'язку з настанням вагітності. Тривожний тип ПКГД, був виявлений у 11,5% жінок з загрозою переривання вагітності, і у 7,3% жінок без загрози переривання вагітності. Депресивний тип ПКГД, був виявлений у 2,3% жінок із загрозою переривання вагітності, і у 1,7% жінок без загрози переривання вагітності, проявляється, перш за все, різко зниженим фоном настрою у вагітних. Важливо відзначити, що найбільш значущим фактором ризику в загрози переривання вагітності є наявність у вагітної жінки показників декількох несприятливих типів ПКГД, які в поєднанні можуть привести до порушень в перебігу вагітності, або вже в післяпологовому періоді (відмова від годування грудьми, на-

явність постнатальної депресії та ін.). Більшість жінок без загрози переривання вагітності (51,7%) мають оптимальний тип ПКГД, а жінки з перериванням вагітності лише - 29,9%.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Таким чином, отримані дані дозволяють зробити висновки про те, що існують достовірно значущі відмінності особливостей переживання вагітності та ситуації материнства у вагітних жінок з різним перебігом вагітності.

У більшості вагітних жінок без загрози переривання вагітності (54%) виявлена сприятлива ситуація материнства, що свідчить про готовність жінок до вагітності та пологів, адекватному поданні образу себе і дитини, позитивному емоційному прийнятті своєї ролі.

У більшості жінок із загрозою переривання вагітності (49%) виявлено наявність конфлікту з вагітністю або з ситуацією материнства, що говорить про неготовність жінок до вагітності і пологів, неадекватному поданні образу себе і дитини, високу тривожність.

2. Більшість досліджуваних вагітних жінок без загрози переривання вагітності (51,7%) перебували під час вагітності в стані психологічного комфорту. Серед жінок із загрозою переривання вагітності найбільш неадекватними типами ПКГД є гіпогестогнозичний (10%), тривожний (11,5%) і депресивний (2,3%) типи ПКГД.

Отримані результати свідчать про важливість піднятої проблеми та про необхідність її подальшої розробки.

Список літератури

- | | | |
|--|---|--|
| Белановская О. В. Представления о родительстве и готовность к материнству у молодых женщин / О. В. Белановская // Перинатальная психология и психология родительства. - 2009. - № 4. - С. 15-19. | Добряков И. В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты / Добряков И. В. // Хрестоматия по перинатальной психологии. - Москва, 2005. - С. 93- | 102.
Филиппова Г. Г. Материнство и основные аспекты его исследования в психологии / Г. Г. Филиппова // Вопросы психологии. - 2001. - № 2. - С. 22-37. |
|--|---|--|

Никогосян Л.Р.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ, КОТОРЫЕ МЕШАЮТ НОРМАЛЬНОМУ ТЕЧЕНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ

Резюме. Целью настоящего исследования стало изучение особенностей психологических факторов, которые мешают нормальному течению беременности, у женщин с угрозой прерывания беременности. В данном исследовании приняли участие 147 беременных женщин, посещающих женскую консультацию № 2 г. Одессы. Первую (основную) группу составили 87 беременных женщин с угрозой прерывания беременности. Во вторую (контрольную) группу вошли 60 беременных женщин с беременностью, которая протекает нормально. У большинства женщин с угрозой прерывания беременности (49%) выявлено наличие конфликта с беременностью или с ситуацией материнства, что говорит о неготовности женщин к беременности и родам, неадекватном представлении образа себя и ребенка, высокую тревожность. Среди женщин с угрозой прерывания беременности наиболее неадекватными типами ПКГД является гипогестогнозический (10%), тревожный (11,5%) и депрессивный (2,3%) типы ПКГД.

Ключевые слова: беременность, определение психологического компонента гестационной доминанты, угроза прерывания беременности, рисуночный тест.

Nykogosyan L.R.

THE DEFINITION OF PSYCHOLOGICAL FACTORS THAT PREVENT NORMAL PREGNANCY

Summary. The goal of this study was to investigate the features of psychological factors that interfere with the normal course of pregnancy of women with threatened miscarriage. This study involved 147 pregnant women who were attending the antenatal clinic number 2 in Odessa. The first (primary) group consisted of 87 pregnant women with threatened miscarriage. The second (control) group included 60 pregnant women with pregnancy which occurs normally. The majority of women with threatened abortion (49%) revealed the presence of conflict with pregnancy or maternity situation; it was indicating that women unprepared for a pregnancy and

childbirth, the inadequate representation of the image of yourself and your baby, and a high anxiety. Among women with threatened miscarriage most types PCGD is inadequate hypogestatiognostic (10%), anxiety (11.5%) and depression (2.3%) types PCGD.

Key words: pregnancy, gestational definition of psychological component dominant, threatened miscarriage, picturesque test.

Стаття надійшла до редакції 15.12.2014 р.

Нікогосян Левон Рубенович - д.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології № 1 Одеського національного медичного університету nlr2010@rambler.ru

© Присяжнюк В.П.

УДК: 616.36-002-06:616.12-02

Присяжнюк В.П.

Буковинський державний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб (пл. Театральна, 2, м. Чернівці, Україна, 50002)

СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ НЕВІРУСНОГО ПОХОДЖЕННЯ РІЗНОГО ВІКУ

Резюме. Вивчено вікові особливості структурно-функціональних параметрів серця у хворих на хронічний гепатит невірусного походження. У хворих зрілого та літнього віку виявлені достовірні зміни структурно-функціональних показників серця порівняно із молодими пацієнтами: прогресуюче збільшення розмірів лівого передсердя на 11,1% та 12,9%, правого шлуночка - на 6,1% та 5,6%, товщини задньої стінки лівого шлуночка в діастолу - на 14,4% та 18,3%, товщини міжшлуночкової перетинки у діастолу - на 5,9% та 11,9%; достовірне зниження фракції викиду на 6,1% та 8,5% відповідно. У літніх пацієнтів достовірно зменшувалися показники кінцевого діастолічного та систолічного розмірів лівого шлуночка на 10,9% та 18,6% порівняно із такими у хворих молодого віку. У пацієнтів із хронічним гепатитом з віком збільшувались показники маси міокарда лівого шлуночка на 13,8% та 25,2% та індексу маси міокарда лівого шлуночка - на 15,8% та 29,6%; змінювалась геометрія лівого шлуночка, що у молодому віці проявлялась розвитком концентричного ремоделювання та ексцентричної гіпертрофії лівого шлуночка, а у хворих зрілого та літнього віку збільшенням кількості осіб із концентричною гіпертрофією лівого шлуночка.

Ключові слова: хронічний гепатит, ехокардіографія, фракція викиду.

Вступ

Відомо, що серцево-судинна система зазнає різнобічних ушкоджень у хворих із хронічним гепатитом (ХГ). У крові пацієнтів із ХГ збільшується вміст активних кардіотропних чинників, таких як фактор некрозу пухлин- α , оксид азоту, передсердний натрійуретичний пептид, зменшується рівень кортизолу; зазначене зумовлює зміни у тонусі судин та впливає на скоротливу здатність міокарда [Mookerjee et al., 2003; Liu, Lee, 2011; Dhanda et al., 2012]. У дослідженні М.М. Потяженка, М. О. Савченко [2013] показано, що у хворих на ХГ спостерігаються структурно-функціональні зміни серцево-судинної системи, які виявляються у порушенні серцевого ритму та провідності, зміні геометричних параметрів лівого шлуночка, формуванні його систолічної та діастолічної дисфункцій. У роботах Л.В. Журавльової [2005] виявлено тенденцію до розвитку у пацієнтів із ХГ концентричного ремоделювання та концентричної гіпертрофії лівого шлуночка. Незважаючи на значний інтерес вчених до дослідження впливу патологічного процесу у печінці у хворих на ХГ на стан серцево-судинної системи, даних про вікові аспекти таких змін нами не знайдено.

Метадослідження - вивчити вікові особливості структурно-функціональних параметрів серця у хворих на ХГ невірусного походження.

Матеріали та методи

З метою вивчення особливостей структурно-функ-

ціональних змін серця у хворих на ХГ, проведено ЕхоКГ дослідження 38 пацієнтів із ХГ. Всіх обстежених хворих та практично здорових осіб поділено за віковим аспектом згідно класифікації періодів життя людини Європейського регіонального бюро ВООЗ (1963р.). Відповідно до цієї класифікації виділено три групи: 11 пацієнтів віком від 30 до 44 років (I група), 15 хворих у віці від 45 - 59 років (II група) та 12 пацієнтів віком від 60 до 74 років (III група). Серед обстежених хворих переважали чоловіки - 27 осіб (71,1%). Тривалість захворювання з моменту встановлення діагнозу ХГ становила від 1 до 5 років. Переважним етіологічним чинником розвитку ХГ у обстежених пацієнтів було довготривале зловживання алкогольними напоями, на тлі періодичних, клінічно підтверджених, впливів побутових та промислових токсинів. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб репрезентативних за віком та статтю до досліджуваних груп, які згідно вищевказаної класифікації були розділені на три групи - по 10 осіб в кожній. Перед проведенням обстеження всі пацієнти та практично здорові волонтери дали письмову інформовану згоду на проведення дослідження.

Ехокардіографічне дослідження виконане за допомогою ультразвукової діагностичної системи "En Visor HDC" фірми Philips Ultrasound System (США) із визначенням структурно-функціональних параметрів серця за методикою М.Н. Асмі, М.Д. Валш [Асмі et al., 1995]. Проводився розрахунок показників кардіогемодинамі-