

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ  
МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ**

**III Всеукраїнської науково-практичної конференції  
«МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ,  
ГІНЕКОЛОГІЇ, КОСМЕТОЛОГІЇ ТА ЕСТЕТИЧНІЙ МЕДИЦИНІ»**

**25-26 жовтня 2024 р.**

**Запоріжжя – 2024**

## ЗМІСТ

<b>Макуріна Г.І., Сюсюка В.Г., Чорненька А.С.</b>	<b>6</b>
ВІКОВІ ЗМІНИ ШКІРИ У ЖІНОК	
<b>Лакно І. В., Дьоміна О. В., Сикал І. М., Ромаєва В. П., Шаповал Д. М., Пак С. О.</b>	<b>10</b>
МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ВЗАЄМОДІЇ У ВЕДЕННІ ЖІНОК З НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ ЖІНОК	3
<b>Соловйова Н.М., Сюсюка В.Г.</b>	<b>16</b>
РІВЕНЬ ПЕРЕЖИВАННЯ СТРЕСУ У ВАГІТНИХ З РЕПРОДУКТИВНОЮ ВТРАТОЮ В АНАМНЕЗІ	
<b>Пучков В.А.</b>	<b>22</b>
ОЦІНКА ЦИТОПРОТЕКТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ РАННІЙ ФОРМІ ЗАТРИМКИ РОСТУ ПЛОДА	
<b>Сюсюка В.Г., Бєленічев І. Ф., Кириченко М.М.</b>	<b>26</b>
ВПЛИВ ГІПЕРТЕНЗИВНИХ РОЗЛАДІВ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ НА ГЕМОДИНАМІКУ СИСТЕМИ МАТИ-ПЛАЦЕНТА-ПЛІД ТА МАСОВО-РОСТОВІ ПОКАЗНИКИ НОВОНАРОДЖЕНИХ	
<b>Сюсюка В.Г., Павлюченко М.І., Сергієнко М.Ю., Дейніченко О.В.</b>	<b>29</b>
МЕНЕДЖМЕНТ МЕНОПАУЗАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ: ПРОТИПОКАЗАННЯ ЩОДО ПРИЗНАЧЕННЯ МЕНОПАУЗАЛЬНОЇ ГОРМОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ	
<b>Сюсюка В.Г., Деміденко О.В., Сергієнко М.Ю., Онопченко С.П.</b>	<b>32</b>
МЕНОПАУЗА ТА АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ	
<b>Ганжий І.Ю., Шаповал О.С.</b>	<b>35</b>
ГІПЕРПЛАСТИЧНІ ПРОЦЕСИ ЕНДОМЕТРІЯ НА ТЛІ ПРИЙОМУ ТАМАКСИФЕНУ	
<b>Городокіна Л.О.</b>	<b>39</b>
ПСИХОПАТОЛОГІЧНИЙ АКЦЕНТ ПРИ ВЕДЕННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАПАЛЬНИМИ УРАЖЕННЯМИ ШКІРИ	

# РІВЕНЬ ПЕРЕЖИВАННЯ СТРЕСУ У ВАГІТНИХ З РЕПРОДУКТИВНОЮ ВТРАТОЮ В АНАМНЕЗІ

Соловйова Н.М., Сюсюка В.Г.

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет,  
кафедра акушерства і гінекології

Втрата бажаної вагітності через викидень, мертвонародження може призвести до почуття провини, невпевненості в собі, тривоги та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [1]. Багато хто страждає від помірної або сильної тривоги, а менша кількість – від депресії. Психологічна захворюваність, зокрема симптоми ПТСР, зберігаються принаймні 3 місяці після втрати вагітності. Слід зазначити, що і деякі партнери повідомляють про клінічно значущі рівні ПТСР, тривоги та депресії після втрати вагітності. З часом рівень тривоги та симптоми депресії зменшується у жінок, однак час не завжди може «вилікувати все» і не забезпечує психічного благополуччя після викидня [2, 3, 4]. Варто враховувати і той факт, що кожна наступна вагітність після попередньої втрати сприймається жінкою як більш стресова через факт страху повторення втрати [5].

Зі свого боку, війна призвела до нашарування гострого стресу на вже існуючі проблеми, погіршення соціального становища тощо [6]. Жінки, які переживають військову агресію під час вагітності, можуть стикнутися з особливо високим рівнем стресу, що має значний вплив на стан їхнього здоров'я та здоров'я дітей [7]. В умовах війни стресові ситуації ведуть до зростання частоти загрози переривання вагітності [8].

Отже в комплексній оцінці психологічного стану, ще на етапі постановки на облік вагітних з репродуктивною втратою в анамнезі, слід оцінювати рівень переживання стресу.

**Мета роботи:** оцінити рівень переживання стресу у вагітних з репродуктивною втратою в анамнезі.

## Матеріали та методи

Обстежено 105 вагітних жінок, які перебували на обліку в жіночій консультації КНП «Пологовий будинок № 9» ЗМР. Пацієнток поділили на групи в залежності від наявності репродуктивної втрати в анамнезі та зв'язку вагітності з періодом воєнних дій в Україні: I (основна) група – 38 вагітних з репродуктивною втратою в анамнезі, які почали свою участь у дослідженні після початку повномасштабного вторгнення на територію України; II група (порівняння) – 37 жінок з репродуктивною втратою в анамнезі, які розпочали свою участь у дослідженні до початку повномасштабного вторгнення; III (контрольна) група – 30 вагітних жінок без репродуктивної втрати в анамнезі.

Обстеження проводилось в I триместрі вагітності при постановці жінки на облік. Середній термін вагітності на момент дослідження склав: в основній групі 9,21 + 2,64 тижнів, в групі порівняння – 10,7 + 3 тижнів, контрольній групі – 10,97 + 4,85 тижнів. Середній вік залучених до дослідження жінок був 30,1 + 5,86 років в основній групі, 28,8 + 6,07 років в групі порівняння та 26,5 + 4,95 років в контрольній групі.

У всіх вагітних оцінювався рівень переживання стресу. В якості діагностичного інструменту виступала шкала оцінки переживання стресу «Perceived Stress Scale» (Cohen S. et al., 1983.) та адаптована в ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук України» (Татарчук Т. Ф. та співавт., 2009) і дає можливість діагностувати рівень хронічного стресу. Кожне з 14 питань оцінюється п'ятибальною шкалою Лайкерта: від 0 (ніколи) до 4 (дуже часто). Норма сили переживання стресу для тестової групи українських жінок складала від 14 до 28 балів, а вище 32 балів відповідає високому рівню переживання стресу [9, 10]. Дослідження вагітних проводилось як на паперових носіях, так і з використанням діагностичного комплексу «ReoCom» Stress у режимі «Класичний тест» («ХАИ-МЕДИКА», м. Харків).

Дослідження було проведено з дотриманням принципів біоетики та забезпеченням прав та свобод пацієнтів, що передбачені Гельсінською декларацією Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини (1964-2000 рр.), Міжнародної конференції з гармонізації (ICH) та дотримання стандартів належної клінічної практики (GCP), Конвенцією Ради Європи щодо захисту прав та гідності людини у зв'язку із використанням досягнень біології та медицини і наказом МОЗ України №281 від 01.11.2000р. Дослідження проводилось лише після отримання інформованої згоди учасників дослідження.

Обраний напрям дослідження тісно пов'язаний із планом науково-дослідної роботи кафедри акушерства і гінекології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету.

Статистичну обробку результатів проведено за допомогою програмного пакету ліцензійної програми «STATISTICA® for Windows 6.0» та «Microsoft Excel».

### **Результати дослідження та їх обговорення**

Тестування, проведене за допомогою опитувальника Perceived Stress Scale (PSS) дало можливість діагностувати статистично достовірно ( $p < 0,05$ ) вищий рівень хронічного стресу у жінок з репродуктивною втратою в анамнезі, порівняно з жінками, які не мали такого досвіду. Так, середній показник в I групі склав  $26,97 \pm 1,01$  балів, у II групі -  $25,95 \pm 0,87$  балів, у III групі -  $22,83 \pm 1$  балів.

Рівень переживання стресу, який перевищував нормативні показники був відмічений у 44,7 % жінок основної групи, у 35,1 % - групи порівняння та у 13,3 % в контрольній групі. Високий рівень переживання стресу був встановлений у 39,5 % вагітних в основній групі (рисунок 1), що в 1,8 рази перевищувало відповідний показник групи порівняння (21,6 %) та в майже в 4 рази показник контрольної групи (10 %).



**Рис.1. Високий рівень переживання стресу в групах дослідження, %.**

### **Висновки**

Результати проведеного дослідження свідчать, що у вагітних з репродуктивною втратою в анамнезі порівняно з жінками, які не мали такого досвіду, встановлено статистично достовірно ( $p < 0,05$ ) вищий рівень переживання стресу. Слід зазначити, що частота високого рівня переживання стресу була найвищою серед вагітних з репродуктивною втратою в анамнезі, які почали свою участь у дослідженні після початку повномасштабного вторгнення на територію України (39,5 %).

### **Список використаних джерел**

1. Robinson GE. Pregnancy loss. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2014;28(1):169-78. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.08.012.

2. Farren J, Jalmbrant M, Ameye L, Joash K, Mitchell-Jones N, Tapp S, Timmerman D, Bourne T. Post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy: a prospective cohort study. *BMJ Open*. 2016;2,6(11):e011864. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011864.
3. Farren J, Jalmbrant M, Falconieri N, Mitchell-Jones N, Bobdiwala S, Al-Memmar M, Tapp S, Van Calster B, Wynants L, Timmerman D, Bourne T. Differences in post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy between women and their partners: multicenter prospective cohort study. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2021;57(1):141-148. doi: 10.1002/uog.23147.
4. Mendes DCG, Fonseca A, Cameirão MS. The psychological impact of Early Pregnancy Loss in Portugal: incidence and the effect on psychological morbidity. *Front Public Health*. 2023;22,11:1188060. doi: 10.3389/fpubh.2023.1188060.
5. Donegan G, Noonan M, Bradshaw C. Parents experiences of pregnancy following perinatal loss: An integrative review. *Midwifery*. 2023;121:103673. doi: 10.1016/j.midw.2023.103673
6. Жабченко ІА, Корнієць НГ, Коваленко ТМ, Тертична-Телюк СВ, Ліщенко ІС, Бондаренко ОМ. Війна, стрес, вагітність: як узгодити проблемні питання? Репродуктивне здоров'я жінки. 2023;1:21-28.
7. Знаменська ТК, Зброжик ЄВ, Воробйова ОВ, Нікуліна ЛІ, Голота ТВ. Вплив психоемоційного стресу у вагітних та породіль на стан новонароджених під час військової агресії. Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 2023;4(50):5-11. doi 10.24061/2413-4260.XIII.4.50.2023.1
8. Корчинська ОО, Созанська МА, Андращикова С, Жултакова С, Шлоссерова А. Перебіг ранніх термінів вагітності під впливом стресу у жінок – внутрішньо переміщених осіб. Проблеми клінічної педіатрії. 2022;4(58):26-31.
9. Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці – сімейній медицині : навч. посіб. для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (ф-тів) післядип. освіти / Б. В. Михайлов, О. І. Сердюк, В. В. Чугунов [та ін.] ; за

заг. ред. Б. В. Михайлова. – 5-е вид., перероб. та доп. – Х. : ХМАПО, 2014. - 328 с.

10. Дослідження психологічного стану вагітних з урахуванням психосоматичного компоненту: навчальний посібник / В. О. Потапов, В. В. Чугунов, В. Г. Сюсюка та ін. Дніпро; Запоріжжя: ТОВ «Карат», 2017.126 с.