

Ancheva I.A.*PhD, MD, Professor of the Obstetrics and Gynecology subdepartment № 1
Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine.***Анчева Ирина Анатольевна***доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии № 1
Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина.*

**COURSE, COMPLICATIONS OF PREGNANCY AND PECULIARITIES OF LABOUR IN
WOMEN WITH A HIGH LEVEL OF ANXIETY AND POSSIBLE METHODS OF PSYCHOLOGICAL
STATE CORRECTION IN PREGNANT WOMEN.**

**ТЕЧЕНИЕ, ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ОСОБЕННОСТИ РОДОВ У ЖЕНЩИН С
ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ И ВОЗМОЖНЫЕ МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ
СОСТОЯНИЙ БЕРЕМЕННЫХ.**

**ПЕРЕБІГ, УСКОДНЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПОЛОГІВ У ЖІНОК З
ВИСОКИМ РІВНЕМ ТРИВОЖНОСТІ ТА МОЖЛИВІ МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНИХ
СТАНІВ ВАГІТНИХ.**

Течение, осложнения беременности и особенности родов у

Summary: The article is devoted to the research of peculiarities of the level of vegetative support in women with a high level of anxiety and possible methods of psychological state correction in pregnant women. There is an improvement in the tactics of management of this

level of obstetric and perinatal complications. For this purpose, 126 pregnant women were examined, among whom women with subclinical and clinically expressed anxiety were selected. The level of vegetative support, reactive and personal anxiety were determined by the scale of C. Spielberger - Yu. Hanina. Express diagnostics of the vegetative tone was conducted. The main complications of pregnancy and childbirth were analyzed depending on the level of the anxiety. The need for a profound testing of pregnant women for timely correction of their state by a psychologist was proved.

Key words: pregnancy, level of anxiety, obstetric pathology, individual prognosis of the labour.

Аннотация: Статья посвящена изучению особенностей психосоматического статуса и определению уровня вегетативного обеспечения у женщин с высоким уровнем тревожности для индивидуального прогнозирования родов. Предусмотрено усовершенствование тактики ведения беременных этой группы с целью снижения уровня акушерских и перинатальных осложнений. С этой целью было обследовано 126 беременных, среди которых были отобраны женщины с субклинически и клинически выраженной тревогой. Определялся уровень вегетативного обеспечения, реактивная и личностная тревожность по шкале Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л.Ханина. Проводилась экспресс-диагностика вегетативного тонуса. Проанализированы основные осложнения беременности и родов в зависимости от уровня тревожности. Доказана необходимость углубленного тестирования беременных для своевременной коррекции состояния психологом.

Ключевые слова: беременность, уровень тревожности, акушерская патологии, индивидуальное прогнозирование родов.

Анотація: Стаття присвячена вивченню особливостей психоемоційного статусу та визначенню рівня вегетативного забезпечення у жінок з високим рівнем тривожності для індивідуального прогнозування пологів. Передбачено удосконалення тактики ведення вагітних цієї групи з метою зниження рівня акушерських та перинатальних ускладнень. З цією метою було обстежено 126 вагітні, серед яких були відібрані жінки з субклінічно і клінічно вираженою тривогою. Визначався рівень вегетативного забезпечення, реактивна й особистісна тривожність за шкалою Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л.Ханіна. Проводилась експрес-діагностика вегетативного тонусу. Проаналізовані основні ускладнення вагітності та пологів залежно від рівня тривожності. Доведена необхідність поглибленого тестування вагітних для своєчасної корекції стану психологом.

Ключові слова: вагітність, рівень тривожності, акушерська патології, індивідуальне прогнозування пологів.

Актуальність.

Сучасний бурхливий розвиток інформаційних технологій, зростання темпу життя, значний рівень фізичного та психоемоційного стресового навантаження обумовлюють зростання частоти психосоматичних порушень. Відповідно, у світі зростає інтерес до створення ефективних алгоритмів профілактики найбільш соціально-значущих захворювань, у

патогенезі яких провідним є психосоматичний компонент. Цей фактор є наслідком перенесених захворювань, в тому числі пов'язаних з репродуктивними втратами. За даними літератури, ризик втрати вагітності після першого викидня складає 13-17%, що відповідає частоті спорадичного викидня в популяції, тоді як після двох попередніх переривань ризик втрати бажаної вагітності зростає більш ніж

в 2 рази до 36-38%. Багато дослідників зв'язують це з психоемоційним фоном жінки, яка планує вагітність [2, 3, 11].

На думку корифеїв психосоматичної медицини, вагітність – це час, коли загострюються нерозв'язані вчасно проблеми соціальної та психологічної адаптації. Йдеться не лише про контингент вагітних, які мають вказівки в анамнезі на хімічні або поведінкові адикції, або про пацієнток з верифікованою до вагітності неврологічною або психіатричною патологією [9, 14, 16]. Навіть у соматично здорових жінок під час вагітності можуть виникати граничні стани, які суттєво впливають на перебіг вагітності та пологів [5, 6, 8].

В роботі St-Pierre J. [17] доведено, що продукція серотоніну у плаценті за рахунок декарбоксілювання триптофану збільшується у жінок, які під час вагітності підпадають під вплив стресових чинників, що обумовлює вплив надлишкових кількостей серотоніну на розвиток нервової системи плода й, зрештою, до формування в дитини після народження схильності до виникнення функціональних розладів ЦНС. Це ж стосується й випадків, коли з метою корекції психоемоційного стану вагітної призначаються антидепресанти – інгібітори зворотнього захоплення серотоніну [13]. Внаслідок цього, при застосуванні подібних лікарських засобів різко збільшується ризик передчасних пологів [10, 12].

Слід зазначити, що спектр лікарських засобів які можуть бути використані для корекції емоційного стану під час вагітності є вельми обмеженим. В останні роки часто з цією метою призначаються амінооктова кислота, інші прекурсори гама-аміномасляної кислоти, препарати що містять магній та піридоксин, алкалоїди валеріани [7, 15].

На жаль, досі не існує науково обгрунтованого алгоритму ведення вагітності у жінок з високим рівнем психоемоційного стресового навантаження, в тому числі з репродуктивними втратами в анамнезі. Це ж стосується програм прегравідарної підготовки та «школ материнства», які готують вагітну до пологів та постнатального періоду.

Мета дослідження:

Вивчення особливостей психоемоційного статусу та визначення рівня вегетативного забезпечення у жінок з високим рівнем тривожності/ депресії для індивідуального прогнозування пологів. Удосконалення тактики ведення вагітних цієї групи

з метою зниження рівня акушерських та перинатальних ускладнень.

Матеріали та методи дослідження

Для вирішення поставленої мети у дослідженні прийняли участь 126 вагітних жінок. В подальшому, в залежності від результатів оцінки даних госпітальної шкали тривоги і депресії (шкала HADS) [1], особи з низьким рівнем тривожності склали контрольну групу. У вагітних жінок з субклінічно і клінічно вираженою тривогою / депресією визначили рівень вегетативного забезпечення і реактивну й особистісну тривожність за шкалою Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна [4]. Проводилась експрес-діагностика вегетативного тону з використанням таблиці «24 стигми зовнішніх проявів вегетативного тону».

Результати дослідження та їх обговорення

Стан психоемоційного статусу вагітних жінок оцінювали згідно госпітальної шкали тривоги і депресії (шкала HADS). Серед обстежених жінок виявлено: у 34 (26,9%) відсутні достовірно виражені симптоми тривоги і депресії, 64 вагітні (50,9%) мали субклінічно виражену тривогу / депресію та 28 (22,4%) опитаних були віднесені до групи з клінічно вираженою тривогою / депресією.

Вагітні були розподілені у три клінічні групи:

I група – 64 вагітні, у яких під час поточної вагітності виявлена субклінічно виражена тривога.

II група – 28 вагітні з клінічно вираженою тривогою / депресією.

III група – 34 жінки в яких поточна вагітність перебігає на тлі відсутності достовірно виражених симптомів тривоги. Результати обстеження та спостереження за вагітними даної групи в подальшому використовувались як контрольні.

Надалі поглиблено проводилось анкетування 92 вагітних жінок із субклінічно і клінічно вираженою тривогою / депресією. Визначення рівня тривожності (таблиця 1) надалі проводили за допомогою методики визначення особистісної (ОТ) яку розцінювали як рису характеру, та ситуативної тривожності (СТ) Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна.

Показники ОТ були вищими у другій підгрупі, що дає підставу припускати у них стану тривожності в різноманітних ситуаціях. Рівень СТ також свідчив про підвищену тривожність пацієнток вказаних груп.

Таблиця 1.

Значення тривожності за шкалою Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна.

Клінічні групи	Значення тривожності за шкалою Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна	
	ОТ	СТ
I група (n = 64)	43,4±0,90	41,1±0,76
II група (n = 28)	46,4±0,90	42,8±0,92

Зазначене, на наш погляд, свідчить про безпечний вплив тривожності, як особистісної характеристики, на емоційне сприйняття перебігу вагітності та можливих ускладнень.

При вивченні анамнезу вагітних всіх груп було встановлено, що 78% з них перебували у шлюбі,

46% - були домогосподарками. Переважна більшість вагітних 73,4% знали про наявність різноманітної соматичної патології. Серед такої переважали захворювання сечовидільної системи 8,3%, системи кровообігу 5,1%, гіперплазія щитоподібної залози 4,5%, варикозна хвороба 3,7%.

Під час вивчення акушерсько-гінекологічного анамнезу обстежених жінок встановлено, що аборти передували першим пологам у 18 (14%) пацієнток, 2 та більше штучних абортів було в анамнезі у 8 жінок (6,5%), жінок зі звичним викиднем 15 (11,9%), із вагітністю після ЕКО у 5 (4,4%), вагітних жінок з рубцем на матці було 23 (18,4%), ІЦН у 7 (5,4%).

Теперішня вагітність була першою у 23 жінок (18,4%). Особливості перебігу даної вагітності у обстежених жінок проілюстровані в таблиці 2.

Аналіз структури ускладнень вагітності у жінок представлених груп

свідчив про підвищений рівень питомої ваги у жінок I та II групи з ускладненим перебігом вагітності у вигляді загрози переривання, загрози передчасних пологів та захворювань серцево-судинної системи. Так, рівень загрози переривання вагітності у I та II групи становив 31,2% і 32,1% відповідно, а в контрольній групі 23,5%.

Таблиця 2. Ускладнення вагітності.

Нозологічні форми	Клінічні групи						ВСЬОГО (n = 126)	
	І група (n = 64)		ІІ група (n = 28)		ІІІ група (n = 34)			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Загроза переривання вагітності	21	31,2	9	32,1	8	23,5	38	30,2
Анемія	17	26,6	8	28,6	9	26,5	34	27,0
Загроза передчасних пологів	12	18,8	6	21,4	5	14,7	23	18,3
ПЦН	4	6,3	3	10,7	-	-	7	5,5
Гестози другої половини вагітності	3	4,7	3	10,7	3	8,8	9	7,1
Захворювання ССС	3	4,7	4	14,3	1	2,9	8	6,3
Захворювання сечовидільної системи	3	4,7	1	3,6	2	5,9	6	4,8

Загроза передчасних пологів складала відповідно у I та II групи 18,8% та 21,4%, а в контрольній групі цей показник дорівнював 14,7%. Захворювання серцево-судинної системи також мали відхилення від контрольної групи (2,9%) в бік підвищення та склали відповідно 4,7% та 14,3%. Усі вагітні, що лікувалися від безпліддя також мали високий рівень акушерської та соматичної патології. Отже слід констатувати, що найбільше число ускладнень вагітності спостерігалось серед пацієнток I і II клінічних груп.

Одночасно у жінок I та II груп проводилось тестування з використанням таблиці «24 стигми зовнішніх проявів вегетативного тону» (таблиця 3). Звертає на себе увагу той факт, що вегетативно-емоційні скарги виявлені у всіх вагітних. Деякі із перерахованих симптомів носили пароксизмальний характер (головний біль у вигляді приступів, частіше за типом мігрені, болі в області серця). Інші симптоми носили перманентний характер (слабкість, підвищена пітливість, похолодання кінцівок).

Таблиця 3. Оцінка вегетативного тону вагітних жінок.

ВТ	Клінічні групи							
	I група n = 64		II група n = 28		III група n = 34		ВСЬОГО n = 126	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Симпатикотонія	41	64,1	23	82,1	8	23,5	72	57,1
Парасимпатикотонія	16	25,0	3	10,7	7	20,6	26	20,6
Ейтонія	7	10,9	2	7,2	19	55,9	28	22,3

Найчастішими скаргами були лабільність настрою та дратівливість, вони відмічались у переважного числа жінок.

Аналіз перебігу пологів (таблиця 4.) у обстежених жінок дозволив відзначити їх особливості в залежності від рівня тривожності.

Таблиця 4. Результати закінчення вагітностей.

n/p	Закінчення вагітностей	Клінічні групи							
		I група n = 64		II група n = 28		III група n = 34		ВСЬОГО n = 126	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1.	Завмерла вагітність	2	3,1	2	7,1	-	-	4	3,2
2.	Самовільні викидні	3	4,7	2	7,1	1	2,9	6	4,8
3.	Пізні мимовільні	1	1,6	1	3,6	-	-	2	1,6
4.	Передчасні пологи:	3	4,7	2	7,1	1	2,9	6	4,8
	- із них кесарів розтин	1	33,3	1	50,0	-	-	2	33,3
5.	Термінові пологи:	55	85,9	21	75,1	32	94,2	108	85,6
	- із них оперативним шляхом	14	25,5	6	28,6	6	18,8	26	24,1
	- кесарів розтин	13	23,6	5	23,9	6	18,8	24	22,2
	- вакуум екстракція плода	1	1,9	1	4,7	-	-	2	1,9

Внутрішньоутробний стан плода в усіх обстежених жінок оцінювався за допомогою КТГ за шкалою Fisher. Рівень передчасних пологів і рівень пологів проведених оперативним шляхом був вищим у другій групі. Ускладнення пологів, у вигляді передчасного розриву плодових оболонок, спостерігались у жінок з високим і середнім рівнем особистісної тривожності становили відповідно 47,7% та 53,3%. Також слід зазначити, що у вагітних першої та другої груп рівень самовільних викиднів в першому та другому триместрі був найвищим.

Підвищена тривожність та стан емоційного стресу у вагітних із загрозою переривання призводять до змін вегетативного статусу. Предиктором збільшення частоти самовільних викиднів і пологових ускладнень є почуття страху.

На підставі одержаних даних у вагітних з високим рівнем тривожності та депресії мали місце підвищені показники акушерської патології на протязі всієї вагітності, а також високий рівень ускладнень пологів.

Висновки:

1. Питання оптимізації спостереження за вагітними з високим рівнем тривожності охоплюють такі важливі компоненти, як своєчасне їх виявлення, проведення ранньої діагностики, та своєчасної корекції екстрагенітальних захворювань, моніторингу внутрішньоутробного стану плода у зв'язку з очікуваним високим рівнем ускладнень вагітності та пологів.

2. Окрім гестаційної домінанті, у вагітних з високим рівнем тривожності, формується другий осередок збудження, що призводить до розвитку додаткових патологічних станів. Це потребує забезпечення для вагітної стану психологічного комфорту.

3. Вагітні, які знаходяться в стані хронічного стресу, мають додаткові передумови до виникнення різної акушерської патології, що сприяє змінам вегетативного статусу і формування недостатнього характеру вегетативного забезпечення.

4. Слід зазначити, що переважна кількість вагітних цих груп потребує корекції стану психологом що в подальшому вплине на зниження ризику акушерських і перинатальних ускладнень.

Література:

1. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика / Под ред. А. М. Вейна. – М.: Медицинское информационное агентство, 2000. – 752с.

2. Громова А.М. Клініко-мікробіологічні паралелі при передчасних пологах / А.М. Громова, Н. І. Мітюніна, Л. А. Нестеренко [та ін.] // Світ медицини та біології. – 2013. – № 3(39). – С. 94-96.

3. Жук С.І. психологічні аспекти невиношування вагітності (огляд літератури) / С.І. Жук, О.Д. Щуревська, В.П. Вітер // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2011. – Т. I, №2. – С. 132-136.

4. Костина Л.М. Методы диагностики тревожности / Л.М. Костина: Учебное пособие. – Санкт-Петербург, 2003. – 198с.

5. Потапов В.О. Дослідження психоемоційного стану вагітних з урахуванням психосоматичного компоненту / В.О. Потапов, В.В. Чугунов, В.Г. Сюсюка // Таврический медико-биологический вестник. – 2012. – Т. 15. – №2, ч. 1 (58). – С. 253-255.

6. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности: руководство для практикующих врачей / В.М. Сидельникова, Г.Т. Сухих. – Москва: МИА, 2011. – 534 с.

7. Хломов К.Д. Исследование психозоматических и индивидуально-характерологических особенностей беременных с угрозой прерывания / К.Д. Хломов, С.Н. Ениколопов // Перинатальная психология и психология родительства. – 2007. – №3. – С 38-49.

8. Хломов К.Д. Организация адаптационной и реабилитационной помощи беременным с риском невынашивания // Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Прикладная психология как ресурс социально-экономического развития современной России». М., 2005. – С. 425-426.

9. Черных Н.А. Материнство как социально-обусловленный феномен. эмпирическое исследование тревожности беременных / Н.А. Черных // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. – 2016. – Т. 22. – 94-96.

10. Alwan S. Safety of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Pregnancy: A Review of Current

Evidence / S. Alwan, J.M. Friedman, C. Chambers // CNS Drugs. – 2016. – № 30(6). – P. 499-515.

11. Bao A. The stress system in depression and neurodegeneration: focus on the human hypothalamus / A. Bao, G. Meynen, D. Swaab // Brain Res Rev. – 2008. – Vol. 57. – № 2. – P. 531-553.

12. Eke A.C. Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) use during pregnancy and risk of preterm birth: a systematic review and meta-analysis / A.C. Eke, G. Saccone, V. Berghella // BJOG. – 2016. – № 123(12). – P. 1900-1907.

13. Hannerfors A.K. Treatment with serotonin reuptake inhibitors during pregnancy is associated with elevated corticotropin-releasing hormone levels / A.K. Hannerfors, C. Hellgren, D. Schijven [et al.] // Psychoneuroendocrinology. – 2015. – № 58. – P.104-113.

14. Prunet C. Risk factors of preterm birth in France in 2010 and changes since 1995: Results from

the French National Perinatal Surveys / C. Prunet, M. Delnord, M.J. Saurel-Cubizolles [et al.] // J Gynecol Obstet Hum Reprod. – 2017. – № 46(1). – P.19-28.

15. Rauchfuss M. Influence of so far neglected psychosomatic factors, BMI and smoking on pregnancy-induced hypertension (PIH) / M. Rauchfuss, T. Fischer, G. Bogner [et al.] // Pregnancy Hypertens. – 2012. – № 2(2). – P. 93-100.

16. Schott S. Psychosomatic Primary Care in Gynecology-Assessment and Acceptance by Residents for Obstetrics and Gynecology in Germany / S. Schott, J. Lermann, M. Rauchfuss [et al.] // Geburtshilfe Frauenheilkd. – 2014. – № 74(6). – P. 569-573.

17. St-Pierre J. Effects of prenatal maternal stress on serotonin and fetal development / J. St-Pierre, L. Laurent, S. King, C. Vaillancourt // Placenta. – 2016. – № 48(1). – S66-S71.

Savransky Philip Z.

MD, Professor, scientific consultant at Humana Dental GbmH + 972 52 222 9900

Simahov Roman V.

Assistant Department of Maxillofacial Surgery Medical University, Omsk State Medical Academy, Russia, Omsk. +79136281271

Grishin Petr O.

PhD, Associate Professor, Department of Oral and Maxillofacial Surgery Kazan State Medical University, Russia, Kazan. +79274093860

Bersanov Ruslan U.

MD, Head of the Department of General Dentistry of the Medical Institute of the Chechen State University, Russia Grozny +7 967 777 8887

Haykin Maxim B.

PhD, assistant of the Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Samara State Medical University, the head physician of the city of Samara GBUZ CO dental polikliniki1, Russia, Samara, +7 9608177777

Kushnir Evgeny N.

PhD, Assistant of the Department of Prosthetic Dentistry ON Medical University Ukraine, Odessa, +38 0,634,991,605

IMMEDIATE LOADING OF DENTAL IMPLANTS.

POSSIBILITIES OF THE MODERN MODIFIED IMPLANTATION SYSTEM HUMANA DENTAL.

Abstract.

The article presents a detailed analysis of the literature data and our own clinical observations using the method of immediate loading after the dental implantation. Indicate advantages and deficiency of this method. Noted demands for the quality and description of implants. Universal implant system Humana Dental, meets all the requirements, allows for one-step implantation, followed by immediate loading. Also provides specific recommendations to be followed when planning and carrying out this method, which will make it possible to obtain positive and lasting results on the basis of clinical experience.

Keywords: implants, immediate loading, single-stage implants, osseointegration

The question of aesthetics in dental practice is one of the most urgent problems. First of all, this refers to the medical tactics after extraction of teeth in the frontal sections. In the opinion of a number of authors, under certain conditions, immediate implantation can be performed followed by immediate loading [1, p.515;

2, p.189]. However, it is believed that to achieve osseointegration of the implants, they should not be subjected to premature loading [3, p.936]. Theoretically, immediate functional prosthetics based on a single implant may inhibit its osseointegration and increase the risk of implant loss due to micro-mobility. At the same time, immediate or early nonfunctional prosthetics is associated with a high osteointegration rate

for single implants. [4, p.23] The results of the study presented [5, p. 451; 6, p.1823] confirm the efficacy of immediate functional prosthetics based on implants. Some authors associate the formation of a connective tissue layer between the implant and the bone with immediate functional load [7, p.489; 8, p.367]. According to other data, such a load does not prevent the formation of bone tissue around the implants (9, p.289; 10, p.247; 11, p.89; 12, p.20). At the same time, it was found that in some cases the contact area of the implant surface with bone was higher precisely with immediate functional load, in comparison with the delayed loading on the implant.