



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **54561** (13) **U**  
(51) **МПК (2009)**  
**A61B 10/00**

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

**(54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ВАГІТНИХ ЖІНОК З ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

1

2

(21) u201007923

(22) 24.06.2010

(24) 10.11.2010

(46) 10.11.2010, Бюл.№ 21, 2010 р.

(72) ДАВИДОВА ЮЛІЯ ВОЛОДИМИРІВНА, БАРА-  
НОВА ВІКТОРІЯ ВОЛОДИМИРІВНА, БУЛИК ЛА-  
РИСА МИХАЙЛІВНА

(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ПЕДІАТ-  
РІЇ, АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ

(57) Спосіб діагностики психоемоційного стану  
вагітних жінок з екстрагенітальною патологією

шляхом психологічної діагностики, який **відрізня-  
ється** тим, що додатково проводять ультразвуко-  
ве дослідження плода, визначення ацетону в сечі,  
гормональну кольпоцитологію та визначають тип  
прийняття вагітності, вплив основного соматичного  
захворювання на психологічний стан вагітної жін-  
ки, відношення та довіру до медпрацівників, при-  
сутність психолога при партнерських пологах, при  
цьому визначають критерії діагностики психологіч-  
ного стану вагітної жінки.

Корисна модель належить до галузі медицини,  
зокрема, акушерства та гінекології та медичної  
психології і може бути використаний для покращення  
перинатальних результатів шляхом психологічного  
супроводу вагітності та пологів у жінок з  
екстрагенітальною патологією.

Відомий спосіб направленої регуляції психое-  
моційного стану вагітних жінок, який був розроб-  
лений Рамін О.М.(пат. №99127713, RU). Автор  
пропонує застосовувати раціональну психотера-  
пію, в стані релаксації проводять гетеросугестив-  
ний вплив, при якому вербальними методами за-  
дають психологічну установку на нормалізацію  
функцій організму. Семантичне поняття психологі-  
чної установки в першому триместрі вагітності по-  
лягає в мотивації на формування здорового тіла  
дитини, в другому - здорового духу дитини, в тре-  
тьому - зниження страху перед пологами у матері  
та дитини. Проте не враховується група вагітних з  
екстрагенітальною патологією, та вплив на психо-  
логічний та фізичний стан жінки основного соматич-  
ного захворювання, не враховуються індивіду-  
альні психологічні властивості жінки.

Найбільш близьким за технічною суттю є спо-  
сіб оцінки психоемоційного стану вагітних жінок з  
патологією щитоподібної залози (автореферат на  
здобуття ступеню доктора медичних наук Давидо-  
вої Ю.В., 2005 рік). Автор обстежує психологічний  
стан шляхом психологічного тестування з викорис-  
танням багатопрофільного опитувальника, дослі-  
дження депресивності по тесту Бека, тест самоо-

ціни Глена Вільсона, тест тривожності Спілберге-  
ра-Ханіна. Але це є громістке дослідження в умо-  
вах жіночої консультації.

В основу запропонованого способу діагностики  
психоемоційного стану вагітних жінок з екстрагені-  
тальною патологією покладена задача проведення  
комплексного психологічного та клінічного обсте-  
ження вагітної жінки, що дозволить виділити групу  
ризиків жінок для проведення психологічної адап-  
тації, профілактики психосоматичних проявів,  
профілактики розвитку акушерських ускладнень, а  
також розробити індивідуальну програму підготов-  
ки до пологів.

Поставлена задача способу діагностики пси-  
хоемоційного стану вагітних з екстрагенітальною  
патологією вирішується шляхом психологічної діа-  
гностики, згідно корисної моделі додатково дослі-  
джується: 1) тип прийняття вагітності; 2) вплив  
основного соматичного захворювання на психоло-  
гічний стан вагітної жінки; 3) відношення та довіру  
до медпрацівників; 4) присутність психолога при  
партнерських пологах, 5) УЗД плода; 6)гормональна  
кольпоцитологія, 7) наявність аце-  
тону в сечі. Визначаються критерії діагностики  
психоемоційного стану вагітної жінки.

Як відомо, вагітність змінює психоемоційний  
стан жінок, зокрема підвищується тривожність,  
спостерігається емоційна лабільність. За наявності  
соматичної патології спостерігається погіршення  
даного стану, а також приєднується страх за дити-

(19) **UA** (11) **54561** (13) **U**

ну та власне здоров'я. Запропонований спосіб вирішується наступним чином:

Перший етап: при первинному відвідуванні вагітної жінки консультативної клініки (прийом проводиться спільно з лікарем акушером-гінекологом та лікарем-психологом). Встановлюється позитивний контакт з пацієнткою, пропонується тестування психоемоційного стану вагітної з застосуванням наступних методик: методика діагностики самооцінки Ч.Д. Спілбергера, методика диференційної діагностики депресивних станів Зунге, методика діагностики самооцінки психічних станів Г. Айзенка, стиль прийняття вагітності, який включає емоційний стан по триместрам вагітності, соматичні відчуття, емоції в момент ідентифікації вагітності, бажаність та запланованість вагітності, вплив основного соматичного захворювання на психологічний стан вагітної жінки, відношення та довіру до медпрацівників. Клінічно обстежується рівень прогестеронової недостатності (гормональна кольпцитологія), наявність доклінічних/клінічних проявів загрози переривання вагітності (УЗД), ступінь вираженості раннього токсикозу (наявність ацетону в сечі). На другому етапі (що відповідає наступній зустрічі з вагітною) за наявності результатів клінічних та психологічних результатів обстеження встановлюється ступінь важкості соматичного захворювання та його вплив на фізіологічний перебіг вагітності, визначається приналежність жінки до групи ризику щодо виникнення ускладнень вагітності, встановлюється прогноз можливого перебігу пологів. Якщо жінка входить до групи ризику, їй індивідуально визначається періодичність зустрічей з медичним психологом, об'єм та методи психокорекції протягом всієї вагітності. Третій етап: присутність лікаря-психолога при партнерських пологах. Четвертий етап: спостереження за породілею протягом раннього післяпологового періоду та надання психологічної допомоги при потребі.

Спосіб діагностики демонструється наступними прикладами:

1. Пацієнтка Наталія Н., 27 років (№ 1599 2008 р.). DS: Вагітність 12 тижнів .С-г щитоподібної залози ст. 2 кл.гр. 3. Післяопераційний гіпотиреоз в стадії медикаментозної компенсації (тиреоїдектиомія 1994 року).

Результати досліджень наступні:

- прийняття вагітності адекватне
- діагностика самооцінки Спілбергера Ч.Д.
- реактивна тривожність -36(помірна)
- особистісна тривожність - 38(помірна)
- диференційна діагностика депресивних станів Зунге: 44(депресивність відсутня)

- діагностика самооцінки психічних станів Г. Айзенка:

- тривожність - 11 (середній рівень)
- фрустрація - 1 (висока самооцінка, не боїться труднощів)
- агресивність - 10(середній рівень)
- ригідність - 14(середній рівень)

Клінічне обстеження: виявлено середній ступінь прогестеронової недостатності, підвищений тонус міометрію по передній стінці матки (в ділянці під розташуванням хоріону), в аналізі сечі ацетон (+++), в зв'язку з чим призначено відповідну терапію.

Висновки: переважає стан підвищеної тривожності, також тривожна реакція на зміну звичної обстановки. Вагітність та пологи можуть протікати з емоційним напруженням. Було встановлено довірчі відносини, протягом вагітності кожні 2-3 тижні відбувалися зустрічі з лікарем-психологом, використовувалися методики раціональної, біхевіоральної психотерапії. Пологи та післяпологовий період протікали без ускладнень.

2. Пацієнтка Вовк О., 20 років DS: Вагітність 8-9 тижнів, субаортальний стеноз, ФК II, НК II ст..

- прийняття вагітності адекватне
- діагностика самооцінки Спілбергера Ч. Д.
- реактивна тривожність - 32(спокій)
- особистісна тривожність - 44(підвищена)
- диференційна діагностика депресивних станів Зунге: 41(депресивність не виявлена)
- діагностика самооцінки психічних станів Г. Айзенка:

- тривожність - 7(підвищення)
- фрустрація - 2(висока самооцінка, не боїться труднощів)
- агресивність - 6(відсутня)
- ригідність - 7(середній рівень)

Клінічне обстеження: високий рівень прогестеронової недостатності, наявність підвищеного тону матки по задній стінці, ділянка відшарування хоріону до 10 мм, ацетон в сечі (+).

Висновки: переважає стан тривожності, прийняття та переживання вагітності адекватне. Кожні 3 тижні відбувалися зустрічі з психологом, підготовка до пологів. Вагітність, пологи та післяпологовий період протікали без ускладнень.

Таким чином, даний спосіб може використовуватися для клінічного та амбулаторного обстеження вагітних з екстрагенітальною патологією, визначення психоемоційного стану, кращої побудови схеми спілкування та лікування вагітної, а також визначення групи вагітних для психологічного супроводу вагітності, пологів та післяпологового періоду.