

3. Оптимальний період існування анастомозу між двома етапами хірургічного лікування ТФ становив 100 днів, оскільки ймовірність зниження функції шунта або його тромбозу протягом цього періоду часу мінімальна.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Kirklin J. W., Barrat-Boyes B. G.* Cardiac surgery: morphology, diagnostic criteria, natural history, techniques, results and indications.— 2nd ed.— N. Y.: Churchill Livingstone Inc., 1993.— С. 701-799.

2. *Jonsson H., Ivert T., Brodin L.* Echocardiographic findings in 83 patients 13-26 years after intracardiac

repair of tetralogy of Fallot // *Eur. Heart J.* — 1995. — N 16. — P. 1255-1263.

3. *Left ventricular volume as a predictor of postoperative hemodynamics and a criterion for total correction of tetralogy of Fallot / S. Nomoto, R. Muraoka, M. Yokota et al.* // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* — 1984. — N 88.— P. 389-394.

4. *Reddy V. M., Liddicoat J. R., Elhinney D. B.* Routine primary repair of tetralogy of Fallot in neonates and infants less than three months of age // *Ann. Thorac. Surg.* — 1995. — N 60. — P. 592-896.

5. *Fermanis G. G., Ekangaki A. K., Salmon A. P.* Twelve year experience with the modified Blalock-Taussig shunt in neonate // *Eur. J. Cardio-*

thorac. Surg. — 1992. — N 6. — P. 586-589.

6. *Hennein H. A., Mosca R. S., Urcelay G.* Intermediate results after complete repair of tetralogy of Fallot in neonates // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* — 1995. — N 109. — P. 332-344.

7. *Gladman G., Crindle B. W., Williams W. G.* The modified Blalock-Taussig shunt: clinical impact and morbidity in Fallot's tetralogy in the current era // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* — 1997. — N 114. — P. 25-30.

8. *Stellin G., Milanesi O., Rubino M.* Repair of tetralogy of Fallot in the first six months of life: transatrial versus transventricular approach // *Ann. Thorac. Surg.* — 1995. — N 60. — P. 588-591.

УДК 618.3-06:616.8-009.24:159.942-055.26

С. Р. Галич

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ВАГІТНИХ ІЗ ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ

Одеський державний медичний університет

Вступ

Сьогодні прееклампсія залишається однією із найактуальніших проблем у сучасному акушерстві. Високі показники перинатальної захворюваності та смертності, зростання частоти атипичних форм патології, значні матеріальні витрати, обумовлені необхідністю використання численних медикаментів, роблять проблему актуальною не лише з медичної, а й із соціальної точки зору [2; 7].

Відомо, що фізіологічний перебіг вагітності забезпечується певними адаптаційними змінами всіх органів і систем материнського організму. З точки зору сучасних знань, прееклампсія — синдром дисадаптації, а її клінічні ознаки — це прояви поліорганної і полісистемної функціональної недостатності [2; 9]. Досі триває пошук ранніх методів прогнозування та розробка методів

адекватної корекції цього ускладнення вагітності. З точки зору єдності психічного та соматичного в організмі, значний інтерес становлять особистісні характеристики жінок із фізіологічною та ускладненою вагітністю.

Дослідження, проведені авторитетними науковцями, продемонстрували наявність змін психічного стану в 70 % обстежених вагітних та роділей [1; 3; 5]. З метою зменшення ускладнень при пологах вітчизняними вченими і практиками розробляються та впроваджуються багато років з успіхом застосовуються методики психопрофілактичної підготовки до пологів [6; 10]. Незважаючи на те, що останніми роками ширше вивчалися особливості психосоматичного стану пацієнток, досі немає чітких даних щодо особистісних характеристик жінок, що обумовлюють ускладнений перебіг вагітності. Одночасно клінічна практика

свідчить про те, що психологічний та емоційний стан пацієнток нерідко стає значущим фактором у перебігу захворювань і визначає ефективність проведеного лікування.

Мета роботи — встановити особливості психоемоційного стану жінок, вагітність яких ускладнилася прееклампсією.

Матеріали та методи дослідження

Нами проведено клініко-психологічне обстеження 190 жінок, які були розподілені на три клінічні групи. Перша група складалась із 20 здорових невагітних жінок. До другої групи увійшли 60 здорових жінок, вагітність яких перебігала фізіологічно. Третю групу сформовано із 110 пацієнток, вагітність яких ускладнилася прееклампсією різних ступенів тяжкості. Обстеження жінок проводили до вагітності і повторювали у різні терміни гестації. Під час обстеження вивчали скарги



пацієнток, загальний і спеціальний анамнез, об'єктивні показники перебігу вагітності. Особливу увагу звертали на типові вегетативно-емоційні скарги (головний біль, відчуття серцебиття, загальна слабкість, пітливість та ін.). Клініко-психологічні методи дослідження полягали у визначенні ступеня реактивної та особистісної тривожності за Спілбергером — Ханіним, характеру самооцінки жінок за методикою «Само-відчуття, активність, настрої» (САН) [4; 8]. Отримані під час клініко-психологічного дослідження показники обраховували і порівнювали за допомогою пакета стандартних статистичних програм "Statistica". При цьому вивчали середні значення, їхню похибку, стандартне відхилення кількісних та якісних показників, порівнювали їх між собою, встановлювали наявність кореляційних зв'язків.

Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік обстежених жінок коливався у межах ($23,7 \pm 0,23$) року. За цим показником пацієнтки різних клінічних груп не розрізнялися ($P > 0,05$ для всіх порівнянь).

З метою вивчення вегетативно-емоційних скарг (ВЕС) було розроблено спеціальну анкету, яка дозволяла оцінити зазначені скарги у жінок до вагітності та їх динаміку впро-

довж вагітності (табл. 1). Насамперед звертав на себе увагу той факт, що серед жінок, в яких згодом розвинулася преєклампсія, до вагітності вірогідно частіше відмічалися скарги вегетативно-емоційного характеру. Фізіологічний перебіг вагітності у здорових жінок характеризувався збільшенням частоти ВЕС у першому триместрі вагітності (7–12 тиж.) та у 29–32 тиж. Вірогідно, що ці скарги були ознаками адаптаційно-приспосувальних процесів у материнському організмі, які проявлялись у зазначені терміни гестації. У жінок, в яких вагітність ускладнилася преєклампсією, ВЕС з'являлися пізніше (з 22–28 тиж.) і зберігалися до терміну пологів.

Показник частоти ВЕС перебував у кореляційних зв'язках із показниками ступеня тяжкості гестозу ($r=0,59$) та терміном гестації ($r=0,23$ при $P < 0,05$ для всіх випадків).

Важливою особистісною характеристикою є тривожність людини. Розрізняють тривожність як індивідуальну характеристику чи рису характеру (особистісна тривожність — ОТ) і тривожність як реакцію на ситуацію, емоційний стан (реактивна, ситуаційна тривожність — РТ). Згідно з даними літератури, ОТ — відносно стійка індивідуальна характеристика людини, що дає уявлення про її схильність сприймати ситуацію чи реагу-

вати на неї проявами стану тривожності (Спілбергер, 1984). На відміну від попередньої риси, РТ — це ситуативний стан тривоги, що характеризується неприємними емоціями напруження, занепокоєння, заклопотаності. Саме РТ супроводжується активацією вегетативної нервової системи й оцінюється як емоційна реакція на психотравмуючу ситуацію [4].

Вивчення ОТ у здорових невагітних жінок показало, що серед них переважали особи із середнім рівнем тривожності (80 %). Кількість пацієнток, які мали високі та низькі значення ОТ, до вагітності була однаковою (по 2 жінки — 10 %). Середні значення ОТ у здорових жінок до вагітності знаходились у межах «середньотривожних» (31–45 балів). Як видно із табл. 2, показник ОТ до настання вагітності був вірогідно вищим у жінок, в яких потім вагітність ускладнилась преєклампсією, і оцінювався як «висока тривожність» (понад 45 балів).

Відповідно вищими були середні значення зазначеного показника в міру прогресування вагітності у тих жінок, в яких вона ускладнилась преєклампсією при стабільних «середньотривожних» значеннях ОТ впродовж фізіологічної вагітності.

Показник ОТ перебував у прямих кореляційних зв'язках

Таблиця 1

Частота скарг вегетативно-емоційного характеру в обстежених жінок впродовж фізіологічної та ускладненої преєклампсією вагітності

Групи	Здорові вагітні		Ступінь преєклампсії					
			легкий		середній		тяжкий	
	n	M±m	n	M±m	n	M±m	n	M±m
До вагітності	20	0,15±0,08	10	0,36±0,06*	10	0,40±0,12*	10	0,38±0,06*
7–12 тиж	15	0,60±0,12**	10	0,42±0,12	5	0,41±0,18	5	0,42±0,12
13–21 тиж	15	0,20±0,06	10	0,38±0,21	5	0,20±0,32	5	0,20±0,06
22–28 тиж	10	0,20±0,13	15	0,6±0,12*	5	0,50±0,13*	5	0,80±0,38*
29–32 тиж	15	0,50±0,13**	20	0,95±0,15*	5	0,85±0,12*	5	1,6±0,4*
33–36 тиж	15	0,20±0,11	10	0,70±0,21*	5	0,80±0,38*	5	1,60±0,25*
37–39 тиж	20	0,10±0,07	40	0,68±0,11*	10	1,3±0,3*	10	2,0±0,00*

Примітка. * — вірогідна відмінність порівняно з показником у здорових вагітних даного терміну гестації; ** — вірогідна відмінність порівняно з показником іншого терміну гестації.



із показниками ступеня тяжкості прееклампсії ($r=0,59$); частоти ВЕС ($r=0,34$) та терміном гестозу ($r=0,31$) при $P<0,05$ для всіх пар.

До настання вагітності здорові жінки продемонстрували «середньотривожні» значення РТ. На відміну від них, середній показник РТ у пацієнток із прееклампсією до настання вагітності свідчив про високу реактивну тривожність (табл. 3). Фізіологічна вагітність характеризувалася підвищенням РТ у першому триместрі (7–12 тиж гестації). У II триместрі фізіологічної вагітності відмічалася стабілізація показника РТ до його середніх значень, що, на нашу думку, свідчило про адаптацію організму жінки до вагітності. У жінок, в яких згодом розвинулася прееклампсія, впродовж усього періоду гестації констатовані високі

значення реактивної тривожності.

Показник РТ мав прямі кореляційні зв'язки із показниками ступеня тяжкості прееклампсії ($r=0,63$ при $P<0,05$); частоти ВЕС ($r=0,29$ при $P<0,05$) та терміном гестозу ($r=0,24$ при $P<0,05$). Обидва показники тривожності мали тісний кореляційний зв'язок один з одним ($r=0,70$ при $P<0,05$).

За результатами самооцінки пацієнток виявилось, що здорові жінки оцінюють своє самопочуття до вагітності нижче середнього ($<5,0-5,5$). Це стосувалося усіх трьох параметрів тестового опитувальника САН (рисунок).

У I триместрі фізіологічної вагітності респондентки відмітили зниження самопочуття, яке значно поліпшувалося з 13–21-го тижня і залишалось стабільно високим у 22–28 тиж.

Після 29-го тижня відмічено ще більше покращання самопочуття жінок аж до максимальних значень і деяке його зниження перед пологами, що відповідало нормативним значенням тесту. Іншими словами, можна констатувати, що процес адаптації до вагітності характеризується погіршенням самопочуття жінок у I триместрі, яке з 13-го тижня до терміну пологів змінюється на значне його покращання. Слід зазначити, що максимальні показники САН відмічені у 29–32 тиж, саме тоді, коли у жінок частішають скарги вегетативно-емоційного характеру. Можна прогнозувати, що психологічна адаптація під час вагітності полягає у позитивному сприйнятті свого самопочуття.

Для жінок, в яких згодом вагітність ускладнилася прееклампсією легкого ступеня,

Таблиця 2

Середні значення особистісної тривожності впродовж фізіологічної та ускладненої прееклампсією вагітності, $M\pm m$

Групи	Здорові вагітні		Ступінь прееклампсії					
			легкий		середній		тяжкий	
	n	$M\pm m$	n	$M\pm m$	n	$M\pm m$	n	$M\pm m$
До вагітності	20	39,0±1,34	10	49,6±1,24*	10	50,4±1,26*	5	51,5±1,32*
7–12 тиж	15	40,4±1,56	10	50,2±1,18*	5	48,6±1,32*	5	49,6±1,26*
13–21 тиж	15	41,4±1,23	10	46,4±1,14*	5	49,4±1,28*	5	48,4±1,30*
22–28 тиж	10	42,4±2,37	15	48,3±1,20*	5	48,9±1,24*	5	49,4±1,20*
29–32 тиж	15	41,1±1,66	20	49,6±1,24*	5	51,2±1,36*	5	50,8±1,02*
33–36 тиж	15	41,3±1,23	10	51,8±1,20*	5	49,6±1,72*	5	49,6±1,20*
37–39 тиж	20	40,0±1,47	40	48,3±0,68*	10	54,2±2,0*	10	50,4±2,20*

Примітка. * — вірогідна відмінність порівняно з показником у здорових жінок відповідного терміну гестації.

Таблиця 3

Середні значення реактивної тривожності впродовж фізіологічної та ускладненої прееклампсією вагітності, $M\pm m$

Групи	Здорові вагітні		Ступінь прееклампсії					
			легкий		середній		тяжкий	
	n	$M\pm m$	n	$M\pm m$	n	$M\pm m$	n	$M\pm m$
До вагітності	20	42,1±1,7	10	48,2±1,2*	10	50,2±1,4*	5	46,8±1,8*
7–12 тиж	15	48,3±1,2**	10	58,4±1,6*	5	56,8±1,8*	5	52,4±2,2*
13–21 тиж	15	38,5±1,2	10	58,4±2,2*	5	52,6±2,6*	5	54,2±1,8*
22–28 тиж	10	39,5±1,9	15	56,2±1,6*	5	58,4±2,4*	5	48,6±2,1*
29–32 тиж	15	39,2±1,4	20	49,3±2,01*	5	55,0±2,70*	5	52,8±3,0*
33–36 тиж	15	38,5±1,1	10	48,6±3,10*	5	52,2±2,84*	5	51,8±2,5*
37–39 тиж	20	38,6±1,1	40	50,6±1,00*	10	55,7±2,3*	10	53,0±2,5*

Примітка. * — вірогідна відмінність порівняно з показником у здорових вагітних відповідного терміну гестації;

** — вірогідна відмінність порівняно з показником у інші терміни гестації.



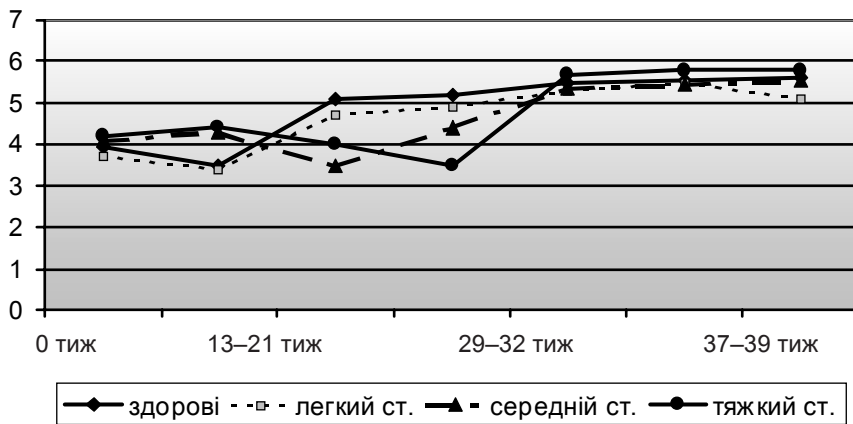


Рисунок. Динаміка середніх значень САН впродовж фізіологічної і ускладненої преєклампсією вагітності

характерні були аналогічні закономірності адаптації. Як і в попередній групі, пацієнтки 2-ї групи скаржилися на погіршення самопочуття у 7–12 тиж гестації. Подальше прогресування вагітності супроводжувалося покращанням самопочуття з 13–21-го тижня, яке стабільно знаходилося у межах нормальних показників до 33-го тижня. Перед пологамі, на фоні маніфестації клінічних проявів преєклампсії, жінки оцінили самопочуття вище норми.

На відміну від інших груп, пацієнтки, в яких розвинулася преєклампсія середнього ступеня, у I триместрі вагітності відмітили деяке підвищення середнього показника САН. Погіршення самопочуття жінки цієї групи відмітили у 13–21 тиж. У 22–28 тиж констатовано значне покращання самопочуття, яке не досягало показників норми. Нормалізація середнього показника наставала лише у 29–32 тиж вагітності, а з 33 тиж середні значення САН перевищували норму і зберігалися у межах високих значень до терміну пологів.

Для жінок із тяжким гестозом також характерним було деяке покращання самопочуття у I триместрі вагітності із подальшим стабільним його погіршенням у 13–21 та 22–28 тиж. Після 29 тиж наставало значне покращання самопочуття, яке перевершувало максимальні значення в усіх

інших групах і залишалось стабільно високим до пологів. Звертає на себе увагу той факт, що підвищення самооцінки жінок відмічалось саме у той час, коли у пацієнток визначалась маніфестація клінічних проявів преєклампсії.

Показник самопочуття респонденток знаходився у кореляційному зв'язку із показниками настрою ($r=0,51$), активності ($r=0,48$), терміну гестації ($r=0,485$), ступеня тяжкості преєклампсії ($r=0,25$), особистісної тривожності ($r=0,25$), частоти ВЕС ($r=0,23$). Активність жінок залежала від терміну гестації ($r=0,49$), настрою ($r=0,42$), особистісної тривожності ($r=0,17$). Не встановлено зв'язку активності вагітних із ступенем тяжкості преєклампсії. Настрій пацієнток залежав від таких показників, як термін гестації ($r=0,57$), ступінь тяжкості гестозу ($r=0,55$), особистісна ($r=0,49$) та ситуативна тривожність ($r=0,42$), частота ВЕС ($r=0,26$).

Висновки

Підсумовуючи отримані дані, слід відмітити, що психоемоційна адаптація до вагітності має деякі загальні риси. Для фізіологічної вагітності характерне посилення вегетативно-емоційних скарг і реактивної тривожності з одночасним погіршенням самопочуття у I триместрі. З 13-го тижня вагітності і до пологів відмічається покращання самопо-

чуття жінок із максимальними показниками у 29–32 тиж. Характерними якостями жінок, в яких згодом виникла преєклампсія, слід вважати високі (понад 46 балів) показники особистісної та реактивної тривожності на фоні зниженого самопочуття до вагітності.

Особливостями психоемоційних змін впродовж вагітності, які свідчать про дизадаптацію, вірогідно слід вважати відсутність адаптаційного збільшення скарг вегетативно-емоційного характеру у I триместрі на фоні високих показників реактивної, особистісної тривожності та самопочуття. Прогностично несприятливою є маніфестація вегетативно-емоційних скарг не у I триместрі, а з 22-го тижня вагітності. Для дизадаптації характерне погіршення самопочуття жінок після 13 тиж, тимчасом як адаптація характеризується покращанням самопочуття жінок у цей період. Можливість подальшого прогресування преєклампсії зростає у вагітних, в яких відмічається значна невідповідність між об'єктивним станом та його самооцінкою.

Отримані дані свідчать про те, що виникнення преєклампсії як синдрому дизадаптації, може бути прогнозовано до вагітності та у I триместрі вагітності, оскільки вона супроводжується характерними змінами психоемоційного стану. Окрім того, отримані дані свідчать про необхідність посилення психологічної підтримки жінок у I триместрі вагітності. Відомо, що саме у цей період формуються так звані «неповні гестаційні зміни», які нині вважають основним органічним субстратом виникнення преєклампсії [9]. Можливо, що порушення психоемоційної адаптації у цей період впливає на перебіг гестаційних змін у системі мати — плацента і сприяє неповним гестаційним змінам. Можна прогнозувати і те, що перераховані прояви



свідчать про дизадаптацію, яка виникає внаслідок патологічної імпульсації від плідного яйця до центральної нервової системи матері. Для того щоб зробити остаточні висновки, необхідні подальші дослідження особливостей адаптації при фізіологічній вагітності та при прееклампсії як синдромі дизадаптації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абрамченко А. А. Психосоматическое акушерство. — СПб.: СОТИС, 2001. — 320 с.
2. Венцківський Б. М., Запорожан В. М., Сенчук А. Я. Гестози вагітних. — К.: Аконті, 2002. — 112 с.

3. Значення хронічного психо-емоційного стресу у виникненні та розвитку прееклампсії / С. П. Писарева, С. М. Янюта, В. Б. Ткаченко та ін. // ПАГ. — 1999. — № 3. — С. 83-86.

4. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — М., 1983. — С. 62-74.

5. Каплун И. Б. Психические состояния при нормальном и осложненном течении беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук, НИИ им. Д. О. Отта. — СПб., 1995. — 22 с.

6. Коваленко Н. П. Психологические особенности и коррекция эмоционального состояния женщины в период беременности и родов: Автореф. дис. ... канд. псих. наук. — СПб., 1998. — 22 с.

7. Лук'янова О. М. Безпечне материнство — важливий профілактичний напрямок в охороні здоров'я матері та дитини // Здоров'я жінки. — 2003. — № 1 (13). — С. 4-9.

8. Практическая психодиагностика: Методики и тесты / Под ред. Д. Я. Райгородского. — Самара, 1998.

9. Серов В. Н., Стрижаков А. Н., Маркин С. А. Практическое акушерство. — М.: Медицина, 1989.

10. Чеботарева И. С. Динамика состояния эмоционально-мотивационной сферы пациенток с осложненной беременностью в процессе позитивной психотерапии // Вестн. новых мед. технологий. — 2001. — Т. VIII, № 1. — С. 45-48.

УДК 613.2:612.392.9]-057.87:355.233

В. О. Колоденко, М. П. Любчак, В. П. Печиборщ

КОРЕКЦІЯ РАЦІОНУ І БІОХІМІЧНОГО СТАТУСУ ХАРЧУВАННЯ КУРСАНТІВ ВІЙСЬКОВИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ХАРЧОВИХ ДОБАВОК

Одеський державний медичний університет

Раціоналізація харчування військових контингентів Збройних сил країни є одним із найважливіших напрямків системи державних заходів щодо забезпечення високих рівнів їхнього здоров'я і боєздатності. Це питання набуло особливої актуальності на етапі реформування Збройних сил України в умовах фінансово-економічної нестабільності. Виникаючи при цьому проблеми в організації адекватного харчування військовослужбовців повною мірою стосуються і забезпечення харчування курсантів військових навчальних закладів. Невідповідність між потребами зростаючого організму в основних нутрієнтах і біологічно активних речовинах, у тому числі мікронутрієнтах, з існуючими можливостями військових пайок негативно впливає на здоров'я і працездатність цієї групи військово-

службовців. Необхідність корекції існуючих раціонів харчування підтверджується даними досліджень, отриманими нами при оцінці фізичного розвитку, вегетативного стану, фізичної і розумової працездатності курсантів [1–3].

Тим же часом відсутність гігієнічних досліджень щодо стану білкового, вуглеводного, ліпідного та мінерального обмінів, а також функціонування окремих органів і систем у курсантів у сучасних умовах організації навчально-виховного процесу в військових навчальних закладах обмежують можливості в раціоналізації їхнього харчового статусу.

Метою цієї роботи стало проведення комплексної гігієнічної оцінки харчового статусу курсантів на прикладі одного з вищих навчальних закладів Збройних сил України

та обґрунтування способу оптимізації раціону харчування відповідно до сучасних умов їх військової підготовки.

До головних завдань, розв'язуваних нами, належать:

— гігієнічна оцінка раціонів харчування курсантів і ступеня їх адекватності фізіологічним потребам;

— вивчення стану білкового, жирового та вуглеводного обмінів курсантів до і після корекції харчування;

— розробка рекомендацій щодо оптимізації харчування курсантів за допомогою харчових добавок.

Матеріали та методи дослідження

Об'єктом дослідження були 180 курсантів одного з вищих навчальних закладів Міністерства оборони України 2–3-го курсів навчання віком 18–20 років. Вивчали їхнє фактичне

