

но, а в рамках соответствующей программы государственного или регионального значения. В противном случае локальные проекты в сфере сельского зеленого туризма в современных условиях недостатка финансовых ресурсов обречены на медленное и тяжелое самостоятельное развитие.

Все вышеперечисленное свидетельствует о том, что деятельность по предоставлению услуг по оздоровлению имеет в Запорожской области большой потенциал и привлекательную перспективу.

Литература

1. Киреев А. П. Международная экономика. — М.: Международные отношения, 1997. — 410 с.
2. Особенности развития зеленого туризма в Украине: Обзорная справка по материалам прессы [Электронный ресурс] / Официальный сайт министерства культуры Украины. — Режим доступа <http://mincult.kmu.gov.ua/mincult/uk/publish/article/183838>
3. Перспективы развития сельского зеленого туризма в Украине [Электронный ресурс] / Все о туризме: туристическая библиотека. Режим доступа: http://tourlib.net/statti_ukr/siltur7.htm.
4. Беркович В. И. Сельский зеленый туризм — приоритет развития туристической отрасли Украины / В. И. Беркович // Стратегические приоритеты. — 2008. — С. 45-50.
5. Васильев В. П. Зеленое сердце Европы // Туризм сельский зеленый. — 2007 — №3. — С. 2-3.
6. Проблемы комплексного развития территории / Под ред. И. А. Горленко, Г. В. Балабанова и др. — Киев: Наукова думка, 2004. — 295 с.

УДК 618.2:159.922]-047.44

В. Г. Сюсюка, канд. мед. наук, доцент

Запорожский ГМУ, г. Запорожье, Украина

Научные консультанты: д-р мед. наук, профессор В. А. Потапов, д-р мед. наук, проф. В. В. Чугунов

ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ С УЧЕТОМ НАЧАЛА ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Беременность и роды являются чрезвычайно сильным эмоциогенным фактором в жизни женщины, оказывающим глубокое влияние на всю психосоматическую организацию, как на физиологические процессы, так и на психическую деятельность [4]. При этом здоровье новорожденных в значительной степени зависит от состояния здоровья матери и качества оказанной акушерской помощи, особенно при беременности высокого риска. Влияние длительного и острого стресса во время беременности способствует формированию у женщины тяжелого психовегетативного синдрома с присоединением различных психосоматических нарушений, а также оказывает отрицательное влияние на ее ребенка [3]. Тревожность матери во время стресса вызывает расстройства в работе ее органов и систем, а также нарушает биохимический баланс плода, вызывая сверхактивацию симпатoadреналовой системы. Поскольку мать и плод представляют собой единый нейро-гуморальный организм, то они одинаково испытывают на себе любые (благоприятные и неблагоприятные) факторы, что отражается в долговременной памяти и проявляется в последующей жизни индивидуума [2]. Сегодня уже ни у кого не вызывает сомнений тот факт, что особенности дородового периода во многом определяют характер течения и исход родов. Нормально протекающей беременности соответствует вполне определенный и социально ожидаемый эмоциональный комплекс, поддерживающий характерную модаль-

ность телесных ощущений. Однако в процессе развития даже самой желанной и осмысленной беременности присутствуют условия для возникновения целого ряда негативных изменений в эмоциональной сфере [6]. Тревожные переживания беременной женщины оказывают существенное влияние и на развитие ребенка первого года жизни. Это связано с тем, что тревожность при беременности разрушает, как свидетельствуют исследования, необходимую целостность взаимодействия матери и дитя. Именно это разрушение взаимодействия, порождаемое тревожностью матери, становится реальной причиной неадекватного развития ребенка [7]. Именно поэтому тревога, неадекватная ситуации по интенсивности и длительности, препятствует формированию адаптационного поведения, приводит к нарушению поведенческой интеграции и всеобщей дезорганизации психики человека.

Цель исследования: дать оценку уровня ситуативной и личностной тревожности у женщин в период беременности с учетом начала перинатального периода.

Материалы и методы исследования

Проведено обследование 312 женщин состоявших на учете в женских консультациях г. Запорожья и области в сроке беременности 22–35 недель. Включение в группу исследования беременных в сроке более 22 недели обусловлено двумя причинами: началом перинатального периода и стабильным ощущением шевеления плода, что позволяет матери конкретизировать ее «стартовый» стиль эмоционального сопровождения. Психоэмоциональное состояние беременных оценивали на основании структурированного интервью, анкетирования и психологических тестов. Диагностика уровня тревожности проводилась путем тестирования по методике, предложенной Ч. Д. Спилбергом, в модификации Ю. Л. Ханина [1, 5], с оценкой показателей ситуативной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ). Критерием исключения были тяжелые соматические заболевания.

С каждой беременной была проведена беседа о целесообразности дополнительных методов исследования, и получено согласие на их проведение. Исследования соответствует современным требованиям морально-этических норм относительно правил ICH / GCP, Хельсинкской декларации (1964), Конференции Совета Европы о правах человека и био-медицине, а также положениям законодательных актов Украины. Данная работа является фрагментом диссертации и научно-исследовательской работы кафедры акушерства и гинекологии Запорожского государственного медицинского университета на тему «Научное обоснование влияния немедикаментозных и медикаментозных методов лечения беременных на снижение акушерских и перинатальных осложнений» (№ госрегистрации 0110U000909).

Вариационно-статистическая обработка результатов осуществлялись с использованием лицензированных стандартных пакетов прикладных программ многомерного статистического анализа «STATISTICA 6.0» (лицензионный номер AXXR712D83214FAN5).

Результаты и обсуждение

Характеризуя уровень СТ, которая является проявлением так называемой эмоциональной реакции на стрессовую ситуацию и характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями, установлено, что его низкий уровень отмечен у 112 (35,9 %) женщин (таблица 1).

Лидирующие позиции занимал средний уровень СТ, который отмечен у 169 (54,2 %) беременных и только у 31 женщины группы исследования, что составило 9,9 %, уровень СТ был высоким. По результатам оценки ЛТ, также установлено преобладание его среднего уровня, который отмечен у 170 (54,5 %) женщин. Что же касается высокого и низкого уровня ЛТ, то имела место противоположная СТ картина. Так высокий уровень ЛТ установлен у 116 беременных, что составило 37,2 %. Низкий уровень ЛТ был отмечен только у 26 (8,3 %) женщин. Важно отметить, что показатель ЛТ является относительно устойчивой индивидуальной чертой, отражающий склонность индивида испытывать состояние тревоги и предпо-

лагает наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией [1].

Уровень тревожности в группах исследования, %

	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень
Ситуативная тревожность	35,9	54,2	9,9
Личностная тревожность	8,3	54,5	37,2

Оценка средних показателей тревожности представлена на рисунке. При этом средний показатель ЛТ составил $41,8 \pm 9,2$ балла и был выше показателя СТ — $34,4 \pm 8,8$ балла, что обусловлено преобладанием высокого уровня личностной тревожности в 3,8 раза.

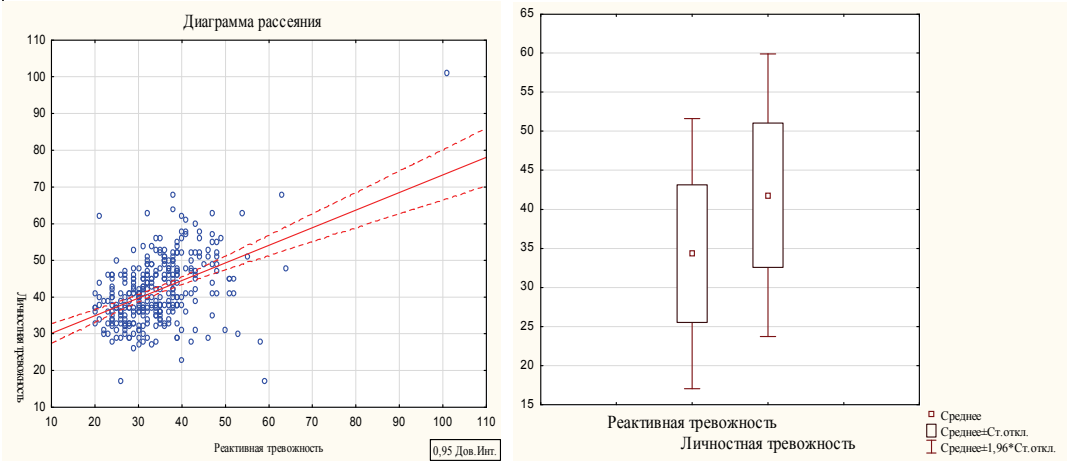


Рис. Средний показатель уровней ситуативной и личностной тревожности

Учитывая наличие связи между ЛТ и СТ, у данной группы беременных, что подтверждается наличием положительной корреляционной связи ($r=+0,409$ $p<0,05$), интересно было бы проследить такую взаимосвязь в зависимости от уровня тревожности. Так установлено, что в группе беременных с высоким и средним уровнем ЛТ имеет место прямая корреляционная связь с уровнем СТ ($r=+0,463$ $p<0,05$). Вышеуказанные результаты исследования свидетельствуют о целесообразности тестирования беременных, что позволит оценить уровень тревожности и своевременно провести медико-психологическую коррекцию.

Заключение

На основании проведенного исследования установлен высокий процент личностно тревожных женщин, а наличие взаимосвязи с уровнем ситуативной тревожности свидетельствует, что данная категория женщин составляет группу риска по развитию психоэмоциональной дезадаптации в период беременности. Учитывая, что более 60 % беременных имеют повышенный уровень ситуативной тревожности, который обусловлен эмоциональной реакцией на стрессовую ситуацию, то такая категория женщин нуждается в медико-психологической коррекции.

Литература

- Астахов В. М. Методы психодиагностики индивидуально-психологических особенностей женщин в акушерско-гинекологической клинике / Астахов В. М., Бацылева И. В., Пузь И. В.: под ред. В. М. Астахова. — Донецк: Норд-Пресс, 2010. — 199 с.

2. Вдовиченко Ю. П. Поддержка беременности и родов в условиях социальных стрессов / Ю. П. Вдовиченко, С. И. Жук, О. Д. Шуревская. — К.: ЧП «Принт Лайн», 2014. — 64 с.
3. Короткова Н. А. Влияние беременности и родов на возникновение послеродового стресса и психовегетативных нарушений у родильниц: автореф. дис. докт. мед. наук: спец. 14.01.01 «Акушерство и гинекология» и 14.01.11 — «Нервные болезни» / Н. А. Короткова. — Москва, 2011. — 48 с.
4. Осепаишвили М. Н. Особенности психического состояния у беременных женщин в условиях подготовки к родам методом биологической обратной связи: автореф. дис. ... канд. мед. наук. 14.00.01 «Акушерство и гинекология» и 19.00.04 «Медицинская психология» / М. Н. Осепаишвили. — СПб., 2005. — 26 с.
5. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособие / Д.Я. Райгородский (редактор составитель). — Самара: «Бахрах-М», 2002. — 672 с.
6. Сергиенко Е. А. Контроль поведения как субъективная регуляция / Сергиенко Е. А., Виленская Г. А., Ковалева Ю. В. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010. — 352 с.
7. Щукина Е. Г. Развитие диадных отношений в системе «мать-младенец» при тревожном переживании беременности / Щукина Е. Г., Макарова А. А., Чумакова Г. Н. // Мир психологии. — 2008. — № 1. — С. 77-88.

УДК: 616.12+616.61+612.015.3

Г. А. Таджиева

ТашиУВ, г. Ташкент, Узбекистан

Научный руководитель: д-р мед. наук, профессор Г. Х. Ярмухамедова

ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА И ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ КОМПОНЕНТАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Цель исследования: изучить функциональные показатели сердца и почек у пациентов с различными компонентами метаболического синдрома (МС).

Материалы и методы: обследовано 107 больных с различными компонентами МС, средний возраст $43,7 \pm 2,6$ года, из них: с артериальной гипертонией — 39 больных, с артериальной гипертонией и нарушенной толерантностью к глюкозе — 47, с артериальной гипертонией и сахарным диабетом (СД) 2-го типа — 21. Всем больным проводилось обследование по стандартам диагностики. Проведен анализ суточного профиля АД, ЭхоКГ, КИГ и функционального состояния почек.

Результаты: у больных с МС и артериальной гипертонией отмечаются значительные нарушения суточного профиля АД в виде отсутствия или недостаточного снижения АД ночью: количество пациентов с суточным ритмом non-dipper и night-peaker для САД и ДАД соответственно в группе больных с МС и артериальной гипертензией, составило 49,2 % и 23,8 %; а среди пациентов с МС, артериальной гипертонией и нарушенной толерантностью к глюкозе — 58,6 % и 34,2 %. Неблагоприятные типы ремоделирования левого желудочка (эксцентрическая гипертрофия и концентрическая гипертрофия) выявляются у 40,3 % больных с МС и артериальной гипертонией и у 66 % пациентов с МС, артериальной гипертонией и нарушенной толерантностью к глюкозе. Диастолическая дисфункция диагностируется у 64,5 % больных с МС и артериальной гипертонией и 68,3 % пациентов с МС, артериальной гипертонией и нарушенной толерантностью к глюкозе. Наиболее выраженные гемодинамические сдвиги выявлены у больных артериальной гипертензией с МС при наличии сахарного диабета 2 типа.

При анализе КИГ, у обследованных больных с МС и артериальной гипертонией определяются нарушения автономной регуляции сердечной деятельности за счет уменьше-