2. Bamba S, Sasaki M, Takaoka A, et al. Sarcopenia is a predictive factor for intestinal resection in admitted patients with Crohn's disease. PLoS One. 2017;12(6):e0180036. Published 2017 Jun 23. doi:10.1371/journal.pone.0180036
3. Scaldaferri F, Pizzoferrato M, Lopetuso LR, et al. Nutrition and IBD: Malnutrition and/or Sarcopenia? A Practical Guide. Gastroenterol Res Pract. 2017;2017:8646495. doi:10.1155/2017/8646495
4. Bischoff S. C., Escher J., Hébuterne X., et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. Clinical Nutrition 2020;39 (2020) 632-653
5. Tociu C. et al. Assessment of nutritional status in correlation with quality of life and disease activity in Hospitalized Patients with Inflammatory Bowel Diseases //Age (years). – 2019. – Т. 40. – С. 19.2. doi:10.24327/23956429.ijcmpr201908719
6. Takaoka A, Sasaki M, Nakanishi N, Kurihara M, Ohi A, Bamba S, Andoh A: Nutritional Screening and Clinical Outcome in Hospitalized Patients with Crohn's Disease. Ann Nutr Metab 2017;71:266-272. doi: 10.1159/000485637

Кацура К.С., Ходасевич Э.В.

Уровень личностной и ситуативной тревожности у беременных женщин с различными нарушениями соматического, репродуктивного и социального здоровья

*Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко
(Россия, Воронеж)*

doi: 10.18411/lj-12-2020-60

idsp: lj-12-2020-60

Актуальность: Беременность – состояние, требующее от организма будущей матери высоких адаптационных возможностей. Эмоциональный фон беременной и уровень ее тревожности существенно влияют на состояние плода. Уровень социального и физического благополучия может как положительно, так и отрицательно отражаться на тревожности беременной женщины, а значит, воздействовать на здоровье будущего ребенка.

Цель: Изучить уровень личностной и ситуативной тревожности беременных женщин со сроком гестации 37-40 недель в зависимости от различных отягощающих анамнез факторов.

Задачи:

1. Проанализировать данные акушерского, гинекологического, соматического и социального анамнеза обследуемых пациенток.
2. Установить уровень личностной и ситуативной тревожности беременных обследуемой группы.
3. Оценить влияние факторов, отягощающих анамнез, и их сочетания на показатели личной и ситуативной тревожности.

Методы: Инструментом оценки показателей личной и ситуативной тревожности являлся опросник Спилбергера-Ханина. Анализ акушерского, гинекологического, соматического и социального анамнеза основывался на данных историй болезни и обменных карт 100 беременных женщин со сроком гестации 37-40 недель. При сопоставлении полученных данных было изучена зависимость уровня тревожности обследуемых пациенток от тяжести состояния их соматического и репродуктивного здоровья, а также различных особенностей социального анамнеза. Оценка результатов проводилась методами описательной статистики.

Результаты: При анализе полученных данных установлено отсутствие низкого уровня тревожности в обследованной группе беременных женщин. В ходе исследования не выявлено достоверных данных, подтверждающих прямую связь между уровнем тревожности беременной женщины и наличием и сочетанием отягощающих факторов акушерско-гинекологического, соматического и социального анамнеза.

Заключение: Беременность – непростой этап в жизни женщины. Каждая пациентка испытывает тревогу во время беременности вне зависимости от исходных

данных ее соматического, репродуктивного и социального здоровья. Врач акушер-гинеколог должен вносить максимальный вклад в создание благоприятного психоэмоционального фона беременной женщины в период до, во время и после родов, что снижает уровень отрицательных эмоций пациентки и положительно влияет на состояние будущего ребенка.

Ключевые слова: беременность, тревожность, анамнез,отягощающий фактор.

Актуальность:

Течение и исход беременности зависит от влияния на женский организм различных факторов риска. Проблемы соматического и репродуктивного статуса, социально-бытовой дискомфорт отрицательно сказываются на эмоциональном фоне и общем здоровье беременной женщины, вызывая различные акушерские осложнения.

У большинства пациенток эмоциональная основа периода беременности формируется при первой встрече с врачом акушером-гинекологом при постановке на учет [1]. Негативные впечатления могут послужить фактором высокой тревожности беременной женщины и являться триггером в манифестации ранее скрытых патологий [2]. Это объясняет важность создания теплых и доверительных отношений между пациенткой и врачом.

Профилактика высокого уровня тревожности, смягчение возможных рисков различных отягощающих факторов, качественный психологический настрой помогают женскому организму справиться со стрессовым состоянием беременности и обеспечить нормальное развитие и рождение будущего ребенка.

Цель: Изучить уровень личностной и ситуативной тревожности (ЛТ и СТ) беременных женщин со сроком гестации от 37 недель в зависимости от наличия различных отягощающих анамнез факторов (ОАФ).

Методы:

Анализ показателей личностной и ситуативной тревожности 100 беременных женщин со сроком гестации 37-40 недель проводился на основе опросника Спилбергера-Ханина. Каждая пациентка проходила лечение в отделении патологии беременности №3 Воронежского областного перинатального центра в период с 10 октября 2019 года по 10 февраля 2020 года. Оценка состояния акушерского, гинекологического, соматического и социального анамнеза основывалась на данных историй болезни и обменных карт женщин обследуемой группы. ОАФ считались аборт, выкидыш, внематочная беременность, смерть ребенка, осложнения настоящей беременности. Критериями отягощенного гинекологического и соматического анамнезов являлось наличие одной или нескольких патологий соответственно. Критериями отягощенного социального анамнеза считались определенный возраст матери (до 18 лет, старше 30 лет), отсутствие официального места работы и отсутствие официальной регистрации брака и совместного проживания с супругом.

Критерий включения в исследование: беременность сроком 37-40 недель. Критерий исключения: отказ беременной от опроса.

Основным исходом исследования следует рассматривать уровни личностной и ситуативной тревожности в группах пациенток с разным количеством отягощающих анамнез факторов. У каждой беременной женщины с помощью шкалы Спилбергера-Ханина устанавливался уровень ЛТ и СТ - низкий, умеренный или высокий. Среди обследуемых не выявлено женщин с низкой ЛТ и СТ. По количеству отягощающих анамнез факторов (от 0 до 4) женщины были разделены на 5 подгрупп по 20 человек в каждой. Внутри каждой подгруппы изучалось соотношение беременных с умеренным и высоким уровнем ЛТ и СТ в зависимости от тяжести их состояния.

Размер выборки рассчитывался предварительно с целью создания 5 подгрупп по тяжести соматического, репродуктивного и социального здоровья беременных женщин с равным количеством обследуемых.

По анализу результатов в полученных подгруппах был сформирован основной вывод исследования.

Статистическая обработка основывалась на методах описательной статистики (расчет средних величин, процентных соотношений) пакета статистической программы MS Excel.

Результаты:

Группу обследуемых составляло 100 беременных женщин со сроком гестации 37-40 недель, находившихся на дородовой госпитализации в отделении патологии беременности №3 Воронежского областного перинатального центра в период с 10 октября 2019 года по 10 февраля 2020 года. Средний возраст обследованных составил $29,4 \pm 3,7$ лет.

Среди обследуемых пациенток факторы, отягощающий гинекологический анамнез, имели 78 (78%) беременных, социальный – 74 (74%), соматический – 69 (69%), акушерский – 52 (52%).

43% опрошенных обладали умеренным уровнем ЛТ, 57% - высоким уровнем ЛТ. 51% опрошенных показал умеренный уровень СТ, 49% - высокий уровень СТ. По количеству ОАФ группа обследованных пациенток была разделена на 5 подгрупп по 20 человек: от отсутствия отягощающих анамнез факторов до сочетания четырех исследуемых отягощающих факторов – акушерского, гинекологического, соматического, социального. Характеристика личностной и ситуативной тревожности обследованных пациенток отображена в табл.1 и табл.2.

Табл.1

Показатели личностной тревожности беременных в исследуемых подгруппах.

Уровень ЛТ	1 подгруппа (отсутствие ОАФ)	2 подгруппа (1 ОАФ)	3 подгруппа (2 ОАФ)	4 подгруппа (3 ОАФ)	5 подгруппа (4 ОАФ)
Умеренная ЛТ - 43 (43%)	10 (23,3%)	4 (9,3%)	5 (11,6%)	10 (23,3%)	14 (32,5%)
Высокая ЛТ- 57 (57%)	10 (17,5%)	16 (28,1%)	15 (26,3%)	10 (17,5%)	6 (10,5%)

Табл.2

Характеристика ситуативной тревожности беременных в исследуемых подгруппах.

Уровень СТ, N абс (%)	1 подгруппа (отсутствие ОАФ)	2 подгруппа (1 ОАФ)	3 подгруппа (2 ОАФ)	4 подгруппа (3 ОАФ)	5 подгруппа (4 ОАФ)
Умеренная СТ, 51 (51%)	8 (15,7%)	10 (19,6%)	3 (5,9%)	16 (31,4%)	14 (27,4%)
Высокая ЛТ, 49 (49%)	12(24,5%)	10 (20,4%)	17 (34,7%)	4 (8,2%)	6 (12,2%)

Обсуждение: Тревожность следует рассматривать как фактор риска манифестации скрытых патологий. Наиболее объективизированную картину эмоционального фона беременной отражает ситуативная тревожность, тогда как личностная тревожность сильнее зависит от индивидуальных особенностей психического реагирования и индивидуальной восприимчивости каждой беременной женщины [3].

По результатам проведенных исследований среди пациенток не было выявлено низкой СТ и ЛТ. Это позволяет сделать вывод о том, что беременность, независимо от соматического и социального статуса ее протекания, является фактором повышения тревожности [4].

При отображении результатов сравнения количества беременных с умеренным и высоким уровнем ЛТ и СТ в зависимости от тяжести анамнеза очевидно отсутствие прямой связи между ними. В каждой подгруппе соотношение пациенток с умеренным и

высоким уровнем тревожности было различным и не зависело от количества ОАФ. Данные показатели дают основание предполагать, что уровень тревожности зависит не только от репродуктивного, соматического и социального статуса беременной женщины.

Заключение:

Эмоциональный фон беременной женщины существенно формирует «внутриутробный психологический опыт плода», влияет на течение и исход беременности, течение родов и послеродового периода [5]. Тревожность как одна из составляющих эмоционального фона в адекватном проявлении является механизмом адаптации женского организма к вынашиванию и рождению здорового ребенка. Совокупность факторов, отягощающих уровень тревожности, многообразна, что требует индивидуального подхода к ведению каждой беременной женщины [6]. Психологическая подготовка женщин к беременности и родам является неотъемлемой частью достижения высокого комплаенса между специалистами соответствующего профиля, акушерами-гинекологами и их пациентками.

1. Сидоров П.И., Чумакова Г.Н., Шукина Е.Г. Перинатальная психология. СпецЛит; Санкт-Петербург, 2015. 48-51 с. [Sidorov PI, Chumakova GN, Shukina EG. Perinatalnaya psichologiya. SpecLit; Saint Petersburg, 2015. p. 48-51. (In Russ).]
2. Ласая Е.В. Невротические и соматоформные расстройства у беременных // Медицинские новости. – 2003. – №5. – С.3-7. [Lasaya EV. Nevroticheskie i somatofornnie rasstroistva u beremennih // Medicinskie novosti. – 2003;(5):3-7. (In Russ).]
3. Сурмач М.Ю., Богдан О.Г., Синицкая А.В. Уровень тревожности женщины во время беременности и медико-социальные факторы, влияющие на него // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2012. – №2. – С.13-14. [Surmach M.U., Bogdan O.G., Sinitskaya A.V. Level of anxiety in pregnant woman, medical and social factors influencing it // Vestnik Smolenskoi gosudarstvennoi medicinskoj akademii. – 2012;(2):13-14. (In Russ).]
4. Добряков И.В. Перинатальная психология. Питер; Санкт-Петербург, 2010. 88-90 с. [Dobryakov IV. Perinatalnaya psichologiya. Piter; Saint Petersburg, 2010. p. 88-90. (In Russ).]
5. Н.Н. Володин, П.И. Сидоров. Перинатальная психология и психиатрия. Москва; Издательский центр «Академия», 2009. 79-80с. [Volodin NN, Sidorov PI. Perinatalnaya psichologiya i psichiatriya. Moscow; Izdateiskii centr «Academiya», 2009. p.79-80. (In Russ).]
6. И.А. Кельмансон. Перинатология и перинатальная психология. СпецЛит; Санкт-Петербург, 2015. 10-11 с. [Kelmanson IA. Perinatologiya i perinatalnaya psichologiya. SpecLit; Saint Petersburg, 2015. p. 10-11. (In Russ).]

Козонова З.Г.

Порошки как лекарственная форма

*Северо-Осетинский государственный университет имени К.Л. Хетагурова
(Россия, Владикавказ)*

doi: 10.18411/lj-12-2020-61

idsp: ljjournal-12-2020-61

*Научный руководитель
Морозов Ю.А.*

Аннотация

Основным поставщиком лекарственных препаратов населению является аптечная сеть.

Обычно в аптеках бывает 3 отделения:

- рецептурно-производственное;
- ручная продажа;
- отделение запасов.

Особенности аптечного изготовления лекарственных препаратов: