

Окончание таблицы 1

Показатель ВСР	Подростковый возраст		Юношеский возраст		Взрослые	
	девочки, (n = 8)	мальчики, (n = 9)	девушки, (n = 11)	юноши, (n = 13)	женщины, (n = 8)	мужчины, (n = 11)
SDSD	0,028 (0,025; 0,043)	0,050 (0,032; 0,054)	0,037 (0,035; 0,057)	0,039 (0,024; 0,063)	0,056 (0,048; 0,066) *	0,022 (0,013; 0,030)
RMSSD	35,9 (31,2; 51,0)	62,5 (43,5; 68,6)	46,7 (43,2; 72,4)	54,6 (37,0; 86,4)	69,3 (61,1; 78,1)*	30,1 (18,6; 42,3)

Примечание: данные представлены в виде Me (25%; 75%); * — различие статистически значимо в сравнении с группой спортсменов мужского пола данной возрастной группы ($p < 0,05$).

Как видно из таблицы 1, в результате исследования в первой возрастной группе (подростки) у девочек показатели ИВР, ПАПР, ИН, Am0 были статистически значимо выше, а показатели среднего RR-интервала, ВПР, dX ниже, по сравнению с мальчиками. Известно, что ИН и Am0 отражают степень централизации управления сердечным ритмом и характеризуют активность симпатического отдела вегетативной нервной системы, а величина dX отражает степень variability и рассматривается как парасимпатический показатель [2, 3]. Следовательно, результаты исследования свидетельствуют о преобладании у девочек-легкоатлетов центрального контура и усилении симпатической регуляции. В то же время у мальчиков отмечается преобладание вагусных влияний на сердечный ритм. Статистический анализ данных, полученных при обследовании второй возрастной группы (юношеский возраст) показал, что между показателями ВСР у юношей и девушек не наблюдалось значимых различий.

В группе взрослых спортсменов-легкоатлетов у женщин наблюдались статистически значимо более высокие показатели NN50, pNN50, SDSD RMSDD, и более низкие показатели Am0 по сравнению с группой спортсменов-мужчин данной возрастной группы. Поскольку величина RMSSD и NN50 отражает уровень активности парасимпатического звена вегетативной регуляции [1, 2], полученные результаты свидетельствуют о более высокой активности парасимпатической нервной системы у женщин по сравнению с группой мужчин, что также подтверждается тенденцией к более низким значениям ИН и Am0 у спортсменок.

Выводы

При оценке показателей ВСР у спортсменов-легкоатлетов были выявлены следующие половозрастные особенности: в подростковом возрасте у девочек наблюдалось более высокий уровень симпатической регуляции по сравнению с мальчиками; в юношеском возрасте значимые различия между показателями ВСР у юношей и девушек отсутствовали, а в группе взрослых спортсменов у женщин регистрировались более высокие значения показателей активности парасимпатической нервной системы по сравнению с мужчинами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шлык, Н. И. Сердечный ритм и тип регуляции у детей, подростков и спортсменов / Н. И. Шлык. — Ижевск: Удмуртский университет, 2009. — 259 с.
2. Михайлов, В. М. Variability ритма сердца. Опыт практического применения метода / В. М. Михайлов. — Иваново, 2000. — 183 с.
3. Ярилов, С. В. Физиологические аспекты новой информационной технологии анализа биофизических сигналов и принципы технической реализации / С. В. Ярилов. — СПб., 2001. — 37 с.

УДК 618.2/4.:616.891.6

ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ У ЖЕНЩИН

Ляховец В. А., Белая В. В.

Научный руководитель: ассистент В. Н. Калачёв

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Качество здоровья беременных женщин неуклонно снижается. Это указывает на необходимость поиска резерва здоровья по различным направлениям. Одним из многообещаю-

ших направлений является исследование психоэмоционального (ПЭ) статуса беременной и ее адаптационных возможностей в развитии акушерских осложнений. Успешная беременность и роды являются одним из главных факторов для последующих беременностей и в целом для улучшения демографической ситуации. Исследования многих психотерапевтов указывают на огромное значение профилактики и коррекции нарушений ПЭ статуса при беременности. Хотя в структуре причин акушерских осложнений сами акушеры отводят ПЭ нарушениям незначительную роль. Основные отклонения ПЭ статусы способные, по мнению большинства психотерапевтов, вызвать отягощение беременности и родов — это тревожность, депрессивное расстройство и алекситимия. Однако, как мы все знаем, для женщины естественно быть матерью. Согласно концепции Н. Selye: «Тревога — сигнал к мобилизации защитных сил». Тревога и страхи должны способствовать адаптации женщин к новому состоянию.

Цель

Изучить тревожность у беременных, ее значение и возможность влияния на течение беременности и исход родов.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе Гомельской городской клинической больницы № 2. В исследовании приняли участие 34 беременные женщины в возрасте 18–38 лет. Исследование проводилось в индивидуальной форме путем анкетирования беременных накануне родов. Для определения уровня тревожности всем женщинам проводилось тестирование по методикам:

1. Спилберга — Ханина (шкала ситуативной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ), 1983 г.). Тест состоит из отдельных утверждений, разделяющих ситуативную и личностную тревожность.

2. Дж. Тейлора «Шкала тревожности» в модификации В. Г. Норакидзе, 1975 г. состоит из 50 утверждений, которые направлены на диагностику «тревожности», и 10 утверждений шкалы «лжи».

3. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (А. Zigmond, R. Snaith, 1983) для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги в условиях общей медицинской практики.

4. «Тест отношений беременной» (Добряков, 2003). Определение особенностей психологического компонента гестационной доминанты.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст беременных составляет $28,6 \pm 9,4$, из них первородящих — 14 (41 %), повторнородящих — 20 (59 %). Все новорожденные оценены по шкале Апгар 8/8–8/9. Распределение беременных по уровню тревожности оцененное по разными методами представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Уровни тревожности беременных по результатам трех методик

Метод исследования	Шкала Спилберга — Ханина (1983 г.)		Дж. Тейлор «Шкала тревожности»	Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Zigmond A., 1983 г.)
	ситуативная тревожность	личностная тревожность		
Низкий уровень	21 (62 %)	3 (8,8 %)	9 (27 %)	19 (58 %)
Средний уровень	12 (35 %)	25 (67,6 %)	13 (38 %)	10 (30 %)
Высокий уровень	1 (3 %)	6 (17 %)	12 (35 %)	4 (12 %)

Самая оптимальная для работы оказалась шкала Спилберга, т. к. позволила оценить изменение характера тревожности при беременности. У всех беременных уровень ЛТ значительно превышал СТ. Из полученных данных можно отметить, что ЛТ значительно превышала СТ, особенно это заметно в группе с высокой тревожностью.

При изучении *теста отношений беременной* оптимальный тип доминанты беременности имела 21 (80 %) беременная в группе низкого и среднего уровня тревоги. В группе высокой тревоги только одна беременная (12,5 %) имела оптимальный тип доминанты с вариациями, остальные поровну — эйфорический и тревожный тип.

Таблица 2 — Осложнения беременности и исходы родов по уровням тревожности

Осложнения	Шкала Спилберга — Ханина (1983 г.)			Дж. Тейлор «Шкала тревожности»			Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Zigmond A., 1983 г.)		
	н/у	ср/у	в/у	н/у	ср/у	в/у	н/у	ср/у	в/у
Хроническая фетоплацентарная недостаточность	6 (17,6 %)	—	—	2 (5,9 %)	3 (8,9 %)	1 (2,9 %)	4 (11,8 %)	2 (5,9 %)	—
Угроза преждевременных родов	—	1 (2,9 %)	—	—	—	1 (2,9 %)	—	1 (2,9 %)	—
Анемия беременных	—	2 (5,9 %)	—	—	1 (2,9 %)	1 (2,9 %)	—	1 (2,9 %)	1 (2,9 %)
Угроза прерывания беременности	2 (5,9 %)	—	—	1 (2,9 %)	1 (2,9 %)	—	1 (2,9 %)	1 (2,9 %)	—
Маловодие	—	1 (2,9 %)	—	—	—	1 (2,9 %)	—	1 (2,9 %)	—
Многоводие	1 (2,9 %)	1 (2,9 %)	—	1 (2,9 %)	—	1 (2,9 %)	1 (2,9 %)	—	1 (2,9 %)
Первичная слабость родовой деятельности	3 (8,9 %)	—	—	1 (2,9 %)	2 (5,9 %)	—	3 (8,9 %)	—	—
Роды естественные	17 (50 %)	8 (23,5 %)	—	8 (23,5 %)	9 (26,4 %)	8 (23,5 %)	14 (41,2 %)	8 (23,5 %)	3 (8,8 %)
Кесаревоесечение	5 (14,7 %)	3 (8,8 %)	1 (3 %)	3 (8,8 %)	2 (6,1 %)	4 (11,7 %)	5 (14,7 %)	3 (8,8 %)	1 (3 %)
Без осложнений	10 (29,4 %)	6 (17,6 %)	1 (2,9 %)	5 (14,7 %)	5 (14,7 %)	7 (20,5 %)	10 (29,4 %)	5 (14,7 %)	2 (5,9 %)
Итого	22 (64,7 %)	11 (32,4 %)	1 (2,9 %)	10 (29,4 %)	12 (35,3 %)	12 (35,3 %)	19 (55,8 %)	11 (32,4 %)	4 (11,8 %)

Примечание: н/у — низкий уровень; ср/у — средний уровень; в/н — высокий уровень тревожности.

Выводы

1. Тревожность в конце беременности СТ была значительно ниже ЛТ во всех группах, особенно значительно в группе высокой тревожности, что возможно связано с реализацией потребности инстинкта размножения и формированием беременности.

2. Более осложненное течение беременности и родов при высокой тревожности не подтвердилось. Как видно из таблицы осложнения в группе высокой тревожности минимальны. И вопреки ожиданиям беременность чаще осложнялась в группе низкого уровня тревоги.

3. Используемые методы оценки ПЭ статуса стандартны, но результаты анкетирования иногда существенно отличались.

4. Несомненно, что комфортная беременность и успешные роды — залог повторных беременностей, поэтому тревожность, несомненно, надо корректировать.

ЛИТЕРАТУРА

1. Добряков, И. В. Перинатальная психология / И. В. Добряков. — СПб., 2010. — 260 с.
2. Ломакина, А. В. Перинатальная психология / А. В. Ломакина // Перинатальная психология и психология родительства. — 2006. — № 3. — 42 с.
3. Абрамченко, В. В. Психосоматическое акушерство / В. В. Абрамченко. — СПб., 2001. — 320 с.

УДК 616.832-004.2-02-036.22

РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЭТИОЛОГИЮ И ЭПИДЕМИОЛОГИЮ

Ляховец В. А., Белая В. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время в структуре неврологической заболеваемости рассеянный склероз (РС) занимает одно из ведущих мест и представляет собой важную медико-социальную