

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

DOI: 10.21802/gmj.2016.4.12

УДК 618.2-083+616-056.3+618.414.8

Басюга І.О.

## Особливості психоемоційного стану вагітних з маловоддям

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна

e-mail: irusja\_b@ukr.net

**Резюме.** Маловоддя – це акушерська патологія, яка займає одне з провідних місць у структурі перинатальної захворюваності. У 70 % випадків причини такого стану є нез'ясованими, що вимагає подальшого удосконалення діагностики та лікувальної тактики. **Мета дослідження.** Вивчити психоемоційний стан вагітних із маловоддям. **Матеріал і методи дослідження.** Проведено обстеження 120 вагітних з маловоддям, яке було діагностовано в терміні гестації 27-29 тижні. Контрольну групу склали 30 соматично здорових жінок із фізіологічним перебігом вагітності. Психоемоційний стан жінок оцінювали шляхом опитування за допомогою шкали, запропонованої С. Д. Спілбергером та адаптованої Ю. А. Ханіним. **Результати дослідження.** При вивченні психологічних особливостей нами не встановлено достовірних відмінностей у рівні особистісної тривоги у жінок з маловоддям та вагітних без маловоддя. Крім того, констатовано подібний розподіл обстежених за низьким, середнім та високим рівнями даного показника між обстеженими двома групами. Проте, аналіз отриманих даних показав підвищений рівень ситуативної тривожності в основній групі ( $43,28 \pm 1,36$  бали), порівняно з контрольною ( $35,30 \pm 2,22$  бали,  $p < 0,01$ ). Також серед жінок з маловоддям констатовано підвищену ( $p < 0,01$ ) частку осіб з високим рівнем даного параметру та зменшену – з низьким. **Висновок.** Рівень особистісної тривожності у вагітних з маловоддям не відрізняється від показника здорових вагітних та відповідає середньому значенню. А рівень ситуативної тривожності, хоча і відповідає межам середніх величин, є достовірно підвищений, порівняно з вагітними з фізіологічною гестацією ( $p < 0,01$ ). Також у цієї категорії пацієнтів відзначається достовірно збільшена частка осіб з високим рівнем даного показника ( $p < 0,01$ ).

**Ключові слова:** вагітність, маловоддя, психоемоційний стан.

## Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Пріоритетним принципом сучасного акушерства є охорона матері та плоду. Маловоддя – це акушерська патологія, частота якої постійно зростає. За даними іноземних наукових джерел, це ускладнення вагітності має безпосередній вплив на збільшення кількості оперативного розродження, перинатальної захворюваності та смертності [3,7]. Складна економічна ситуація, нестабільність соціально-побутових умов, з однієї сторони, та зростання відсотку неплодних пар, невиношування вагітності, частоти акушерських ускладнень, екстрагенітальної патології у вагітних, з іншої, може зумовлювати розвиток порушень психоемоційного стану подружжя, зокрема, жінки.

За даними літератури вагітність сприяє виникненню нервово-психічних змін у 70 % жінок [1]. Гестаційна домінанта може спонукати не лише до фізіологічних перемін в організмі вагітної. Дуже часто це супроводжується амбівалентністю емоцій по відношенню до майбутнього материнства, емоційною лабільністю, дратівливістю, переживань стосовно розвитку дитини, стану свого здоров'я, перебігу майбутніх пологів [2]. Дані відчуття є цілком нормальною реакцією на такі глибокі та ні з чим незрівнянні зміни в організмі жінки, переосмислення її життєвих пріоритетів, соціального статусу [4]. При оптимальному ставленні до вагітності, підтримці батька дитини, рідних формується сприятливий фон для пролонгації гестації незалежно від її перебігу та інтуїтивний зв'язок з ще ненародженою дитиною.

**Мета дослідження:** вивчити психоемоційний стан вагітних із маловоддям.

## Матеріал і методи дослідження

На базі Івано-Франківського міського клінічного пологового

будинку проведено обстеження 120 вагітних з маловоддям в терміні гестації 27-29 тижнів, які становили основну групу. Контрольну групу склали 30 соматично здорових жінок з фізіологічним перебігом вагітності. Діагноз маловоддя встановлено на основі комплексного обстеження вагітних жінок в 27-30 тижнів за допомогою стандартного визначення індексу амніотичної рідини (ІАР). Критерії виключення з групи дослідження: наявність вроджених вад розвитку плоду, тяжкої екстрагенітальної патології у жінки, передчасний розрив амніона, нервово-психічних порушень на момент проведення анкетування.

Рівень тривожності визначали за допомогою шкали, запропонованої С. Д. Спілбергером та адаптованої Ю. А. Ханіним, що складається з двох підшкал: особистісної та ситуативної (реактивної) тривожності [5].

Для статистичного аналізу отриманих даних використовували програму Statistica 6.0. На підставі кількісних даних вираховували середню арифметичну величину, середнє стандартне відхилення. На основі комп'ютерних програм в Microsoft Excel для категорійних (або якісних) даних проводили розрахунок відносних величин (частоти ознаки на 100 обстежених), їх похибок, достовірність різниці перевіряли за критерієм Хі квадрат. Різницю між величинами, які порівнювали, вважали достовірною при  $p < 0,05$ .

## Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік між жінками досліджуваних груп статистично не відрізнявся та становив –  $27,23 \pm 0,76$  роки в контрольній і  $27,12 \pm 0,44$  – в основній. Переважна більшість пацієнтів перебувала у зареєстрованому шлюбі – 28 осіб ( $93,33 \pm 4,55$  %) з фізіологічною гестацією, 107 ( $89,17 \pm 2,84$  %) – з маловоддям. Незареєстрований шлюб мали дві здорові вагітні ( $6,67 \pm 4,55$  %) та 9 жінок з маловоддям ( $7,50 \pm 2,40$  %). Одинокими або розлученими на момент обстеження були чотири вагітні ( $3,33 \pm 1,64$  %) в основній групі.

При вивченні репродуктивного анамнезу та особливостей перебігу вагітностей встановлено, що достовірних відмінностей між показниками акушерського анамнезу в контрольній та основній групах не було. Серед жінок із маловоддям констатовано 48 ( $40,00 \pm 4,47$  %) першовагітних та 72 ( $60,00 \pm 4,47$  %) повторновагітних. При обстеженні пацієнок із фізіологічним перебігом гестації відзначалась аналогічна тенденція – 13 осіб ( $43,33 \pm 9,05$  %) мали першу вагітність та 17 ( $56,67 \pm 9,05$  %) – повторну. Однак, привертає увагу підвищена кількість абортів у пацієнтів основної групи – 32 вагітні ( $26,67 \pm 4,04$  %) відносно чотирьох осіб контролю ( $13,33 \pm 6,21$  %). З них більшу частину припадало на ранні самовільні викидні – 18 випадків ( $15,00 \pm 3,26$  %) проти відсутніх таких серед жінок без маловоддя. А частка артифіціальних абортів співпадала в двох групах обстежених – 14 вагітних ( $11,67 \pm 2,93$  %) в основній групі та чотири ( $13,33 \pm 6,21$  %) – в контрольній. Слід відзначити, що серед жінок, які мали штучне переривання вагітності, у п'яти обстежених ( $4,17 \pm 1,82$  %) з маловоддям показом до нього був аборт, що не відбувся, тоді як таких випадків у здорових пацієнтів не було.

При вивченні психологічних особливостей нами не встановлено достовірних відмінностей у рівні особистісної тривоги в жінок з маловоддям, порівняно із фізіологічним перебігом вагітності. У перших він становив  $39,47 \pm 1,11$  бали, у других –  $37,13 \pm 1,87$  бали. Крім того, констатовано подібний розподіл обстежених за низьким, середнім та високим рівнями даного показника між вагітними двох груп. Зокрема,

близько половини осіб мали середній рівень особистісної тривожності – 14 ((46,67±9,11) %) здорових вагітних та 57 ((47,50±4,56) %) жінок з маловоддям, а третина – високий, 11 ((36,67±8,80) %) у контрольній та 39 обстежених ((32,50±4,58) %) в основній групах. Низький рівень констатовано у 5 ((16,67±6,80) %) та 24 осіб ((20,00±3,65) %) відповідно.

Проте, аналіз отриманих даних показав підвищений рівень ситуативної тривожності в основній групі (43,28±1,36 бали) порівняно з контрольною (35,30±2,22 бали,  $p<0,01$ ). Крім достовірно збільшеного даного показника нами виявлено підвищену частку осіб з високим рівнем даного параметру та зменшену – з низьким. Так, відсоток обстежених з високим рівнем ситуативної тривожності серед вагітних з маловоддям - 50 жінок ((41,67±4,50) %) був вищим, ніж серед здорових вагітних - 7 осіб (23,33±7,72%,  $\chi^2=9,26$ ,  $p=0,002$ ). Частка жінок з низьким рівнем переважала в контрольній групі - 12 вагітних ((40,00±8,94) %), ніж в основній 35 осіб ((29,17±4,15) %). Аналогічну тенденцію щодо середнього рівня ситуативної тривожності констатовано в обох групах, кількість пацієнтів в яких становила відповідно 11 ((36,67±8,80) %) та 35 жінок ((29,17±4,15) %).

Дослідження пов'язані із вивченням психології материнства дають можливість зробити висновок, що стан вагітності є одним із найважливіших етапів у житті жінки та відповідним пунктом у розвитку її як особистості та матері. Аналізуючи вітчизняну та зарубіжну літературу [1,3,6,7], отримано окремі дані про особливості психоемоційного стану при деяких патологіях вагітності (вроджені патології центральної нервової системи у плоду, артеріальна гіпертензія у матері, нейроендокринні порушення), які свідчать про підвищення тривожності, психоемоційної лабільності та наявність психологічної дезадаптації. Вивчення психоемоційного стану жінок, вагітність яких перебігає на фоні маловоддя, нами в доступних наукових публікаціях не знайдено.

### Висновки

1. Рівень особистісної тривожності у вагітних з маловоддям не відрізняється від показника при фізіологічній гестації та відповідає середньому значенню.

2. У жінок з маловоддям рівень ситуативної тривожності, хоча і відповідає межах середніх величин, є достовірно підвищений, порівняно зі здоровими вагітними ( $p<0,01$ ). У цієї категорії пацієнтів також відзначається достовірно збільшена частка осіб з високим рівнем даного показника ( $p<0,01$ ). Такі особливості психоемоційного стану вагітних з ускладненим перебігом гестації можуть стати передумовою і для ускладненого перебігу пологів за рахунок порушення психологічної адаптації до вагітності.

### Перспективи подальших досліджень

Вважаємо за доцільне вивчити особливості психологічного стану вагітних жінок при інших ускладненнях гестації з метою розробки програм психологічної корекції.

### Література

- Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство. – СПб.: Сотис. – 2001. – 311 с.
- Астахов В.М., Максименко Ю.Б. Автоматизация клинико-психологических исследований в акушерско-гинекологической практике. – Донецк: Новый мир, 1996. – 84 с.
- Венцківська І.Б. Вплив психоемоційного навантаження на перебіг вагітності / І.Б. Венцківська, О.Ф. Майданник, Я.М. Вітовський // 36. Наук праць Асоціації акуш-гінек. України. – К.: Інтермед, 2010. – С. 20-24.
- Потапов В.О. Дослідження психоемоційного стану вагітних з урахуванням психосоматичного компоненту / Потапов В.О., Чугунов В.В., Сюсюка В.Г. // Тавр. мед-биол. Вестник. – 2012. Том 15. № 2. Ч.1 (58). С. 253-255.
- Сборник психологических тестов. Часть I: Пособие / Сост. Е.Е.Миронова – Мн.: Женский институт ЭНВИЛА, 2005. – 155 с. (с. 16-18).

6. Шукина Е.Г. Самоорганизация системы «мать-дитя» под влиянием стресса / Е.Г. Шукина, С.Л. Соловьева // Мир психологии. – 2008. -№ 4. – С.112-120.

7. Saadia Sultana, Muhammad Nadim Akbar Khan, Khalida Adeeб Khanum Akhtar, Muhammad Aslam Low amniotic fluid index in high-risk pregnancy and poor appgar score at birth. J of the Coll of Physicians and Surgeons Pacistan 2008; 18 (10):630-634.

*Басюга І.Е.*

### Особенности психоэмоционального состояния беременных с маловодием

ГВУЗ “Івано-Франківський національний медичинський університет”, г. Івано-Франківск, Україна e-mail:irusja\_b@ukr.net  
**Резюме.** Маловодие – это акушерская патология, которая занимает одно из ведущих мест в структуре перинатальной заболеваемости и смертности. Причины, которые вызывают данное состояние, в 70 % случаев неизучены, поэтому диагностика и лечебный подход требует дальнейшего изучения. **Цель исследования.** В работе проведена оценка психоэмоционального состояния беременных с маловодием, которые получили разное лечение. **Материал и методы исследования.** Проведено исследование 120 беременных в сроке 27-29 недель с маловодием. Контрольную группу составили 30 соматически здоровых беременных с физиологическим протеканием беременности. Психоэмоциональное состояние беременных оценивали при опросе с помощью шкалы, предложенной С. Д. Спилбергером адаптированной Ю. А. Ханиным. **Результаты исследования.** При изучении психологических особенностей нами не были установлены достоверные отличия уровня личностной тревоги у женщин с маловодием и без маловодия. Анализ полученных данных показал повышенный уровень ситуативной тривожности в основной группе (43,28±1,36 балла), в сравнении с контрольной (35,30±2,22 балла,  $p<0,01$ ). Так, среди беременных с маловодием установлено повышение части женщин с высоким уровнем даного параметра и снижение – с низким. **Выводы.** Уровень личностной тривожности у беременных с маловодием не отличается от показателя здоровых беременных и соответствует среднему значению. А уровень ситуативной тривожности, хоть и находится в пределах средних показателей, но достоверно повышен в сравнении с беременными физиологической беременностью ( $p<0,01$ ). Также у данной категории пациенток отмечается достоверно повышенная часть женщин с высоким уровнем даного показателя ( $p<0,01$ ).

**Ключевые слова:** беременность, маловодие, психоэмоциональное состояние.

*I.O. Basiuga*

### Peculiarities of Psychoemotional State in Pregnant Women with Oligohydramnios

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

E-mail: irusja\_b@ukr.net

**Abstract.** Oligohydramnios is an obstetric pathology being one of the most common perinatal diseases. In 70% of cases, its causes are unclear which requires further improvement of diagnostics and treatment tactics.

**The objective** of the research was to examine psychoemotional state in pregnant women with oligohydramnios.

**Materials and methods.** 120 pregnant women with oligohydramnios diagnosed at 27-29 weeks of gestation were examined. The control group included 30 somatically healthy women with physiological course of pregnancy. Psychoemotional state of women was evaluated using the survey and the scale proposed by S.D. Spilberg and adapted by Yu.A. Khanin.

**Results.** When studying psychological peculiarities, we did not reveal reliable differences in the level of trait anxiety between women with oligohydramnios and pregnant women without it. Moreover, there was observed a similar division of patients by the low, medium and high levels of this indicator among patients of both groups. However, the analysis of the obtained data showed the increase in the level of state anxiety in the main group (43.28±1.36 points) compared to the control one (35.30±2.22 points,  $p<0.01$ ). Among women with oligohydramnios, an increase in the proportion of individuals with a high level of this parameter ( $p<0.01$ ) as well as a decrease in the proportion of individuals with a low level of this parameter was observed.

**Conclusions.** The level of trait anxiety in pregnant women with oligohydramnios did not differ from that in healthy women and corresponded to the average value, while the level of state anxiety

which corresponded to the average values as well, significantly increased compared to pregnant women with physiological gestation ( $p < 0.01$ ). Among this category of patients, a statistically significant increase in the proportion of individuals with a high level of this parameter was observed ( $p < 0.01$ ).

**Keywords:** pregnancy; oligohydramnios; psychoemotional state.

Received: 17.10.2016

Revised: 07.11.2016

Accepted: 09.11.2016

DOI:10.21802/gmj.2016.4.2

УДК: 616.314-07+616.314-085+616.314.18+616.314.11

Бульбук О.В., Рожко М.М.

### Оптимізація діагностичного процесу при оцінці величини дефектів твердих тканин зубів після ендодонтичного лікування

Кафедра стоматології ПО (в.о. зав. каф. – проф. Палійчук І.В.)

Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

bulbuk85@gmail.com

**Резюме.** Однією із проблем при проведенні відновлення дефектів твердих тканин зуба є вибір оптимального методу лікування зубів після ендодонтичного лікування. Робота спрямована на вивчення відсоткового співвідношення об'єму коронкової частини порожнини зуба до його коронки, що дасть можливість оптимізувати визначення об'єму дефекту твердих тканин зуба після ендодонтичного лікування та вибирати оптимальний метод стоматологічного лікування дефектів твердих тканин зуба.

**Мета дослідження** – оптимізувати діагностичний процес при лікуванні уражень коронкової частини зубів після ендодонтичного лікування шляхом визначення відсоткового співвідношення об'єму коронкової частини порожнини зуба до загального об'єму коронки зуба для різних груп зубів.

**Матеріали та методи дослідження:** Матеріалом для проведення нашого дослідження стали видалені зуби зі збереженою коронковою частиною.

Об'єм коронкової частини порожнини зуба та загальний об'єм коронки зуба ми визначали за запропонованою нами методикою. Розрахувавши співвідношення об'єму коронкової частини порожнини зуба до об'єму коронки зуба, ми отримали об'єм, що займає коронкова порожнина зуба.

**Результати:** при дослідженні ми отримали відсоткове значення об'єму, що займає коронкова порожнина зуба у порівнянні до його коронки для різних груп зубів.

**Висновки.** Для оцінки величини уражень коронкової частини зубів після ендодонтичного лікування рекомендуємо використовувати отримані нами дані, що у фронтальній групі зубів верхньої та нижньої щелепи коронкова частина порожнини зуба займає до 10% об'єму коронки зуба, а у жувальній групі зубів верхньої та нижньої щелепи коронкова частина порожнини зуба займає до 5% об'єму коронки зуба.

**Ключові слова:** дефект твердих тканин зуба, порожнина зуба, діагностика, класифікація, ортопедичне лікування, індекс руйнування.

#### Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

В останні два десятиліття в теорії і практиці стоматології відбулися фундаментальні зміни: в даний час вона розвивається в умовах ринкових відносин, які диктують свої вимоги не тільки в економічній сфері, але і висувають на перший план необхідність наукового пошуку і теоретичного обґрунтування найбільш ефективних методів діагностики, лікування і профілактики основних стоматологічних захворювань [1]. Потрібна розробка єдиних підходів до нормування, планування і підвищення якості стоматологічної допомоги, підготовки і перепідготовки лікарських кадрів, раціональному використанню кадрових і матеріальних ресурсів стоматологічних установ. Основою роботи в даному напрямі є створення стандартів (алгоритмів) надання стоматологічної допомоги населенню [2].

Однією із проблем при проведенні відновлення дефектів твердих тканин зуба – є вибір оптимального методу лікування зубів після ендодонтичного лікування. У недепульпованому зубі з дефектом твердих тканин у клінічній коронці

є дві порожнини — зовнішня і внутрішня (Рис. 1). Зовнішня виникла в результаті патологічного процесу, а друга (внутрішня) — порожнина коронки зуба. В даному випадку клінічно (у ротовій порожнині пацієнта) лікар може оцінити величину тільки зовнішньої порожнини. Внутрішня порожнина розташовується в коронці і корені зубів. Значна частина даної порожнини розміщується в коронці зуба. Її розміри змінюються протягом життя людини. Сумарна оцінка розмірів внутрішньої і зовнішньої порожнин можлива тільки в депульпованому зубі при значному руйнуванні або на етапі лікування зуба, коли проведено ендодонтичне втручання. У зв'язку з цим об'єм дефекту твердих тканин зуба збільшується на об'єм коронкової порожнини зуба. Залежно від величини дефекту коронки зуба змінюються і методи лікування. Об'єм пульпової камери вивчали за допомогою радіовізіографії [3] та за допомогою еластомерів [4]. Розміри пульпової камери описані в сучасних працях по ендодонтії та антропології [5,6].

Але нам для об'єктивізації діагностичного процесу важливе значення має власне об'єм коронкової частини пульпової камери та яку відсоткову частинку займає об'єм коронкової частини пульпової камери до загального об'єму коронки зуба для різних груп зубів.

На підставі вищевикладеного, актуальним є вивчення відсоткового співвідношення об'єму коронкової частини порожнини зуба до його коронки, що дасть можливість оптимізувати визначення об'єму дефекту твердих тканин зуба після ендодонтичного лікування та вибирати оптимальний метод лікування дефектів твердих тканин зуба.

**Мета дослідження** - оптимізувати діагностичний процес при лікуванні уражень коронкової частини зубів після ендодонтичного лікування шляхом визначення відсоткового співвідношення об'єму коронкової частини порожнини зуба

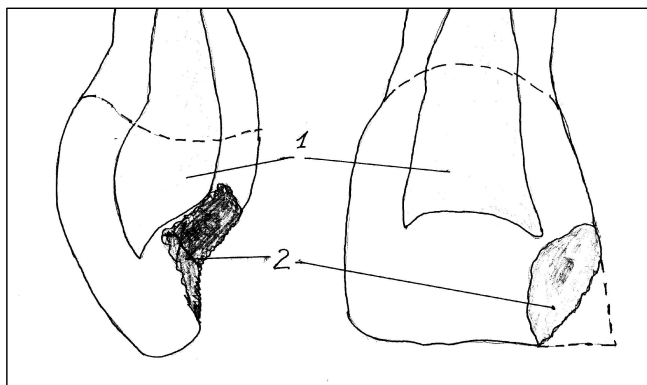


Рис. 1. Схема зуба з дефектом твердих тканин (1 – внутрішня порожнина коронки зуба, 2 – зовнішня порожнина)