

УДК 618.3-06:616.891.6]:616.89-008.44

DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.15066134>

АСПЕКТИ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ВАГІТНОСТІ, УСКЛАДНЕНІЙ ЗАТРИМКОЮ РОСТУ ПЛОДУ

Яроцька Ю.О. Говсєєв Д.О.

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, м. Київ

e-mail: figaro232425@gmail.com

ASPECTS OF PSYCHO-EMOTIONAL DISORDERS IN PREGNANCY COMPLICATED BY FETAL GROWTH RESTRICTION

Yarotska Yu.O. Govsieiev D.O.

Bogomolets National Medical University, Kyiv

e-mail: figaro232425@gmail.com

Summary/Резюме

The prevalence of anxiety during pregnancy ranges from 14% to 54%, with the highest rates of anxiety screening in cases of preterm delivery, surgical delivery and low birth weight for a given gestational age. *The aim of the study* was to conduct a comprehensive assessment of the psychological status, anxiety and depression levels, and self-assessment of attitudes in patients with pregnancy complicated by fetal growth restriction. *Materials and methods of the study.* The study included 200 pregnant women whose pregnancy was complicated by fetal growth restriction. Three study groups were formed: Group I – 80 women with early fetal growth restriction; Group II – 80 women with late fetal growth restriction; Group III (control group) – 80 women with a physiological course of pregnancy and the birth of a live full-term fetus. Instrumental and psychological-experimental research methods were used (survey, use of validated questionnaires, the Beck Depression Inventory, and the Spielberger-Hanin anxiety test). *Results of the study and their discussion.* Socio-economic psychogenic factors included low financial status (34.4%), occupations associated with high psycho-emotional stress (40.6%), forced unemployment and the contingent of temporarily displaced persons (37.5%). The proportion of perinatal losses and infant morbidity in the history of the study was significant compared to the control group (20.0%); habitual miscarriage and stillbirths were observed only in the main groups. Changes in the neuropsychiatric state were noted due to an increase in such complaints as decreased work capacity (44.4%), somnolence (40.0%), emotional lability (49.4%), mood and memory impairment (35.0%), and apathy (27.5%). The dependence on age, parity of pregnancies and gestational age when fetal growth restriction is diagnosed is presented. The maximum parameters of situational and personal anxiety were noted at 22-27^z v weeks of pregnancy; the proportion of clinical signs of subdepression is high (in half of the observations), and in every fourth patient moderate depression is diagnosed. *Conclusions.* Socio-economic psychogenic factors and high proportion of perinatal losses, habitual miscarriage and stillbirth in the history have a significant psychogenic impact. In the case of early fetal growth restriction, the level of anxiety is the highest. Prolonged exposure to psychotraumatic situations generates an increase in situational and personal anxiety in young women, and a high proportion (in half of the observations) of clinical signs of subdepression, and in every fourth patient – moderate depression. All these factors contribute to the chronicity of perinatal stress and allow to classify such pregnant women as a high perinatal risk group.

Keywords: pregnancy and fetal growth restriction, situational and personal anxiety, depression scale, psychogenic factors.

Поширеність тривожних станів під час вагітності коливається від 14 % до 54 %, найвищими є показники скринінгу тривожності у випадку передчасних пологів, оперативного розродження та народження плода з вагою, малою для даного терміну гестації. *Метою роботи* стало провести комплексну оцінку особливостей психологічного статусу, рівня тривожності та депресії та самооцінки відношення до проблеми у пацієнток з вагітністю, ускладненою затримкою росту плода. *Матеріали та методи дослідження.* У дослідження включили 200 вагітних, вагітність яких ускладнена затримкою росту плода. Сформовано три досліджувані групи: I група - 80 жінок із ранньою формою затримки росту плода; II група – 80 жінок із пізньою формою затримки росту плода; III група (контрольна група) – 80 жінок з фізіологічним перебігом вагітності та народженням живого доношеного плода. Використано інструментальні та психолого-експериментальні методи дослідження (анкетування, використання валідизованих опитувальників, шкала депресії А. Бека, скринінг-тести особистісної та реактивної тривожності Спілбергера Ч.Д.-Ханіна Ю.Л. *Результати дослідження та їх обговорення.* Соціально-економічні психогенні чинники включали низьке матеріальне становище (34,4 %), професії, пов'язані із високим психоемоційним навантаженням (40,6 %), вимушено непрацюючі та контингент тимчасово переміщених осіб (37,5 %). Значимою була частка перинатальних втрат та захворюваності новонароджених у анамнезі проти даних контролю (20,0 %), звикле невиношування та мертвонародження відмітили тільки у основних групах. Зміни нервово-психічного стану відмітили за рахунок збільшення таких скарг, як зниження працездатності (44,4 %), сомнологічні порушення (40,0 %), емоційна лабільність (49,4 %) погіршення настрою та пам'яті (35,0 %), апатія (27,5 %). Представлено залежність від віку, паритету вагітностей та терміну гестації, коли діагностовано затримку росту плода. Максимальні параметри ситуативної та особистісної тривожності відмітили у 22-27z v тижнів вагітності, високою є частка (у половині спостережень) клінічних ознак субдепресії, у кожній четвертій пацієнтки – помірної депресії. *Висновки.* Соціально-економічні психогенні чинники та висока доля перинатальних втрат, звикле невиношування та мертвонародження в анамнезі мають вагомий психогенний вплив. У випадку ранньої форми затримки росту плода, рівень тривожності є найвищим, тривала дія психотравмуючих ситуацій генерують зростання рівня ситуативної та особистісної тривожності у молодих жінок, а висока частка (у половині спостережень) клінічних ознак субдепресії, і у кожній четвертій пацієнтки – помірної депресії, сприяє хронізації перинатального стресу і дозволяє віднести таку вагітну у групу високого перинатального ризику.

Ключові слова: вагітність і затримка росту плода, ситуативна та особистісна тривожність, шкала депресії, психогенні чинники.

Вступ

Проблема психологічних стресів в умовах постпандемії, глобальної демографічної кризи, масової внутрішньої міграції та військової агресії набула вагомості в акушерстві, так, як вагітність є надзвичайно вразливим періодом у житті жінки, коли додаткові психоемоційні навантаження можуть стати пошкоджуючим чинником як для майбутньої матері, так і для внутрішньоутробного плода [3, 6, 7, 10, 14, 24].

За даними літературних повідомлень Григус І.М., Човпило М.Б., психогенні чинники здійснюють свій вагомий вплив на перебіг вагітності, обумовлюючи зростання частки у пацієнток з емоційним стресом таких ускладнень, як токсикоз першої половини вагітності (46 %), ранній розвиток гестозів (45 %), хронічна плацентарна дисфункція (56 %). Як результат, новонароджені у 76 % випадків перебувають у стані гіпоксії різного ступеня і в 28 % випадків потребують тривалої реабілітаційної терапії. Вагітність у жінок з

ознаками емоційного стресу у 16 % випадках закінчується передчасними пологами, в 10 % – викиднями [5, 13, 16, 21, 22].

В умовах сьогодення, формування так званої «домінанти вагітності», яка забезпечує нормальний перебіг гестації, пологів та післяпологового періоду, відбувається у стані хронічного стресу, а розвиток гестаційних ускладнень посилює напруження психологічного стану вагітної, що вимагає спеціалізованих психотерапевтичних підходів [6, 10, 12, 17, 21, 22].

Фізіологічні адаптаційні зміни організму вагітної, хронічний стрес та емоційні навантаження повсякденної діяльності, високий рівень тривожності, часто депресивні прояви при розвитку гестаційних ускладнень супроводжують різні триместри вагітності [6, 12, 18, 24]. І власне саме вагітність може сприяти розвитку тривожних переживань і розладів – за даними літературних публікацій, поширеність тривожних станів коливається від 14 % до 54 %, найвищими є показники скринінгу тривожності у випадку передчасних пологів, оперативного розродження та народження плода з вагою, малою для даного терміну гестації [4, 6, 21, 22, 24]. Навіть фізіологічно перебігаюча вагітність пов'язана із амбівалентними психологічними переживаннями вагітної жінки, і, якщо на такий стандартний стан нашаровуються психотравмуючі впливи, то перебіг вагітності набуває патологічного характеру, що потребує оптимізації програми комплексних психодіагностичних підходів [2, 4, 12, 14, 21, 22].

Варто відмітити, що фактори зовнішнього та внутрішнього середовища, психологічні навантаження, які перевищують адаптаційні можливості організму, можуть не тільки сприяти психолого-біологічним порушенням, але і спотворювати реакцію жінки на стан стресу, гіпертрофуючи емоції та переживання [4, 11, 13, 17, 24]. При повторних епізодах гострого стресу (наприклад, поява додаткових негативних суб'єктивних чи об'єктивних ознак погіршення внутрішньоутробно-

го стану плода) або у випадку ранньої форми затримки росту плода (ЗРП) розвивається так званий ефект накопичення із дисбалансом гомеостазу, порушенням нейроендокринної та імунної системи матері, що ініціює несприятливий перебіг вагітності [4, 21, 22, 24].

Існуючі повідомлення демонструють вагомий вплив материнського перинатального стресу на фетальне програмування плода, що, без сумніву, зберігає свою актуальність на сучасному етапі, оскільки психічне та фізичне здоров'я матері та дитини визначає наслідки у віддаленій перспективі [4, 10, 18, 24]. Типовими наслідками материнського перинатального стресу є порушення розвитку плода та зниження його адаптаційних можливостей, посилення тяжкості внутрішньоутробної гіпоксії, збільшення частки плодів з низькою масою при народженні, та є основою для соматичних проблем у майбутньому [4, 13, 21, 22, 24].

Літературні повідомлення виокремлюють комплекс факторів, що ініціюють або посилюють перинатальний стрес, і серед них: низький соціальний рівень, відсутність освіти, емоційна лабільність та наявність в анамнезі дисфоричних розладів, вік старше 35 років, невиношування в анамнезі, безпліддя, вагітність з використанням технологій IVF, загроза переривання вагітності [4, 6, 8, 21, 22, 24]. Все це диктує необхідність досліджень психологічного стану вагітних, що знаходяться в умовах гострого чи хронічного стресу, так як рання діагностика проявів психологічного дисбалансу, своєчасна психокорекція дозволять профілактувати акушерські ускладнення чи нівелювати наслідки психотравмуючого впливу стресогенних чинників [2, 21, 24].

Все вище викладене підтверджує актуальність доцільності скринінгу раннього виявлення тривожності та мультипрофільного підходу до оптимізації програми адекватної лікарської тактики супроводу таких жінок.

Метою роботи стало провести комплексну оцінку особливостей психологіч-

ного статусу, рівня тривожності та депресії та самооцінки відношення до проблеми у пацієнток з вагітністю, ускладненою затримкою росту плода.

Матеріали та методи дослідження

У дослідження включили 200 вагітних, вагітність яких ускладнена затримкою росту плода, які знаходилися у родопомічному закладі – перинатальному центрі м. Київ (Україна). Психолого-експериментальні методики та розробка програми психокорекції проведені із залученням спеціаліста - перинатального психолога, анкети і валідизовані опитувальники опрацьовані у кабінеті психолога перинатального центру м. Київ. Пацієнтки оформили письмову інформовану добровільну згоду на участь в опитуванні та дослідженні, анкети заповнені у Google-формах та аналітично опрацьовані з використанням статистичних методик. Дослідження відповідає сучасним вимогам морально-етичних норм щодо правил ICH/GC Гельсінкській декларації (1964), Конференції Ради Європи про права людини і біомедицини, а також положенням законодавчих актів України. Було сформовано три досліджувані групи: I група - 80 жінок із ранньою формою затримки росту плода; II група – 80 жінок із пізньою формою затримки росту плода за даними гравідограми та фетометрії; III група (контрольна група) – 80 жінок з фізіологічним перебігом вагітності та народженням живого доношеного плода.

Для комплексної оцінки психоемоційного стану вагітних із затримкою росту плода використано психолого-експериментальні методики, серед яких засоби поглибленого дослідження – анкетування, використання валідизованих опитувальників та методика клінічного інтерв'ю, опитувальник «Шкала депресії А. Бека», скринінг-тести особистісної та реактивної тривожності Спілбергера Ч.Д.-Ханіна Ю.Л. [1, 9, 11, 15].

Шкала особистісної та реактивної тривожності Ч.Д. Спілбергера, адаптованої Ю.Л.Ханіним складається з 40 питань,

20 з яких характеризують реактивну тривожність (РТ), а решта 20 – особистісну тривожність (ОТ). Показник нижче 30 балів свідчить про слабку тривожність, від 31 до 45 балів – помірну тривожність, понад 45 балів – високу. Комплексне психолого-експериментальне дослідження проведено у різні терміни вагітності, по мірі діагностики затримки росту плода та у динаміці моніторингу гестаційного процесу [1, 9, 11, 15].

Обраний напрямок дослідження тісно пов'язаний із планом науково-дослідної роботи кафедри акушерства і гінекології № 1 Національного медичного університету імені О.О.Богомольця та є фрагментом докторської дисертації. Отримані дані оброблялися параметричними методами статистики з використанням ліцензованих стандартних пакетів прикладних програм багатовимірного статистичного аналізу STATISTICA 6.0.

Результати дослідження та їх обговорення

Групи були порівнювані за віком, паритетом вагітностей, соціально-економічному статусу, акушерському та соматично-гінекологічному анамнезу, де у основних групах відсутні міжгрупові статистичні відмінності, але є порівнювані величини з параметрами групи контролю. Як демонструють дані таблиці 1, у основних групах переважала частка жінок з низьким матеріальним становищем (у 1,9 рази проти даних контролю), із вищою освітою (у 2,0 рази), і основними стресогенними професіями стали керівні посади (підприємці, керівники бізнес-структур, структурних підрозділів, власного бізнес-проекту, функціональних груп тощо), працівники, робота яких пов'язана з комп'ютерними технологіями, та вчителі, вихователі, викладачі навчальних закладів.

Також відмітили високу частку осіб, які поєднують навчання із професійною діяльністю (26,9 % проти 8,8 % у контролі), вимушено непрацюючі та контингент тимчасово переміщених осіб в результаті внутрішньої міграції, пов'язаної

Соціально-економічні характеристики та особливості перинатального анамнезу у досліджуваних групах, $n = 240$, абс.ч., %

Показники	I група, n	II група, n	Контрольна група, n
Незадовільне матеріальне становище	— 35,0 $\chi^2-4,58; p_1 < 0,03$	— 33,8 $\chi^2-3,91; p_1 < 0,05$	— 18,75
Вища освіта	— 42,5; $\chi^2-7,37; p_1 < 0,01$	— 38,8 $\chi^2-5,03; p_1 < 0,02$	— 21,3
Робота з комп'ютером	— 30,0 $\chi^2-4,34; p_1 < 0,04$	— 33,8 $\chi^2-6,65; p_1 < 0,01$	— 15,0
Керівна посада	— 25,0 $\chi^2-4,21; p_1 < 0,04$	— 26,3 $\chi^2-4,96; p_1 < 0,03$	— 11,3
Домогосподарка	$\chi^2-14,31;$ $p_1 < 0,001$	— 15,0 $\chi^2-22,12;$ $p_1 < 0,001$	— 51,3
Студенти	— 23,8 $\chi^2-5,56;$ $p_1 < 0,02$	— 30,0 $\chi^2-10,24;$ $p_1 < 0,01$	— 8,8
Тимчасово переміщені особи	— 36,3 $\chi^2-12,46;$ $p_1 < 0,001$	— 38,8 $\chi^2-14,70;$ $p_1 < 0,001$	— 11,3
Першонароджуючі	— 32,5; $p_1 > 0,05$	— 45,0; $p_1 > 0,05$	
Повторнонароджуючі	— 53,8; $p_1 > 0,05$	— 68,8; $p_1 > 0,05$	— 61,3
Безпліддя/використання IVF	— 36,3 $\chi^2-27,05;$ $p_1 < 0,001$	— 23,8 $\chi^2-14,03;$ $p_1 < 0,001$	— 2,5
Перинатальні втрати в анамнезі	— 21,3 $\chi^2-14,08; p_1 <$	— 18,8 $\chi^2-11,74;$ $p_1 < 0,001$	— 1,3

Примітка. p_1 — різниця достовірна проти даних контрольної групи, $p < 0,05$.

Таблиця 1 проти 1,3 %, звикле невиношування та мертвонародження відмітили у третині спостереження тільки у основних групах.

За віком жінки були розподілені наступним чином: практично половина (76 – 47,5 %) осіб слід було віднести до групи раннього репродуктивного віку (20-29 років), третина (49 – 30,6 %) складала вікову категорії старше 35 років, до групи репродуктивного піку (30-35 років) увійшли 35 осіб (22,9 %) (рис. 1).

Результати первинного анкетування за терміном гестації демонструє рисунок 2. Отримані дані роз-

з військовою агресією (37,5 % проти 11,3 % відповідно). У контролі домінуючою була частка пацієнток, які не були зайняті суспільною працею та домогосподарки – практично у половині спостережень (51,3 %).

У основних групах повторнонароджуючі складала 98 пацієнток (61,2 %), першонароджуючі – 62 (38,8 %), і паритет не демонстрував міжгрупових відмінностей з контролем. Слід підкреслити значиму частку перинатальних втрат та захворюваності новонароджених у анамнезі проти даних контролю – 20,0 %

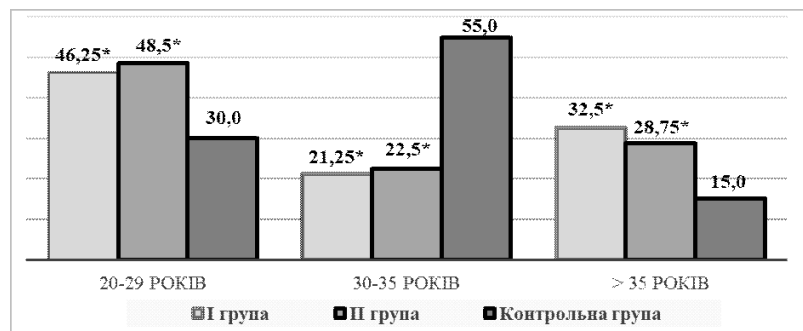


Рис. 1. Розподіл пацієнток досліджуваних груп по віку, $n = 240$, %
Примітка. * — різниця достовірна проти даних контрольної групи,

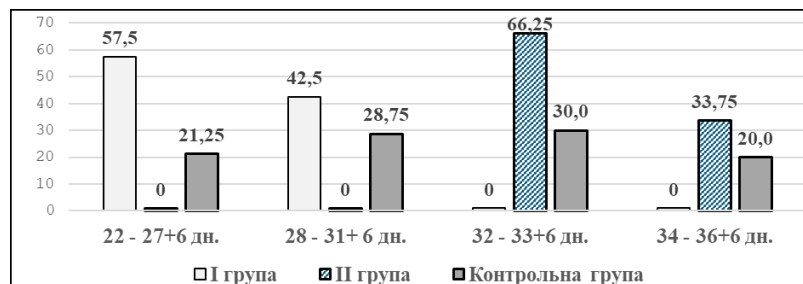


Рис. 2. Терміни вагітності та первинного анкетування, $n = 240$, %
Примітка. * — різниця достовірна проти даних контрольної групи,

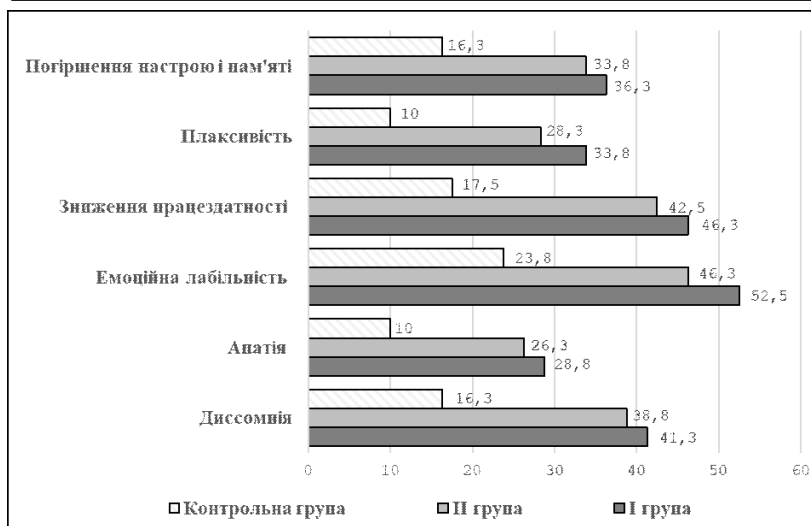


Рис. 3. Симптоми порушення психо-емоційного стану у пацієнок досліджуваних груп, $n = 240$, %.

Примітка. * — різниця достовірна проти даних контрольної групи, $p < 0,05$.

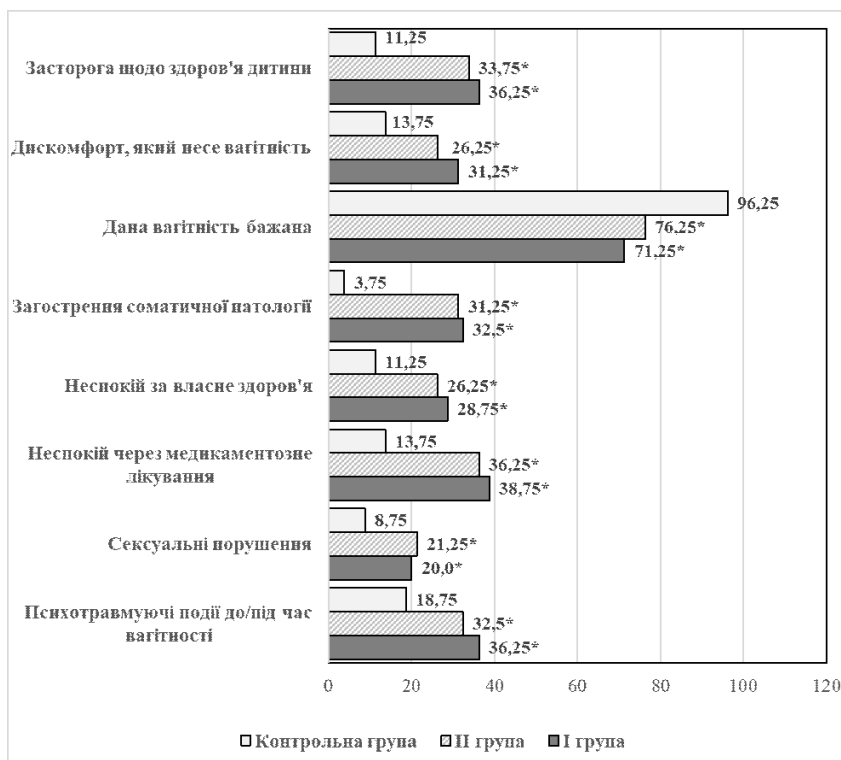


Рис. 4. Психотравмуючі чинники, які посилювали психологічну нестабільність у пацієнок досліджуваних груп, $n = 240$, %

Примітка. * — різниця достовірна проти даних контрольної групи, $p < 0,05$.

поділені наступним чином: 46 осіб (28,75 %) пройшли опитування у терміни 22-27 тижнів вагітності, 34 (21,25 %) — у терміни 28-31 тижні вагітності, 53 пацієнки (38,1%) — у 32-33 тижні вагітності та 27 (15,6 %) — у 34-36 тижні вагітності.

Комплексна характеристика психологічного статусу у порівнянні пацієнтками контрольної групи, які знаходилися в

зоні відносного комфорту, отримана завдяки всесторонній психодіагностичній програмі тестування. Перш за все, слід вказати на скарги та симптоми порушення психо-емоційного стану, які домінували у жінок досліджуваних груп (рис. 3).

Зміни нервово-психічного стану відмітили за рахунок збільшення у основних групах частки таких скарг, як зниження працездатності (44,4 %), сомнологічні порушення (40,0 %), емоційна лабільність (49,4 %) погіршення настрою та пам'яті (35,0 %), апатія (27,5 %).

Необхідно підкреслити вагому частку психотравмуючих подій до/під час вагітності, коли пацієнтки вказували на погіршення стосунків у сім'ї (34,4 %), родинні конфлікти (24,4 %) (рис. 4).

Більшість опитаних у випадку ЗРП відмітили засторогу щодо здоров'я майбутньої дитини (35,0 %), пов'язаного з ви-

користанням медикаментозних засобів (37,5 %), небезпеку для власного здоров'я (27,5 %), основні побоювання були асоційовані із наявністю екстрагенітальної патології (31,9 %), наслідками вагітності (43,1 %), даними лабораторних та інструментальних методів дослідження (40,6 %), імовірністю оперативного чи дострокового розродження (58,1 %) .

Тестування за рівнем тривожності дозволило представити залежність від віку, паритету вагітностей та терміну гестації, коли діагностовано ЗРП. Необхідно підкреслити, що високий рівень ситуативної тривожності не виділено ні в одній віковій категорії, тоді як у віці 20-29 років та пізньому репродуктивному віці відмітили високі та помірні рівні як ситуативної, так і особистісної тривожності, що слід пов'язати із неспокоєм щодо можливих ускладнень та наслідків для новонародженого. Низькі рівні тривожності найбільш значимі були у віковій групі 30-35 років (рис.5).

Розподіл категорій з врахуванням паритету дозволив відмітити у третини (34,7 %) повторнонароджуючих помірний рівень тривожності як особистісної, так і ситуативної, та переважання низького рівня у 43,5 % спостережень у першонароджуючих жінок.

Схожі дані були отримані у дослідженнях R. Turk і співавт. та D. Bramecka-Wozniak і співавт., хоча результати зберігають елементи суперечливості, демонструючи неясну роль підвищення рівня тривожності зі зростанням паритету вагітностей і пологів [19, 20, 23] .

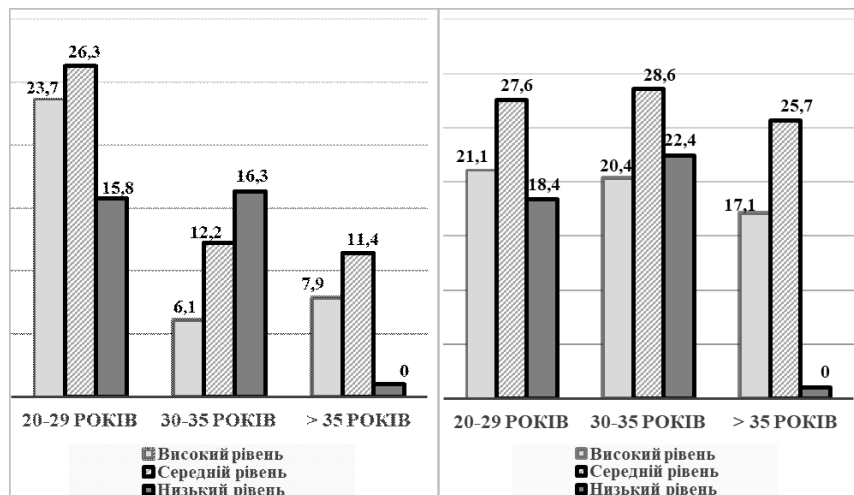
Цікавими були дані щодо впливу терміну вагітності, коли було проведено анкетування та діагностовано ЗРП, на рівень ситуативної та особистісної тривожності (рис.6).

Чим меншим був гестаційний термін діагностики ЗРП, тим максимальними були параметри ситуативної та особистісної тривожності - найбільш значимі частки високого та помірного рівня тривожності відмітили у 22-27 тижнів вагітності (ситуативні тривожність 23,8 % і 27,5 % відповідно; особистісна тривожність – 18,8% та 21,3 % відповідно). Дані параметри мали тенденцію до зниження до 32-33 тижнів гестації, де параметри високої ситуативної тривожності знижувалися у 9,5 рази, а особистісної тривожності – у 3,0 рази проти вихідних показників. Найнижчі параметри відмітили у терміни

34-36 тижнів вагітності. Продемонстрована динаміка зміни параметрів ситуативної та особистісної тривожності вказує на різну інтенсивність та тривалість впливу емоціональних та стресових ситуацій, пов'язаних з діагностикою сумнівного стану плода, а підвищена тривожність є відображенням впливу різних предикторів, що посилюють неспокій очікування пологів, розвитку ускладнень та тривоги за здоров'я майбутнього новонародженого.

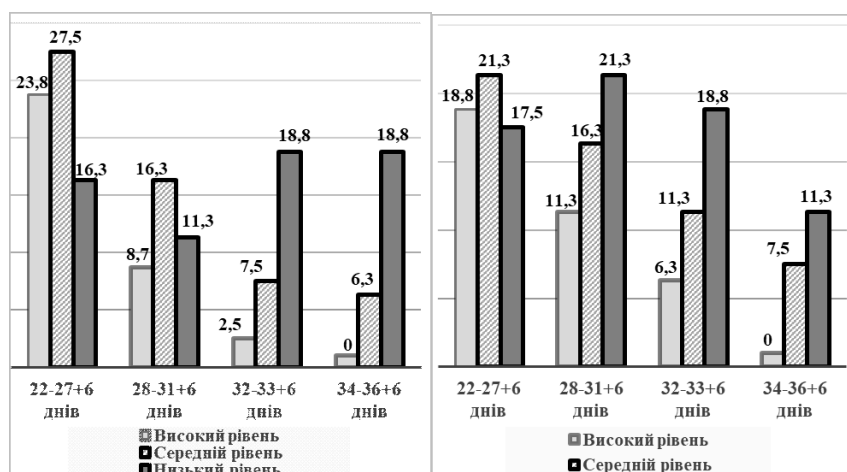
Отримані результати даного психолого-експериментального аналітичного дослідження демонструють необхідність розробки психологічних скринінг-програм та комплексу профілактичних заходів і психотерапевтичних технік корекції високих показників тривожності, де важливими компонентами є підтримка сім'ї, медичного персоналу та партнера, що лежить в основні формування оптимального типу психологічного компонента гестаційної домінанти. Варто вказати на вагомість дії психогенних предикторів очікування негативних наслідків у випадку затримки росту плода, де тривала дія впродовж другого та третього триместру гестації сприяє формуванню різних типів реагування даний клінічний стан.

Діагностика депресивних станів дозволила відмітити відсутність депресії у 30 осіб (18,8 %) у основних групах проти 7, 1 (88,8 %) відповідно, $p < 0,05$. Натомість, високою є частка (у половині спостережень) клінічних ознак субдепресії, та у кожної четвертої пацієнтки – помірної депресії. Діагностика вираженої та власне тяжкої депресії вимагала спеціалізованої допомоги психологів-психіатрів і була проведено у невеликого контингенту жінок. Слід відмітити, що виражена та помірна депресія була характерна для молодих жінок із ранньою формою затримки росту плода, і такі емоціогенні прояви, як розгубленість, низька поінформованість, невпевненість, відчуття тривоги та безпорадність посилювали нестабільність психічного стану, і вказували на емоційно негативний хронічний три-



а) ситуативна тривожність; б) особистісна тривожність

Рис. 5. Розподіл за віком та рівнем тривожності, $n = 160$, %.



а) ситуативна тривожність; б) особистісна тривожність

Рис. 6. Розподіл за терміном діагностики затримки росту плода і первинного анкетування та рівнем тривожності, $n = 160$, %.

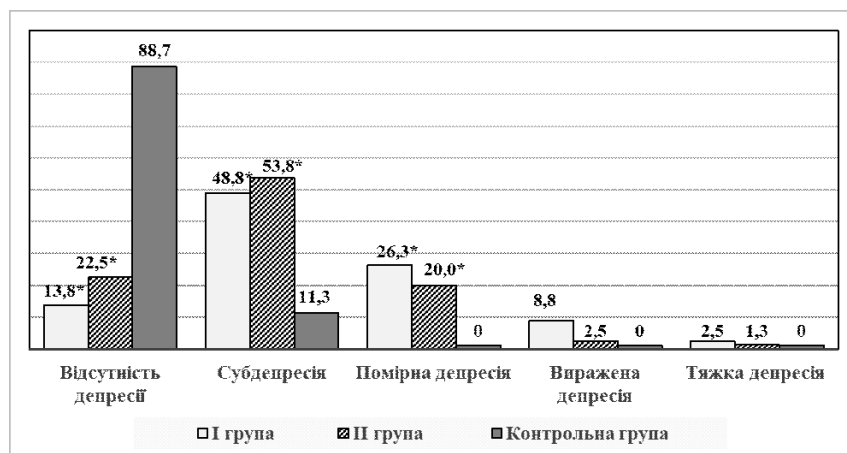


Рис. 7. Категорії за шкалою депресії у пацієток досліджуваних груп, $n = 240$, %.

Примітка. * — різниця достовірна проти даних контрольної групи, $p < 0,05$.

вожний статус психоемоційної сфери жінки.

Висновки

Отримані в результаті виконання дослідження дані демонструють зв'язок між високими рівнями тривожності, дією перинатальних стресогенних факторів та розвитком плацентоасоційованих ускладнень вагітності – затримки росту плода. Встановлено основні соціально-економічні психогенні чинники: матеріальне становище (34,4 %), професії, пов'язані із високим психоемоційним навантаженням (40,6 %), належність до контингенту вимушено непрацюючих та тимчасово переміщених осіб (37,5 %). Свій психогенний вплив здійснює висока доля перинатальних втрат, звикле невиношування та мертвонародження в анамнезі. Тестування за рівнем тривожності представило залежність від віку, та терміну гестації, коли діагностовано затримка росту плода. У випадку ранньої форми затримки росту плода, рівень тривожності є найвищим, що демонструє низькі можливості механізмів стресостійкості психічної сфери вагітної жінки. Високі

психоемоційні навантаження, тривала дія психотравмуючих ситуацій генерують зростання рівня ситуативної та особистісної тривожності, а висока частка (у половині спостережень) клінічних ознак субдепресії, і у кожної четвертої пацієнтки – помірної депресії сприяє хронізації перинатального стресу і дозволяють віднести таку вагітну у групу високого перинатального ризику. Проведення комплексної психодіагностики, корекція негативного психоемоційного стану та медико-психологічний супровід такої вагітності і пологів є важливим завданням практичного акушера та перинатальної психології і вимагають оптимізації процедури первинного психологічного скринінгу з стратифікацією ризику розвитку пограничних станів.

Фінансування /Funding: Це дослідження не отримало зовнішнього фінансування.

Заява про доступність даних / Data Availability Statement Вся інформація знаходиться у відкритому доступі.

Подяка /Acknowledgments. Автори висловлюють подяку за сприяння написанню роботи науковому колективу свого закладу.

Конфлікт інтересів /Conflicts of Interest. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Література

1. Агаєв НА, Кокун ОМ, Пішко ІО, Лозінська НС, Остапчук ВВ, Ткаченко ВВ. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016: 234.
2. Анчева ІА. Психопрофілактика стресу під час вагітності та пологів. Здоров'я жінки. 2017; 5 (121):32–34. .
3. Бацилева О, Астахов В, Пузь І. Особливості психологічного супроводу вагітних жінок, які мешкають у зоні конфлікту. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. 2019;1(38):14–18.
4. Гільман АЮ, Мазяр КВ. Дослідження негативних психічних станів у жінок у періоді вагітності. Public Health Journal. 2022; 2:18–24. DOI 10.32782/pub.health.2022.2.3
5. Григус ІМ, Човпило МБ. Фізична реабілітація при вагітності. Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини.

2018; 3: 27–3.3

6. Гусева АЄ. Вивчення показників тривожності, психоемоційного напруження і стресу у вагітних жінок в умовах воєнного стану. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. 2023;23(4):24–29. <https://doi.org/10.31718/2077-1096.23.4.24>
7. Жабченко ІА, Корнієць НГ, Коваленко ТМ. Війна, стрес, вагітність: як узгодити проблемні питання? Репродуктивне здоров'я жінки. 2023; 1(64). URL: <http://repro-health.com.ua/article/view/276245/271416>
8. Котенок А, Вигівська Л, Майданник І. Психоемоційна характеристика вагітних в результаті використання допоміжних репродуктивних технологій. Український науково-медичний молодіжний журнал.2019; 2(110):42–51.
9. Медична психологія : підруч. ; за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І. Д. Спіріної. Дніпро : ЛІРА, 2022. 300 с.
10. Мітіна СВ, Мітіна ОЛ. Психоемоційні стани вагітних жінок в ситуації невизначеності. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. 2023; 34 (73),3:54–58 <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.3/09>
11. Овчаренко ОЮ. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. К. : Університет «Україна», 2023: 266.
12. Пелех І, Католик Г. Емоційні стани вагітної жінки: порівняльний аналіз. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2022; 13:106–114.
13. Прокопенко А.В. Психологічна готовність до материнства як психогігієнічна умова усвідомленої вагітності. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Психологія і педагогіка. 2013; 22: 156–159.
14. Прокоф'єва-Акопова С. Вагітність як фактор емоційної нестабільності жінок. Science and Education. 2020; 3:33–38.
15. Співак ЛМ, Османова АМ. Психодіагностика в клінічній психології: навч. посіб. К.: Університет «Україна», 2023:146. ISBN 978-966-388-666-4.
16. Сторож ВВ, Белік НО. Психологічні особливості ставлення жінок до власної вагітності. URL: <https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/7270/Storozh.pdf?sequence=1>
17. Сюсюка ВГ. Функціональні аспекти психоемоційних порушень у жінок в період гестації, що зумовлені тривожністю. Вісник наукових досліджень. 2017; 1: 95–98.
18. Шрамко ІА. Ставлення жінок до власного

- життя в умовах вагітності. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». Херсон : Гельветика. 2018; 4:233–240.
19. Branecka-Woźniak D, Karakiewicz B, Torbi A, Ciepiela P, Mroczek B, Stanisław M. et al. Evaluation of the occurrence of anxiety in pregnant women with regard to environmental conditions. *Fam. Med. Prim. Care Rev.* 2018; 20(4):320-326. DOI: <https://doi.org/10.5114/fmpcr.2018.79341>
 20. Branecka Wozniak D. Ocena poziomu lęku u kobiet ciążarnych w kontekście wpływu uwarunkowań biologicznych, medycznych oraz środowiskowo społecznych. *Pom J Life Sci.* 2015; 61(4):433–443.
 21. Nath A, Venkatesh S., Balan S., Metgud C.S., Krishna M., Murthy G.V.S. The prevalence and determinants of pregnancy-related anxiety amongst pregnant women at less than 24 weeks of pregnancy in Bangalore, Southern India // *Int. J. Womens Health.* 2019. Vol. 11. P. 241–248. DOI: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S193306>
 22. Rodriguez A.N., Ambia A.M., Fomina Y.Y., Holcomb D., Wolfson T., Doty M. et al. A prospective study of antepartum anxiety screening in patients with and without a history of spontaneous preterm birth // *AJOG Glob Rep.* 2023. Vol. 3, N 4. Article ID 100284. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2023.100284>
 23. Rukiye Turka, Tugce Sakar, Reyhan Erkaya. The effect of pregnancy on happiness. *Procedia - Social and Behavioral Sciences.* 2017; 237:1247 – 1253.
 24. Traylor C.S., Johnson J.D., Kimmel M.C., Manuck T.A. Effect of psychological stress on adverse pregnancy outcomes and non-pharmacological approaches to reduction: an expert review // *Am. J. Obstet. Gynecol. MFM.* 2020. Vol. 2, N 4. Article ID 100229. PMID: 32995736 PMCID: PMC7513755. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100229>
 4. Gilman AY, Mazyar KV. Research on negative mental states in women during pregnancy. *Public Health Journal.* 2022; 2:18-24. DOI 10.32782/pub.health.2022.2.3
 5. Grigus IM, Chovpylo MB. Physical rehabilitation during pregnancy. *Rehabilitation and physical culture and recreation aspects of human development.* 2018; 3: 27-3.3
 6. Guseva AE. Study of indicators of anxiety, psycho-emotional tension and stress in pregnant women under martial law. *Current problems of modern medicine: Bulletin of the Ukrainian Medical Stomatological Academy.* 2023;23(4):24-29. <https://doi.org/10.31718/2077-1096.23.4.24>
 7. Zhabchenko IA, Korniets NG, Kovalenko TM. War, stress, pregnancy: how to reconcile problematic issues? *Women's Reproductive Health.* 2023; 1(64). URL: <http://repro-health.com.ua/article/view/276245/271416>
 8. Kotenok A, Vyhivska L, Maydannik I. Psychoemotional characteristics of pregnant women as a result of the use of assisted reproductive technologies. *Ukrainian scientific and medical youth journal.* 2019; 2(110):42–51.
 9. Medical psychology: ed.; under the general editorship of Doctor of Medical Sciences, Prof. I. D. Spirina. Dnipro: LIRA, 2022. 300 p.
 10. Mitina SV, Mitina OL. Psychoemotional states of pregnant women in a situation of uncertainty. *Scientific notes of the V.I. Vernadsky TNU. Series: Psychology.* 2023; 34 (73),3:54-58 <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.3/09>
 11. Ovcharenko O.Yu. Psychology of stress and stress disorders: a textbook. Kyiv: University of Ukraine, 2023: 266.
 12. Pelekh I., Katolyk G. Emotional states of a pregnant woman: a comparative analysis. *Bulletin of Lviv University. Psychological Sciences Series.* 2022; 13:106–114.
 13. Prokopenko AV. Psychological readiness for motherhood as a psycho-hygienic condition of a conscious pregnancy. *Scientific notes of the National University "Ostroh Academy". Psychology and Pedagogy.* 2013; 22: 156–159.
 14. Prokof'eva-Akopova S. Pregnancy as a factor of emotional instability in women. *Science and Education.* 2020; 3:33–38.
 15. Spivak LM, Osmanova AM. Psychodiagnostics in clinical psychology: a teaching manual. Kyiv: University of Ukraine, 2023:146. ISBN 978-966-388-666-4.
 16. Storozh VV, Belik NO. Psychological features of women's attitude to their own pregnancy. URL: <https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/7270/Storozh.pdf?sequence=1>
 17. Syusyuka VG. Functional aspects of psycho-

References

1. Agayev NA, Kokun OM, Pishko IO, Lozinska NS, Ostapchuk VV, Tkachenko VV. Collection of methods for diagnosing negative mental states of military personnel: Methodological manual. Kyiv: Research Center of the Armed Forces of Ukraine, 2016: 234.
2. Ancheva IA Psychoprophylaxis of stress during pregnancy and childbirth. *Women's Health.* 2017; 5 (121):32–34. .
3. Bacsyleva O, Astakhov V, Puz I. Features of psychological support for pregnant women living in a conflict zone. *Bulletin of the Taras Shevchenko National University of Kyiv.* 2019;1(38):14–18.

- emotional disorders in women during gestation, caused by anxiety. *Bulletin of Scientific Research*. 2017; 1: 95-98.
18. Shramko IA Women's attitude to their own life during pregnancy. *Scientific Bulletin of Kherson State University. Series "Psychological Sciences"*. Kherson: Helvetika. 2018; 4:233-240.
19. Branecka-Woźniak D, Karakiewicz B, Torbi A, Ciepiela P, Mroczek B, Stanisław M. et al. Evaluation of the occurrence of anxiety in pregnant women with regard to environmental conditions. *Fam. Med. Prim. Care Rev*. 2018; 20(4):320-326. DOI: <https://doi.org/10.5114/fmpcr.2018.79341>
20. Branecka Wozniak D. Ocena poziomu lęku u kobiet ciążarnych w kontekście wpływu uwarunkowań biologicznych, medycznych oraz środowiskowo społecznych. *Pom J Life Sci*. 2015; 61(4):433-443.
21. Nath A, Venkatesh S., Balan S., Metgud C.S., Krishna M., Murthy G.V.S. The prevalence and determinants of pregnancy-related anxiety amongst pregnant women at less than 24 weeks of pregnancy in Bangalore, Southern India // *Int. J. Womens Health*. 2019. Vol. 11. P. 241-248. DOI: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S193306>
22. Rodriguez AN., Ambia AM., Fomina YY., Holcomb D., Wolfson T., Doty M. et al. A prospective study of antepartum anxiety screening in patients with and without a history of spontaneous preterm birth // *AJOG Glob Rep*. 2023. Vol. 3, N 4. Article ID 100284. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2023.100284>
23. Rukiye Turka, Tugce Sakar, Reyhan Erkaya The effect of pregnancy on happiness. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2017; 237:1247 – 1253.
24. Traylor C.S., Johnson J.D., Kimmel M.C., Manuck T.A Effect of psychological stress on adverse pregnancy outcomes and non-pharmacological approaches to reduction: an expert review // *Am. J. Obstet. Gynecol. MFM*. 2020. Vol. 2, N 4. Article ID 100229. PMID: 32995736 PMID: PMC7513755. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100229>

Вперше надійшла до редакції 15.12.2024 р.
Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування

УДК 616.2: 616.62-008.22

DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.15066142>

STATE OF THE VAGINAL MICROBIOME IN PATIENTS OF REPRODUCTIVE AGE WITH VAGINAL RELAXATION SYNDROME AND PELVIC FLOOR DYSFUNCTION: OPTIONS FOR CORRECTION

Cheredarchuk A.R., Makarchuk O.M.

*Ivano-Frankivsk National Medical University, Ministry of Health of Ukraine,
o_makarchuk@ukr.net*

СТАН МІКРОБІОМУ ПІХВИ У ПАЦІЄНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З СИНДРОМОМ РОЗКЛАСЕННЯ ПІХВИ ТА ДИСФУНКЦІЄЮ ТАЗОВОГО ДНА: ВАРІАНТИ КОРЕКЦІЇ

Чередарчук А.Р., Макаrchук О.М.

*Івано-Франківський національний медичний університет МОЗ України,
o_makarchuk@ukr.net*

Summary./Резюме

The problem of pelvic floor dysfunction is mostly a concern for young women, and the most significant early symptom of prolapse is considered to be gaping vaginal opening (vaginal laxity). *The aim of this study* was to evaluate the effectiveness of the proposed techniques and therapeutic approaches to restore the normal vaginal microbiome in women with minimal symptoms of pelvic floor dysfunction — vaginal laxity after urgent delivery through the natural birth canal.

Materials and methods of the study. The study included 60 patients aged 21-35