

## Психологічні складові невиношування вагітності. Шляхи подолання

А. А. Живецька-Денисова  \*B,D,E, В. Б. Ткаченко  A,B,C,D, І. І. Воробйова  A,E,F

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О. М. Лук'янової НАМН України», м. Київ

A – концепція та дизайн дослідження; B – збір даних; C – аналіз та інтерпретація даних; D – написання статті; E – редагування статті; F – остаточне затвердження статті

**Ключові слова:**  
вагітність,  
невиношування,  
хронічний стрес,  
психотерапія.

Запорізький  
медичний журнал.  
2021. Т. 23, № 3(126).  
С. 348-355

\*E-mail:  
alla.zhivetskaya.  
denisova@gmail.com

Звичне невиношування вагітності – сильний стресовий стан і фактор фрустрації для подружжя. Психоемоційний стан вагітної суттєво впливає на перебіг вагітності та визначає сценарій її наслідків. Враховуючи, що психологічну складову можна корегувати, визначення шляхів подолання стресу – перспективний напрям запобігання репродуктивним утратам.

**Мета роботи** – дослідити психологічні складові невиношування вагітності та визначити шляхи їх усунення.

**Матеріали та методи.** Рівень хронічного стресу дослідили за показниками психоемоційного напруження, стану вегетативної нервової системи, ступеня активації стрес-реалізувальних систем у вагітних із клінічними проявами загрози переривання вагітності, репродуктивними втратами в анамнезі (основна група), а також у вагітних із фізіологічним перебігом гестації, неускладненим анамнезом (контроль). Результати оцінювали за шкалами PSS, PSM-25 в адаптації Н. Є. Водоп'янової, шкалою Спілберґера–Ханіна, шкалою Л. Д. Малкової, за індексом Баєвського, вмістом кортизолу у крові та сечі. Невиношування вагітності – мультифакторне захворювання, його психологічну складову можна скорегувати, тому в комплекс лікування включили немедикаментозну стрес-протективну терапію. Для оцінювання ефективності лікування в межах основної групи сформували підгрупи: 1 – із застосуванням психотерапії, 2 – без неї.

**Результати.** Високий рівень особистісної перцепції стресу, тривожності та астенії визначають психоемоційний стан вагітних основної групи. У межах основної групи встановили два домінуючих психотипи: А – високий рівень тривожності та низька нейропсихічна резистентність; В – урівноваженість і хороша адаптивна здатність на тлі надмірного стресового навантаження. Немедикаментозна стрес-протективна терапія в комплексі лікування невиношування сприяє зниженню психоемоційного напруження у вагітних психотипу А у 2,6 раза, рівня тривожності в 1,7 раза, рівня астенії у 2,3 раза; у вагітних психотипу В зменшення становило 1,6, 3,9 і 2,5 раза відповідно ( $p < 0,05$ ); зниженню частоти передчасного переривання вагітності на понад 11 %.

**Висновки.** Високий рівень особистісної перцепції стресу, тривожності й астенії – психологічна складова невиношування вагітності. Стрес-протективна терапія в комплексі з патогенетичною терапією невиношування покращує наслідки вагітності для матері та плода. Доцільна прегравідарна підготовка за участю психолога в жінок із репродуктивними втратами в анамнезі для подолання психологічної складової сприйняття стресу, розширення адаптаційного потенціалу, підвищення нервово-психічної стійкості, формування позитивної орієнтації на вагітність і материнство.

**Key words:**  
pregnancy,  
miscarriage,  
chronic stress,  
psychotherap.

Zaporozhye  
medical journal  
2021; 23 (3), 348-355

### Psychological components of miscarriage. Ways to overcome

A. A. Zhyvetska-Denysova, V. B. Tkachenko, I. I. Vorobiova

Habitual miscarriage is a stressful condition and a significant factor of frustration for married couples. The psycho-emotional state of the pregnant woman affects the course of the subsequent pregnancy and its outcome. Correction of the psychological component of habitual miscarriage is a promising direction for preventing reproductive losses.

**The aim of the work** is to study the psychological components of miscarriage and determine the ways of their correction.

**Materials and methods.** The level of chronic stress was studied in pregnant women with symptoms of miscarriage and a history of habitual reproductive losses (main group) based on indicators of psychoemotional state, the condition of the autonomic nervous system, and the degree of activation of stress-implementing systems. The results were evaluated with the scale PSS, PSM-25 as adapted by N. Ye. Vodopianova, Spielberger–Khanin inventory and the scale by L. D. Malkova, Baevsky index, cortisol content in the blood and urine. The pregnant women with a physiological course of pregnancy and uncomplicated history were included in the control group. Based on the fact that the etiology of habitual miscarriage is multifactorial, and the psychological component is amenable to correction, stress-protective therapy was included in the treatment complex of habitual miscarriage. To assess the effectiveness of treatment, the main group was divided into subgroups: 1 – with psychotherapy, 2 – without psychotherapy.

**Results.** A high level of personal perception of stress, anxiety and asthenia determine the psycho-emotional state of the main group pregnant women, among whom two dominant psycho types were identified: A – a high level of anxiety and low neuropsychic resistance; B – poise and good adaptive ability against the background of stress. Non-drug stress-protective therapy in the complex of miscarriage treatment contributes to: a decrease in psycho-emotional stress in pregnant women with psycho type A – 2.6 times, anxiety level – 1.7 times, asthenia level – 2.3 times; and also: a decrease in similar indicators in pregnant women with psycho type B – 1.6 times, 3.9 times and 2.5 times, respectively ( $P < 0.05$ ); a decrease in the frequency of premature termination of pregnancy by more than 11 %.

**Conclusions.** The psychological component of miscarriage is a high level of personal perception of stress, anxiety and asthenia. Stress-protective therapy in combination with pathogenetic therapy of miscarriage improves pregnancy outcomes for the mother and the fetus. It is advisable to conduct pregravid training with the participation of a psychologist in women with a history of reproductive losses in order to overcome the psychological component of stress perception, expand adaptive potential, increase neuropsychic stability, and form a positive orientation toward pregnancy and motherhood.

## Психологические составляющие невынашивания беременности. Пути преодоления

А. А. Живецкая-Денисова, В. Б. Ткаченко, И. И. Воробьёва

Привычное невынашивание беременности – сильное стрессовое состояние и фактор фрустрации у супружеских пар. Психоземциональное состояние беременной влияет на течение беременности и её исход. Учитывая, что психологическую составляющую можно корректировать, определения путей преодоления стресса – перспективное направление предотвращения репродуктивных потерь.

**Цель работы** – изучить психологические составляющие невынашивания беременности и определить пути их коррекции.

**Материалы и методы.** Уровень хронического стресса изучен у беременных с симптомами невынашивания и репродуктивными потерями в анамнезе (основная группа) на основании показателей психоземционального напряжения, состояния вегетативной нервной системы и степени активации стресс-реализующих систем. Результаты оценены по шкалам PSS, PSM-25 в адаптации Н. Е. Водопьяновой, шкале Спилберга–Ханина, шкале Л. Д. Малковой, индексу Баевского, содержанию кортизола в крови и моче. Контроль – беременные с физиологической гестацией и неосложненным анамнезом. Исходя из того, что природа невынашивания беременности мультифакторна, а психологическая составляющая поддается коррекции, в комплекс лечения включена стресс-протективная терапия. Для оценки эффективности лечения в рамках основной группы сформированы подгруппы: 1 – с психокоррекцией, 2 – без неё.

**Результаты.** Высокий уровень личностной перцепции стресса, тревожности и астении определяют психоземциональное состояние беременных основной группы, среди которых определены два доминирующих психотипа: А – высокий уровень тревожности и низкая нейрпсихическая резистентность; В – уравновешенность и хорошие адаптивные способности на фоне стрессового напряжения. Немедикаментозная стресс-протективная терапия в комплексе лечения невынашивания способствует снижению психоземционального напряжения у беременных с психотипом А в 2,6 раза, уровня тревожности в 1,7 раза, уровня астении в 2,3 раза; у беременных с психотипом В уменьшение составило 1,6, 3,9 и 2,5 раза соответственно ( $p < 0,05$ ); снижению частоты преждевременного прерывания беременности более чем на 11 %.

**Выводы.** Высокий уровень личностной перцепции стресса, тревожности и астении – психологическая составляющая невынашивания беременности. Стресс-протективная терапия в комплексе с патогенетической терапией невынашивания улучшает исходы беременности для матери и плода. Целесообразна прегравидарная подготовка с участием психолога у женщин с репродуктивными потерями в анамнезе для преодоления психологической составляющей восприятия стресса, расширения адаптационного потенциала, повышения нервно-психической устойчивости, формирования позитивной ориентации на беременность и материнство.

**Ключевые слова:** беременность, невынашивание беременности, хронический стресс, психотерапия.

Запорожский  
медицинский журнал.  
2021. Т. 23, № 3(126).  
С. 348-355

В умовах різкого зниження народжуваності, забезпечення та всебічне сприяння реалізації жіночою функції материнства, – основне завдання сучасного акушерства. Незважаючи на численні наукові дослідження, невиношування вагітності (НВ) – одна з найважливіших проблем акушерської науки [1,2]. Прямі репродуктивні втрати від НВ щороку становлять 36–40 тисяч ненароджених бажаних дітей. Ризик втрати вагітності після першого викидня становить 13–17 %; при кожній наступній вагітності в разі звичного невиношування – 24–40 % [3–5]. Причини репродуктивних утрат надзвичайно різноманітні [6]. Ембріо-ендометріальні зв'язки регулюються за участю багатьох систем на аутокринному та паракринному рівнях [7,8]. Психоемоційний стан жінки, її настрій, тривожність, усвідомлення материнської ролі впливають на перебіг вагітності, фізичне та психічне здоров'я дитини [9–11].

В умовах осмислення психологічної характеристики майбутньої матері важливе значення має фізіологічна домінанта вагітності – психологічна складова свідомого підходу до батьківства, що формується напередодні вагітності, керує всіма нейро-імунно-гормональними процесами, що відбуваються в системі «мати – плацента – плід» упродовж гестації. Доведено безпосередній зв'язок між стресом і втратою вагітності. Звичне НВ – сильний стресовий стан і фактор фрустрації для родин, які не зазнали радості батьківства [12–15].

Стрес – універсальний біологічний феномен, сформований під час еволюції як адаптаційно-приспосувальний процес. Емоційна сфера жінки належить до первинної ланки адаптивних реакцій організму, що миттєво реагує на зміни умов існування, визначає наступні гуморальні впливи. Одна з найважливіших

функцій імуні-нейро-ендокринної системи – узгоджена дія її складових у реакціях на стрес [16]. Психоземональний стан людини пов'язаний із корковими та підкорковими регуляторними центрами головного мозку, лімбічною системою, відділами вегетативної нервової системи, від діяльності яких залежить формування симпато-адреналової та ваго-інсулярної реакцій, що є механізмом адаптації у відповідь на стрес. Активація стрес-реалізувальних систем, збільшення синтезу катехоламінів є адекватною реакцією організму на стрес. Коли вагітність діє як надмірний подразник, порушується функціональна активність симпато-адреналової системи. Надмірна секреція адреналіну та норадреналіну ініціює імунологічні девіації: активацію гуморального імунітету, пригнічення клітинного імунітету, зростання продукції низки цитокінів. Ці фактори спричиняють локальне запалення, інтенсифікацію апоптозу, в результаті пошкоджуються клітини, вагітність переривається.

Визначення ролі та місця психологічної складової хронічного стресу в розвитку НВ дасть змогу вдосконалити лікувально-профілактичні технології подолання проблеми.

### Мета роботи

Дослідити психологічні складові невиношування вагітності та визначити шляхи їх усунення.

### Матеріали і методи дослідження

Вагітні, які взяли участь у дослідженні, перебували під спостереженням в ДУ «Інститут педіатрії, акушерства

**Таблиця 1.** Методи корекції сприйнятого стресу та модифікації способу життя в жінок із НВ

| Складова впливу | Метод корекції   |
|-----------------|--|
| Психологічна    | – психотерапія індивідуальна або групова з використанням рефреймінгу та створенням керованих психічних образів;<br>– копінг-стратегія;<br>– психологічна саморегуляція.  |
| Поведінкова     | – рекомендації щодо організації режиму сну, праці та відпочинку;<br>– рекомендації щодо харчового раціону;<br>– рекомендації щодо усунення шкідливих звичок;<br>– інструктаж із тайм-менеджменту;<br>– усвідомлення особистої відповідальності та правомірності вимог психолога до пацієнтки;<br>– рекреаційні заходи. |
| Соціальна       | – рекомендації щодо виходу з соціальної ізоляції та розширення кола соціальної підтримки.  |

і гінекології імені академіка О. М. Лук'янової НАМН України». Середній вік жінок – 33,4 ± 5,2 року. Згідно з дизайном дослідження вагітних поділили на групи: основна – 190 жінок із клінічними проявами загрози переривання вагітності, обтяженим репродуктивним анамнезом; контрольна – 30 вагітних із фізіологічним перебігом вагітності, неускладненим анамнезом.

Рівень хронічного стресу в обстежених визначали за показниками психоемоційного напруження, стану вегетативної нервової системи та ступеня активації стрес-реалізувальних систем. Скринінг-діагностику рівня хронічного стресу здійснили на підставі визначення рівня сприйнятого стресу, особистісної тривожності, астенії.

Рівень переживання стресу оцінили за Perceived Stress Scale (PSS, Cohen & Williamson, 1988) [17], за якою показник понад 32 бали відповідає високому рівню переживання стресу.

Рівень психоемоційного напруження в поточний період визначили за шкалою PSM-25 в адаптації Н. Є. Водоп'янової, де показник менше ніж 100 балів указує на психологічну адаптацію до стресових навантажень, 101–155 балів – середній рівень психоемоційного напруження, понад 155 балів – стан дезадаптації та психологічного дискомфорту [18].

Рівень особистісної та ситуативної тривожності визначили за шкалою Спілбергера–Ханіна, де показник 20–34 бали відповідає низькому, 35–45 балів – середньому, понад 45 балів – високому рівню тривожності [19].

Рівень астеничного стану оцінили за шкалою Л. Д. Малкової, що адаптована Т. Г. Чертовою за допомогою Міннесотського багатопрофільного особистісного опитувальника (MMPI), де 50 балів указує на відсутність астенії, 51–75 балів – слабку, 76–100 балів – помірну, 101–120 балів – виражену астенію [20].

Стан вегетативної нервової системи дослідили за показниками частоти серцевих скорочень, артеріального тиску, зросту, ваги та віку, обчислили за допомогою індексу функціональних змін (ІФЗ) Баєвського [21]. ІФЗ менше ніж 2,6 бала вказує на задовільну адаптацію, 2,6–3,0 бала – напруження механізмів адаптації, 3,1–3,5 бала – незадовільну адаптацію, понад 3,5 бала – зрив адаптації.

Ступінь активації стрес-реалізувальних систем визначили за допомогою імуно-ферментного аналізу на підставі вимірювання базального рівня сироваткового кортизолу та концентрації кортизолу в добовій сечі.

Враховуючи, що психологічну складову можна скорегувати, у схему патогенетичного лікування НВ включили немедикаментозну стрес-протективну терапію, що є доступною, ефективною, безпечною та спрямована на обмеження надмірної стресової реакції та виношування вагітності. Залежно від лікування в межах основної групи сформували підгрупи: 1 – вагітні, яким у комплекс лікування НВ включили психотерапію (рекомендована терапія); 2 – вагітні, яким психотерапію не призначали (базова терапія).

Перший крок супроводу жінок із НВ – надання чітких рекомендацій щодо модифікації способу життя, без якої неможлива ефективна терапія стрес-індукованих розладів; медикаментозне лікування тільки сприяє скорішому відновленню порушених функцій на клітинному, органному та системному рівнях. Розрізняли психологічні, поведінкові та соціальні складові сприйнятого стресу, що потребували корекції. Методи корекції складової сприйнятого стресу та модифікації способу життя, застосовані в жінок із НВ, наведені в таблиці 1.

Немедикаментозні методи терапії психо-вегетативних порушень у жінок із НВ – дихальна гімнастика, прогресивна м'язова релаксація, релаксація за участю глибокого абдомінального дихання, масаж і фізіотерапевтичні процедури. Психологічна та м'язова релаксація сприяє вивільненню венозної крові, депонованої при стресовому напруженні, оптимальному енергетичному забезпеченню функцій організму в разі здатності до підтримки адаптації, відновленню процесів оксигенації.

Результати клінічних досліджень опрацювали статистично на ПК за допомогою пакета Microsoft Excel-2016 і програми BioStat з використанням сучасних методів варіаційної статистики. Для порівняння абсолютних чисел між групами дослідження застосували критерій Стьюдента з правкою Бонферроні; для порівняння в межах групи – парний критерій Стьюдента. Для аналізу відносних показників застосували метод кутового перетворення Фішера (φ). Різницю між двома показниками вважали вірогідною при  $p < 0,05$  (показник вірогідності понад 95 %). Пакет досліджень схвалено комісією з медичної етики ДУ «ІПАГ ім. акад. О. М. Лук'янової НАМНУ» (протокол № 3 від 07.06.2017 р.).

## Результати

Протягом тривалого періоду невдалих репродуктивних спроб неможливість народити здорову дитину від бажаної вагітності та страх перед наступною вагітністю були потужним стресовим фактором у жінок основної групи. В анамнезі в обстежених – від 2 до 9 вагітностей; звичне невиношування діагностовано у 35,8 % жінок. Втрачали вагітність у I триместрі 76,3 % жінок, у II триместрі – 7,9 %. Позаматкова вагітність раніше була в 5,8 % жінок. Неплідних 10,6 % подружніх пар, які неодноразово намагалися завагітніти за допомогою сучасних допоміжних технологій. Передчасні пологи в анамнезі відбулись у 21,2 % жінок. Унаслідок ранніх передчасних пологів діти народилися мертвими у 100 % випадків. У результаті пізніх передчасних пологів діти народилися живими, але глибоко недоношеними та потребували тривалої реабілітації. Інваліди дитинства – 2 (5,6 %) малюки з церебральним паралічем.

**Таблиця 2.** Показники стресового напруження в жінок із НВ протягом вагітності залежно від психотипу та обраної терапії,  $M \pm m$ , бали

| Підгрупа вагітних | n  | До лікування    | Показник за терміном вагітності (тжн) на тлі лікування |                  |                  |                  |
|-------------------|----|-----------------|--|------------------|------------------|------------------|
|                   |    |                 | до 12  | 13–24            | 25–36            | 37–40            |
| A1                | 60 | 159,1 $\pm$ 2,4 | 131,6 $\pm$ 2,1  | 125,2 $\pm$ 1,8  | 110,8 $\pm$ 2,4  | 109,6 $\pm$ 2,2  |
| A2                | 54 | 153,6 $\pm$ 2,8 | 144,2 $\pm$ 2,2*                                       | 138,2 $\pm$ 2,8* | 124,4 $\pm$ 3,4* | 135,2 $\pm$ 3,1* |
| B1                | 46 | 156,4 $\pm$ 2,6 | 128,1 $\pm$ 2,8  | 112,3 $\pm$ 2,1  | 114,2 $\pm$ 1,8  | 112,3 $\pm$ 2,1  |
| B2                | 30 | 153,2 $\pm$ 3,1 | 146,2 $\pm$ 3,3*                                       | 124,8 $\pm$ 3,6* | 120,8 $\pm$ 3,1* | 126,2 $\pm$ 2,8* |

\*: вірогідність щодо показника 1 підгрупи –  $p < 0,05$ .

**Таблиця 3.** Показники особистісної тривожності в жінок із НВ упродовж вагітності залежно від психотипу та обраної терапії,  $M \pm m$ , бали

| Підгрупа вагітних | n  | До лікування   | Показник за терміном вагітності (тжн) на тлі лікування |                |                |                |
|-------------------|----|----------------|--|----------------|----------------|----------------|
|                   |    |                | до 12  | 13–24          | 25–36          | 37–40          |
| A1                | 60 | 46,2 $\pm$ 2,2 | 38,4 $\pm$ 1,8   | 34,1 $\pm$ 1,8 | 30,2 $\pm$ 2,1 | 29,5 $\pm$ 2,9 |
| A2                | 54 | 45,2 $\pm$ 2,8 | 39,6 $\pm$ 2,4   | 36,4 $\pm$ 2,6 | 35,6 $\pm$ 2,6 | 35,4 $\pm$ 2,9 |
| B1                | 46 | 38,4 $\pm$ 1,8 | 32,4 $\pm$ 2,0   | 32,3 $\pm$ 2,1 | 30,4 $\pm$ 1,6 | 30,1 $\pm$ 2,2 |
| B2                | 30 | 36,5 $\pm$ 1,9 | 36,2 $\pm$ 1,6   | 35,8 $\pm$ 1,9 | 34,6 $\pm$ 1,8 | 34,2 $\pm$ 2,6 |

\*: вірогідність щодо показника 1 підгрупи –  $p < 0,05$ .

Жінки контрольної групи в повсякденному житті не зазнавали впливу потужних стресових факторів, які суттєво змінили б психологічні ознаки особистості; рівень сприйнятого стресу в них не виходив за фізіологічну межу.

У результаті дослідження у вагітних основної групи встановили високий рівень особистісної перцепції стресу за шкалою PSS – 39,8  $\pm$  0,4 бала, у контролі – 26,2  $\pm$  0,3 бала ( $p < 0,05$ ).

На підставі психоаналізу в межах основної групи визначили два домінуючі психотипи: А – високий рівень тривожності та низька нейропсихічна резистентність (60 % жінок); В – урівноваженість і хороша адаптивна здатність на тлі надмірного стресового навантаження (40 % жінок).

Показники стресового напруження, особистісної тривожності та астеничного стану у вагітних основної групи вивчали залежно від психотипу та обраної терапії НВ.

Рівень стресового напруження за шкалою PSM-25 у вагітних психотипів А і В до лікування відповідав стану дезадаптації та психологічного дискомфорту (табл. 2).

Під впливом стрес-протективної терапії у вагітних підгруп А1 і В1 показник психоемоційного напруження знизився на 31,1 % і 28,2 % відповідно; зменшення цього показника у вагітних підгруп А2 і В2 відбулося на 12,0 % і 17,6 % відповідно ( $p < 0,05$ ). Психоемоційне напруження у вагітних підгруп А1 і В1 уже в I триместрі гестації знизилася з укрій високого до середнього рівня, який зберігся до пологів.

Психоемоційне напруження повільніше зменшувалось у вагітних підгруп А2 та В2, яким стрес-протективну терапію не призначали. Показник стресового напруження в них суттєво знизився тільки наприкінці II триместру гестації, коли минули так звані «критичні» терміни попередніх репродуктивних втрат і з'явилася тенденція до сприятливого виношування вагітності. Однак після 36 тижнів знову зросло психоемоційне напруження у вагітних підгрупи А2, що пов'язано з занепокоєністю щодо результату майбутніх пологів. Вагітні психотипу А у II триместрі гестації перебували у стані більшого психологічного дискомфорту через попередні репродуктивні втрати в цей період, ніж жінки психотипу В.

Показники особистісної тривожності в жінок із НВ наведені в таблиці 3. Високий рівень особистісної тривожності – характерна ознака вагітних психотипу А; у вагітних психотипу В встановили середній рівень особистісної тривожності.

Під впливом стрес-протективної терапії суттєво знизився рівень тривожності у вагітних підгруп А1 (на 36,1 %) та В1 (на 21,6 %), зниження цього показника у вагітних підгруп А2 на (21,7 %) та підгрупи В2 (на 5,5 %) було меншим ( $p < 0,05$ ). Після 24 тижнів гестації особистісна тривожність у вагітних підгрупи А1 і В1 на низькому рівні.

Завдяки м'якій анксиолітичній дії дидрогестерону [22], прийманню новопаситу та модифікації способу життя знизився рівень тривожності у вагітних підгруп А2 та В2. Як показали результати дослідження, для досягнення адекватного лікувального ефекту недостатньо призначати тільки базову терапію НВ.

Вагітні психотипу А до початку лікування перебували у вираженому астеничному стані; вагітні психотипу В – у стані помірної астенії. Застосування стрес-протективної терапії суттєво знизило рівень астенії у вагітних підгруп А1 (на 38,8 %) і В1 (на 22,3 %), на відміну від динаміки показника у вагітних підгруп А2 (на 17,2 %) і В2 (на 8,95 %) ( $p < 0,05$ ) (табл. 4). У пацієнок підгрупи В1 спостерігали миттєвий ефект від терапії. У вагітних підгрупи А1 рівень астенії знижувався повільно та тільки після 24 тижнів досяг низьких значень.

Перший лікувальний ефект стрес-протективної терапії – поліпшення загального стану вагітної, відновлення працездатності та гарний настрій, що сприяло зняттю відчуття страху та тривожності, позитивному настрою на збереження вагітності.

За індексом функціональних змін Баєвського хронічна гіперактивація стрес-реалізувальних систем у 42 (55,3 %) жінок із НВ визначена як напружена адаптація; у 6 (7,9 %) – як незадовільна адаптація. Стан вегетативних функцій у 76,5 % жінок групи контролю оцінили як задовільну адаптацію, в решти – помірне напруження механізмів адаптації. На перебування стрес-реалізувальних систем у стані хронічного напруження вказує високий рівень базального сироваткового кортизолу та підвищена екскреція кортизолу з сечею у вагітних основної групи щодо контрольної ( $p < 0,05$ ) (табл. 5).

**Таблиця 4.** Показники астенізації в жінок із НВ упродовж вагітності залежно від психотипу та обраної терапії,  $M \pm m$ , бали

| Підгрупа вагітних | n  | До лікування | Значення показника за терміном вагітності (тжн) на тлі лікування |             |             |             |
|-------------------|----|--------------|--|-------------|-------------|-------------|
|                   |    |              | до 12  | 13–24       | 25–36       | 37–40       |
| A1                | 60 | 108,4 ± 1,4  | 84,5 ± 2,9   | 76,2 ± 2,4  | 68,2 ± 2,2  | 66,3 ± 2,5  |
| A2                | 54 | 104,6 ± 1,6  | 100,4 ± 2,4*   | 88,6 ± 3,4* | 88,4 ± 2,4* | 86,6 ± 3,1* |
| B1                | 46 | 78,4 ± 1,9   | 72,2 ± 1,8   | 65,1 ± 2,1  | 64,4 ± 2,2  | 60,9 ± 1,8  |
| B2                | 30 | 82,6 ± 1,3   | 79,6 ± 1,5*  | 76,2 ± 2,4* | 75,8 ± 1,4* | 75,2 ± 1,8* |

\*: вірогідність щодо показника 1 підгрупи –  $p < 0,05$ .

**Таблиця 5.** Показники хронічного стресу в обстежених,  $M \pm m$

| Група жінок | n  | Рівень сприйнятого стресу, бали | Рівень кортизолу     |                            |
|-------------|----|---------------------------------|----------------------|----------------------------|
|             |    |                                 | у сироватці, нмоль/л | у добовій сечі, нмоль/доба |
| Основна     | 76 | 155,6 ± 2,7*                    | 345,8 ± 6,1*         | 283,7 ± 2,7*               |
| Контрольна  | 30 | 109,36 ± 2,9                    | 284,4 ± 4,3          | 136,4 ± 9,04               |

\*: вірогідність щодо показника контролю –  $p < 0,05$ .

**Таблиця 6.** Якісні показники завершення вагітності в обстежених, абс. ч. (%)

| Варіанти завершення вагітності | Підгрупа жінок |             | Різниця   |
|--------------------------------|----------------|-------------|-----------|
|                                | 1 (n = 80)     | 2 (n = 73)  |           |
| Строкові пологи                | 75 (93,8 %)*   | 45 (61,6 %) | (+32,2 %) |
| Передчасні пологи              | 4 (5,0 %)*     | 12 (16,4 %) | (-11,4 %) |
| Мимовільні викидні:            | 1 (1,25 %)*    | 9 (12,3 %)  | (-11,1 %) |
| - у I триместрі;               | 1 (1,25 %)*    | 7 (9,6 %)   | (-8,35 %) |
| - у II вагітності              | –              | 2 (2,7 %)   | (-2,7 %)  |
| Завмерла вагітність            | –              | 7 (9,64 %)  | (-9,6 %)  |

\*: вірогідність щодо показника 2 підгрупи –  $p < 0,05$ .

Отже, виявили статистично значущі відмінності за показниками груп дослідження, що вказують на визначну роль психологічних факторів у розвитку НВ. Для подолання психологічної складової сприйняття стресу вагітним основної групи у комплекс патогенетичного лікування НВ включили курс індивідуальної психотерапії з залученням спеціаліста-психолога. Мета психокорекції полягала в розширенні адаптаційного потенціалу, підвищенні нервово-психічної стійкості, формуванні позитивної орієнтації на вагітність і материнство. Перевагу рекомендованої терапії НВ над базовою чітко підтвердили якісні показники завершення вагітності в жінок основної групи (табл. 6).

Застосування індивідуальної психологічної корекції в комплексі патогенетичної терапії НВ дало змогу знизити частоту передчасного переривання вагітності за різними нозологіями на понад 11 %.

### Обговорення

Невиношування вагітності – універсальна інтегрована відповідь жіночого організму на будь-яке виразне порушення стану здоров'я вагітної та плода, пов'язане з дією екзогенних або ендогенних факторів. Широкий спектр сучасної патогенетичної терапії НВ – наукове досягнення останніх років [1–6,22]. Утім іноді медикаментозної терапії недостатньо.

Якщо розглядати вагітність як ситуацію, що призвела до особистісних змін і формування нового стану, можна визначити нову психологічну структуру – внутрішню картину вагітності, що відбиває радикальні тілесні, емоційні зміни та їхнє сприйняття [9,10,12,20]. Психоемоційний стан жінки істотно впливає на перебіг

вагітності та її результат. Звичне НВ – сильний стресовий стан і фактор фрустрації. Неможливість народити здорову дитину від бажаної вагітності викликає страх перед наступною вагітністю. У результаті накопичення негативних переживань у жінок із НВ формуються патопсихологічний профіль і відповідна поведінка: підвищується тривожність, прогресує іпохондрія, знижується настрій і нервово-психічна стійкість. Від психологічної характеристики особистості, функціонування системи гормональної регуляції та тривалості стресового впливу залежить сила стрес-індукованих розладів. Так, у вагітних основної групи, які відчували психологічний дистрес протягом тривалого часу невдалих репродуктивних спроб, встановили високий рівень особистісної перцепції стресу –  $39,8 \pm 0,4$  бала за шкалою PSS.

Репродуктивна система жінки не бере безпосередню участь у стрес-реакції, але під час стресу зазнає пошкодження, як і весь організм. Стрес-реакція незалежно від причини має загальний патерн: є неспецифічною адаптивною реакцією організму, що супроводжується істотним напруженням стрес-реалізувальних систем (симпато-адреналової та гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової), які координують гомеостаз і зміни його внутрішнього середовища. Дефіцит стрес-лімітувальних механізмів сприяє переходу еустресу в дистрес із розвитком патологічного процесу. Наслідок тривалого психологічного дистресу – висока особистісна тривожність, яку пояснює хвилювання щодо успішності нової вагітності та турбота про здоров'я майбутньої дитини.

На підставі психоаналізу в межах основної групи визначили два домінуючі психотипи: А – жінки з високим рівнем тривожності та низькою нейропсихічною резистентністю (60 %); В – урівноважені жінки з

хорошими адаптивними здібностями, але надмірним стресовим навантаженням (40 %). Рівень тривожності безпосередньо впливає на викид стрес-реалізувальних гормонів та активацію симпато-адреналової системи [10,16]. Висока тривожність, що є особистісною рисою вагітних психотипу А, може бути причиною їхньої дезадаптації. Ситуативна тривожність як фізіологічна реакція на стрес, що має надмірні прояви, також може бути причиною дезадаптації у вагітних психотипу А. Середній рівень особистісної тривожності визначили у вагітних психотипу В.

Встановили, що рівень психоемоційного напруження за шкалою PSM-25 у вагітних психотипу А та В відповідає стану дезадаптації та психологічного дискомфорту; це корелює з об'єктивними маркерами активації стрес-реалізувальних систем [10,16,18]. Вагітні психотипу А у другому триместрі гестації перебували у стані найбільшого психологічного дискомфорту, що пов'язано з попередніми репродуктивними втратами в цей період. Надмірну астенію нервової системи виявили у вагітних психотипу А; помірний астенічний стан – у вагітних психотипу В.

Вищим інтегративним центром стрес-реалізувальних систем вважають гіпоталамус і гіпофіз, які контролюють гормональний гомеостаз. Хронічну гіперактивацію стрес-реалізувальних систем у 55,3 % жінок із НВ оцінили як напруження механізмів адаптації; у 7,9 % жінок – незадовільна адаптація. На перебування стрес-реалізувальних систем у стані хронічного напруження у вагітних основної групи вказує високий уміст базального сироваткового кортизолу та підвищена екскреція кортизолу з сечею. Внутрішні стратегії поведінки вагітних із репродуктивними втратами в анамнезі виснажують механізми адаптації та негативно впливають на центральну регуляцію функціями організму, зокрема репродуктивну, внаслідок чого запускається хибне коло переривання вагітності. Формування фізіологічної домінантності вагітності та її психологічного компонента на рівні нейрон-гормонально-імунної відповіді у жінок із НВ – фактор вдалого подолання критичних етапів вагітності та розвитку плода. Доцільно використовувати немедикаментозну стрес-протективну терапію в комплексі лікувальних заходів, спрямованих на виношування вагітності. Основним саногенним механізмом дії антистресової терапії є відновлення міжсистемної регуляції та активності вегетативних відділів нервової системи для нормалізації периферичного кровообігу та тканинного дихання. Мета психокорекції – розширення адаптаційного потенціалу, підвищення нервово-психічної стійкості, формування позитивної орієнтації на вагітність і материнство.

Переваги комплексної терапії НВ (1) перед базовою (2):

– зниження психоемоційного напруження у вагітних підгруп А1 із різницею в 2,6 раза та у вагітних підгруп В1 в 1,6 раза щодо відповідного показника вагітних підгруп А2 і В2 ( $p < 0,05$ ). Психоемоційне напруження у вагітних підгруп А1 і В1 знизилось з украї високого до середнього рівня, який зберігся до пологів;

– суттєве зниження тривожності у вагітних підгруп А1 із різницею в 1,7 раза та у вагітних підгруп В1 у 3,9 раза проти показника вагітних підгруп А2 і В2 ( $p < 0,05$ ).

Після 24 тижнів гестації особистісна тривожність у вагітних підгруп А1 і В1 була на низькому рівні;

– суттєве зниження рівня астенії у вагітних підгруп А1 із різницею у 2,3 раза та у вагітних підгруп В1 у 2,5 раза щодо показника вагітних підгруп А2 і В2 ( $p < 0,05$ ). У пацієток підгрупи В1 спостерігали миттєвий ефект від терапії. У вагітних підгруп А1 рівень астенії знижувався повільно і тільки після 24 тижнів досяг низьких значень;

– зниження частоти передчасного переривання вагітності за різними нозологіями на понад 11 %.

Отже, усвідомлення негативного впливу певних рис власного характеру за допомогою психологічних прийомів дає змогу істотно знизити рівень стресу та досягти гармонійних міжособистісних стосунків. Опанування ефективних проблемно-орієнтованих стратегій поведінки, відмова від емоційно-орієнтованих стратегій дає можливість жінкам бути спокійнішими й більш стресостійкими. Індивідуальна стрес-протективна терапія в комплексі з патогенетичною терапією НВ знижує стресову напруженість, особистісну тривожність, рівень астенізації, поліпшує загальне самопочуття та настрій, налаштовує на виношування вагітності, а отже зменшення симптомів загрози переривання у критичні періоди вагітності, зменшення судинних розладів і перинатальних втрат.

## Висновки

1. Високий рівень особистісної перцепції стресу, тривожності та астенії – психологічна складова невиношування вагітності.

2. Визначили 2 типи порушень психосоціальної адаптації при НВ: високотривожні з низькою нейропсихічною резистентністю та врівноважені з хорошою адаптивною здатністю, але надмірним стресовим навантаженням.

3. Стрес-протективна терапія в комплексі з патогенетичною терапією НВ покращує наслідки вагітності для матері та плода.

4. Доцільна прегравідарна підготовка за участю психолога в жінок із репродуктивними втратами в анамнезі для подолання психологічної складової сприйняття стресу, розширення адаптаційного потенціалу, підвищення нервово-психічної стійкості, формування позитивної орієнтації на вагітність і материнство.

**Перспективи подальших досліджень.** Результати дослідження можуть бути внеском у розроблення індивідуальних підходів щодо реабілітації подружніх пар, заходів запобігання репродуктивним втратам.

## Фінансування

Дослідження виконане в рамках НДР ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О. М. Лук'янової НАМН України»: «Розробити новітні та вдосконалити існуючі технології діагностики, профілактики та лікування передчасного переривання вагітності у жінок із невиношуванням з урахуванням паспорта плаценти», № держреєстрації 0118U000039.

**Конфлікт інтересів:** відсутній.

**Conflicts of interest:** authors have no conflict of interest to declare.

Надійшла до редакції / Received: 26.07.2020  
Після доопрацювання / Revised: 08.09.2020  
Прийнято до друку / Accepted: 24.09.2020

### Відомості про авторів:

Живецька-Денисова А. А., канд. мед. наук, старший науковий співробітник відділення наукових проблем невиношування вагітності, ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О. М. Лук'янової НАМН України», м. Київ.  
ORCID ID: [0000-0001-8418-5740](https://orcid.org/0000-0001-8418-5740)

Ткаченко В. Б., канд. мед. наук, провідний науковий співробітник відділення наукових проблем невиношування вагітності, ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О. М. Лук'янової НАМН України», м. Київ.  
ORCID ID: [0000-0001-6622-9324](https://orcid.org/0000-0001-6622-9324)

Воробйова І. І., д-р мед. наук, керівник відділення наукових проблем невиношування вагітності, ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О. М. Лук'янової НАМН України», м. Київ.  
ORCID ID: [0000-0002-6836-5845](https://orcid.org/0000-0002-6836-5845)

### Information about authors:

Zhyvetska-Denysova A. A., MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Scientific Problems of Miscarriage, SI "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named after Academician O. M. Lukianova of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kyiv.

Tkachenko V. B., MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Scientific Problems of Miscarriage, SI "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named after Academician O. M. Lukianova of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kyiv.

Vorobiova I. I., MD, PhD, DSc, Head of the Department of Scientific Problems of Miscarriage SI "Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named after Academician O. M. Lukianova of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kyiv.

### Сведения об авторах:

Живецкая-Денисова А. А., канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения научных проблем невынашивания беременности, ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика Е. М. Лукьяновой НАМН Украины», г. Киев.

Ткаченко В. Б., канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник отделения научных проблем невынашивания беременности, ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика Е. М. Лукьяновой НАМН Украины», г. Киев.

Воробьева И. И., д-р мед. наук, руководитель отделения научных проблем невынашивания беременности, ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии имени академика Е. М. Лукьяновой НАМН Украины», г. Киев.

### Список літератури

- [1] Невиношування вагітності: сучасні підходи до діагностики, профілактики та лікування / А. А. Живецька-Денисова, І. І. Воробйова, В. Б. Ткаченко, Н. В. Рудаківа. *Перинатологія і педіатрія*. 2017. № 2. С. 91-98. <https://doi.org/10.15574/pp.2017.70.91>
- [2] Невиношування вагітності: сучасні погляди на проблему (огляд літератури) / І. І. Воробйова та ін. *Здоров'я жінчини*. 2017. № 3. С. 113-117.
- [3] Аганезов С. С., Аганезова Н. В. Возможности снижения риска преждевременных родов с позиции доказательной медицины. *Акушерство и гинекология*. 2015. № 4. С. 62-68.
- [4] Чечуга С. Б., Ночвина Е. А., Сали Гамарелдин Абдалла. Патогенетическая терапия невынашивания беременности у женщин с гипергомоцистеинемией и гестагенной недостаточностью. *Здоровье женщины*. 2012. № 5. С. 80-85.
- [5] Імуно-генетичні підходи до діагностики невиношування вагітності як мультифакторіального захворювання (методичні рекомендації) / І. І. Воробйова та ін. Київ. 2016. 36 с.
- [6] Привычное невынашивание беременности: социальная проблема, медицинские решения / С. И. Михалевич, А. Н. Гришкевич, Т. В. Марковская, Л. Г. Гракович. *Медицинские новости*. 2012. № 2. С. 12-18.
- [7] Плацента як дзеркало вагітності (Огляд літератури) / А. А. Живецька-Денисова та ін. *Здоров'я жінчини*. 2019. № 3. С. 101-106.

- [8] Патология плаценты (современные аспекты) / под ред. Ю. Г. Антипкина, Т. Д. Задорожной, О. И. Парницкой. Киев : ООО «Атопол», 2016. 128 с.
- [9] Особенности качества жизни во взаимосвязи с показателями психоэмоционального состояния женщин на каждом триместре беременности / Л. А. Агаркова и др. *Вестник Кемеровского государственного университета*. 2016. № 4. С. 108-119. <https://doi.org/10.21603/2078-8975-2016-4-108-119>
- [10] Шкуротенко О. С., Коваленко Н. П. Алекситимия в период беременности как механизм психологической защиты. *Вестник психотерапии*. 2016. № 59. С. 75-86.
- [11] Особливості впливу деяких психологічних характеристик на формування пізніх акушерських ускладнень / В. Б. Ткаченко, І. І. Воробйова, А. Г. Коломійцева, Т. С. Черненко. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2012. Т. 2. № 4. С. 69-74.
- [12] Коренева Ю. Психологічне ставлення до материнства й ускладнені психостани вагітної жінки: теоретико-емпіричний аналіз проблеми. *Психологічні перспективи*. 2018. № 32. С. 149-161. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2018-32-149-161>
- [13] Куприянова И. Е., Ефанова Т. С., Захаров Р. И. Психотерапевтическая коррекция и реабилитация нарушений психического здоровья у беременных с угрозой невынашивания. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2014. Т. 6. № 4. С. 46-50. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2014-4-46-50>
- [14] Роль психологической реабилитации в ведении беременности у женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе / А. М. Торчинов, Г. Г. Филиппова, В. А. Цаголов, Е. В. Юрина. *Проблемы репродукции*. 2015. № 21. С. 132-136. <https://doi.org/10.17116/repro2015215132-136>
- [15] Оцінка психологічного статусу у вагітних з ризиком невынашивания вагітності / З. М. Тагірова, М. М. Умаханова, Г. Г. Филиппова, М. М. Цидзева. *Проблемы репродукции*. 2018. № 2. С. 108-111. <https://doi.org/10.17116/repro2018242108-111>
- [16] Chrousos G. P. Stress and disorders of the stress system. *Nature Reviews Endocrinology*. 2009. Vol. 5. Issue 7. P. 374-381. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2009.106>
- [17] Cohen S., Williamson G. M. Perceived Stress in a Probability Sample of the United States / eds. S. Spacapan, S. Oskamp. *The social psychology of health*. Claremont Symposium on Applied Social Psychology. Newbury Park, CA : Sage, 1988. P. 31-67.
- [18] Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса. СПб. : Питер, 2009. 336 с.
- [19] Діагностика емоційно-нравственного розвитку / Сост. и ред. И. Б. Дерманова. СПб. : Речь, 2002. 171 с.
- [20] Малкина-Пых И. Г. Психосоматика : новейший справочник. Москва : «Эксмо», 2003. 928 с.
- [21] Бавеский Р. М., Берсенева А. П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. Москва : Медицина, 1997. 234 с.
- [22] Полушкина Е. С., Шмаков Р. Г. Роль дидрогестерона в привычном невынашивании беременности. *Медицинский Совет*. 2020. № 3. С. 74-77. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2020-3-74-77>

### References

- [1] Zhivetskaya-Denysova, A. A., Vorobiova, I. I., Tkachenko, V. B., & Rudakova, N. V. (2017). Nevynoshuvannia vahitnosti: suchasni pidkhody do diahnostyky, profylaktyky ta likuvannia [Miscarriage of pregnancy: modern approaches to diagnostics, prevention, and treatment]. *Perinatologiya i pediatriya*, (2), 91-98. <https://doi.org/10.15574/pp.2017.70.91> [in Ukrainian].
- [2] Vorobiova, I. I., Zhivetskaya-Denysova, A. A., Tkachenko, V. B., Rudakova, N. V., & Tolkach, S. M. (2017). Nevynoshuvannia vahitnosti: suchasni pohliady na problemu (ohliad literatury) [Miscarriage of pregnancy: current views on the problem (literature review)]. *Zdorov'e zhenshchiny*, (3), 113-117. [in Ukrainian].
- [3] Aganezov, S. S., & Aganezova, N. V. (2015). Vozmozhnosti snizheniya riska prezhdevremennykh rodov s pozicii dokazatelnoy meditsyny [Possibilities for reducing the risk of preterm birth in the context of evidence-based medicine]. *Akusherstvo i ginekologiya*, (4), 62-68. [in Russian].
- [4] Chechuga, S. B., Nochvina, E. A., & Abdallah Sali. (2012). Patogeneticheskaia terapiya nevyynashivaniya beremennosti u zhenshchin s giperhomocisteinemiei i gestagennoi nedostatocnost'yu [Pathogenetic therapy of miscarriage in women with hyperhomocysteinemia and progesterone deficiency]. *Zdorov'e zhenshchiny*, (5), 80-85. [in Ukrainian].
- [5] Vorobiova, I. I., Skrypchenko, N. Ya., Livshyts, L. A., Zhyvetska-Denysova, A. A., Pysarieva, S. P., Tkachenko, V. B., Rudakova, N. V., Tolkach, S. M., & Chernenko, T. S. (2016). *Imuno-henetychni pidkhody do diahnostyky nevyynoshuvannia vahitnosti yak multifaktorialnoho zahvoriuvannia (metodychni rekomendatsii) [Immuo-genetic approaches to the diagnosis of miscarriage as a multifactorial illness (guidelines)]*. Kyiv. [in Ukrainian].

- [6] Mihalevich, S. I., Hryshkevich, A. N., Markovskaya, T. V., & Grakovich, L. G. (2012). Privychnoe nevnashivanie beremennosti: sotsial'naya problema, meditsinskie resheniya. [Habitual miscarriage of pregnancy: social problem, medical decisions]. *Meditsinskie novosti*, (2), 12-18. [in Russian].
- [7] Zhivetskaya-Denisova, A. A., Vorobyova, I. I., Tkachenko, V. B., Podolskiy, V. V., & Tykha, V. G. (2019). Platsenta yak dzerkalo vahitnosti (Ohliad literatury) [Placenta – mirror of pregnancy (Literature review)]. *Zdorov'e zhenshchiny*, (3), 101-106.
- [8] Antipkin, Yu. G., Zadorozhnaya, T. D., & Parnitskaya, O. I. (Eds.). (2016). *Patologiya platsenty (sovremennye aspekty) [Pathology of placenta: modern aspects]*. OOO «Atopol». [in Russian].
- [9] Agarkova, L. A., Buharina, I. Yu., Ulianich, A. L., Bershkova, E. M., & Tolmachev, I. V. (2016). Osobennosti kachestva zhizni vo vzaimosvyazi s pokazatelyami psikhoeffemotsional'nogo sostoyaniya zhenshchin na kazhdom trimestre beremennosti [Features of quality of life interrelated with indicators of psychoemotional state of women in the period of every trimestre of pregnancy]. *Kemerovskogo gosudarstvennogo universiteta*, (4), 108-119. <https://doi.org/10.21603/2078-8975-2016-4-108-119> [in Russian].
- [10] Shkurotenko, O. S., & Kovalenko, N. P. (2016). Aleksitimiya v period beremennosti kak mekhanizm psikhologicheskoi zashchity [Aleksitimiya during pregnancy, as the mechanism of psychological protection]. *Vestnik psikhoterapii*, (59), 75-86. [in Russian].
- [11] Tkachenko, V., Vorobieva, I., Kolomytseva, K., & Chernenko, T. (2012). Osoblyvosti vplyvu deiakykh psikhologichnykh kharakterystyk na formuvannia piznykh akusherskykh uskladnen [Effects of some psychological characteristics on formation of late obstetrical complications]. *Neonatolohiia, khirurgiia ta perynatalna medytsyna*, 2(4), 69-74. [in Ukrainian].
- [12] Koreneva, J. (2018). Psikhologichne stavlennia do materynstva y uskladneni psikhostany vahitnoi zhinky: teoretyko-empyrychnyi analiz problemy [Psychological Attitude to Maternity and Complicated Mental States of a Pregnant Woman: Theoretical and Empirical Analysis of the Problem]. *Psikhologichni perspektyvy*, (32), 149-161. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2018-32-149-161> [in Ukrainian].
- [13] Kupriyanova, I. E., Efanova, T. S., & Zakharov, R. I. (2014). Psikhoterapevticheskaya korrektsiya i reabilitatsiya narushenii psikhicheskogo zdorov'ya u beremennykh s ugrozoi nevnashivaniya [Psychotherapeutic correction and rehabilitation of mental disorders in pregnant women with threatened miscarriage]. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika*, 6(4), 46-50. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2014-4-46-50> [in Russian].
- [14] Torchinov, A. M., Filippova, G. G., Tsaolov, V. A., & Yurina, E. V. (2015). Rol' psikhologicheskoi reabilitatsii v vedenii beremennosti u zhenshchin s nerazvivayushchey beremennost'yu v anamneze [The role of psychological rehabilitation in the management of pregnant women with the missed abortion history]. *Problemy reproduksii*, (21), 132-136. <https://doi.org/10.17116/repro2015215132-136> [in Russian].
- [15] Tagirova, Z. M., Umahanova, M. M., Philippova, G. G., & Tzidaeva, M. M. (2018). Otsenka psikhologicheskogo statusa u beremennykh s nevnashivaniem beremennosti [Assessment of the psychological status of pregnant women with miscarriage]. *Problemy reproduksii*, (2), 108-111. <https://doi.org/10.17116/repro2018242108-111> [in Russian].
- [16] Chrousos, G. P. (2009). Stress and disorders of the stress system. *Nature Reviews Endocrinology*, 5(7), 374-381. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2009.106>
- [17] Cohen, S., & Williamson, G. M. (1988). Perceived Stress in a Probability Sample of the United States. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health*. Claremont Symposium on Applied Social Psychology (pp. 31-67). Sage.
- [18] Vodop'yanova, N. E. (2009). *Psikhodiagnostika stressa [Psychodiagnosics of Stress]*. Piter. [in Russian].
- [19] Dermanova, I. B. (Ed.). (2002). *Diagnostika emotsional'no-nravstvennogo razvitiya [Diagnostic of emotional and moral development]*. Rech'. [in Russian].
- [20] Malkina-Pykh, I. G. (2003). *Psikhosomatika : noveishii spravochnik [Psychosomatics: the latest guide]*. Eksmo. [in Russian].
- [21] Baevskii, R. M., & Berseneva, A. P. (1997). *Otsenka adaptatsionnykh vozmozhnostei organizma i risk razvitiya zabolevanii [Assessment of the adaptive capabilities of the body and the risk of developing diseases]*. Moscow. [in Russian].
- [22] Polushkina, E. S., & Shmakov, R. G. (2020). Rol' didrogesterona v privychnom nevnashivanii beremennosti [The role of dydrogesterone in habitual miscarriage]. *Meditsinskii Sovet*, (3), 74-77. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2020-3-74-77> [in Russian].