
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Державне підприємство Український науково-дослідний інститут
медицини транспорту

ВІСНИК
МОРСЬКОЇ МЕДИЦИНИ

Науково-практичний журнал
Виходить 4 рази на рік

Заснований в 1997 році. Журнал є фаховим виданням для публікації основних
результатів дисертаційних робіт у галузі медичних наук
(Наказ Міністерства освіти і науки України № 886 (додаток 4) від 02.07.2020 р.)
Свідоцтво про державну реєстрацію
друкованого засобу масової інформації серія КВ № 18428-7228ПР

№ 2 (99)
(квітень - червень)

Одеса 2023

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **А. І. Гоженко**

О. М. Ігнат'єв (заступник головного редактора), Н. А. Мацегора (відповідальний секретар), Н. С. Бадюк, Є. П. Белобров, Р. С. Вастьянов, В. С. Гойдик, М. І. Голубятніков, А. А. Гудима, Ю. І. Гульченко, О. М. Левченко, Г. С. Манасова, В. В. Огоренко, Т. П. Опаріна, И. В. Савицький, С. М. Пасічник, Е. М. Псядло, Н. Д. Філінець, В. В. Шухтін

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Х. С. Бозов (Болгарія), Денисенко І. В. (МАММ), В. А. Жуков (Польща), С. Іднані (Індія), А. Г. Кириченко (Днепр), М. О. Корж (Харків), І. Ф. Костюк (Харків), М. М. Корда (Тернопіль), Н. Ніколіч (Хорватія), М. Г. Проданчук (Київ), М. С. Регеда (Львів), А. М. Сердюк (Київ)

Адреса редакції

65039, ДП УкрНДІ медицини транспорту
м. Одеса, вул. Канатна, 92
Телефон/факс: (0482) 753-18-01; 42-82-63
e-mail nymba.od@gmail.com
Наш сайт - www.medtrans.com.ua

Редактор Н. І. Єфременко

Здано до набору 22.06.2023 р.. Підписано до друку 26.06.2023 р Формат 70×108/164
Папір офсетний № 2. Друк офсетний. Умов.-друк.арк. .
Зам № 2/9/15 Тираж 100 прим.

ISSN 2707-1324

©Міністерство охорони здоров'я України, 1999
©Державне підприємство Український науково-дослідний інститут медицини транспорту, 2005

4. Dovgalev R.V., Benyuk V.A., Nikonyuk T.R. Genital prolapse — prognosis and diagnosis//Collection of scientific works of the Association of Obstetricians and Gynecologists of Ukraine-K.: Poligraf-poyus.- 2013.-P.127-131.

5. Fleischer K, Thiagamoorthy G. Pelvic organ prolapse management. *Post Reproductive Health* 2020;26(2):79-85.

6. Grigorenko A.P., Shimanska-Gorbatyuk O.G., Shatkovska N.S., Garbuzyuk V.V. Hormonal homeostasis in women with pelvic organ prolapse. *Collection of scientific works of the Association of Obstetricians and Gynecologists of Ukraine. Kyiv* 2013. P.93-96.

7. Cho MK, Moon JH, Kim CH. Factors associated with recurrence after colpocleisis for pelvic organ prolapse in elderly women *International Journal of Surgery.* -2017. -V. 44. – P. 274–277

8. Banakhevich R.M. Recurrent genital prolapse: new approaches to pathogenetic evaluation, diagnosis, surgical tactics and rehabilitation. - Abstract of the dissertation. dr. honey. of science Donetsk, 2013. 45 p.

9. Safonov R.A., Lazurenko V.V., Chernyak O.L., Lyashchenko O.A., Ovcharenko O.B. Prevention of recurrence of genital prolapse in elderly women after surgery. *Reproductive endocrinology.* 2020;4 (54):95-98.

10. Barski D., Otto T., Herullis H. Systematic review and classification of complications after anterior, posterior, apical, and total vaginal mesh implantation. *Surg Technol Int.* 2014;24:217-224.

11. Davidson, E.R.W., Thomas T.N., Lampert E.L., Paraiso M.F.R., Ferrando C.A. Route of hysterectomy during minimally invasive sacrocolpopexy does not affect postoperative outcomes *International Urogynecology Journal.* 2019;30(4):649-655.

12. Smith BC, Crisp CC, Kleeman SD, Yook E, Pauls RN. Uterosacral Ligament Suspension Versus Robotic Sacrocolpopexy for Treatment of Apical Pelvic Organ Prolapse. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2019;25(2):93-98.

Робота надійшла в редакцію 20.04.2023 року.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування

УДК 618.177-089.888.11-053.85/.87:159.91

DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.8171341>

О. М. Носенко, Ф. О. Ханча

ПСИХОЛОГІЧНИЙ КОМПОНЕНТ ГЕСТАЦІЙНОЇ ДОМІНАНТИ ЖІНОК ПІЗЬОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ВАГІТНІСТЮ, ІНДУКОВАНОЮ В ЦИКЛАХ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Одеський національний медичний університет

Носенко О. М. ORCID: 0000-0002-7089-2476

Ханча Ф. О. ORCID: 0000-0001-6383-7885

Summary. Nosenko O. M., Khancha F. O. **PSYCHOLOGICAL COMPONENT OF GESTATION DOMINANT IN WOMEN OF LATE REPRODUCTIVE AGE WITH PREGNANCY INDUCED IN CYCLES OF ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES.** – *The Odessa National Medical University; e-mail: Nosenko.olena@gmail.com.* The purpose of the study was to characterize the features of the

psychological component of gestational dominant (PCGD) in women of late reproductive age with pregnancy induced in cycles of assisted reproductive technologies (ART). 197 women with infertility cured in ART cycles were under observation, including 139 pregnant women of late reproductive age and 58 women of active reproductive age. The control group consisted of 57 pregnant women of late reproductive age after natural conception. All pregnant women were analysed with the help of I. V. Dobryakov's questionnaire "Pregnant Attitudes Test" at the time of registration in an outpatient setting at 12-13 weeks of pregnancy. It was established that among women with pregnancy induced in ART programs, in late reproductive age, compared to patients of active reproductive age, features of the optimal and hypogestognosic type of PCGD are more often registered, and features of the euphoric and depressive type of PCGD are less common. Among pregnant women of late reproductive age, the predominance of the hypogestognosic type of PCGD is probably more often noted in women with pregnancies induced in DRT programs, compared to individuals with natural conception. Determining the type of PCGD can significantly help in psychocorrection during monitoring of a pregnant woman, detected deviations can be corrected more purposefully.

Key words: infertility, induced pregnancy, assisted reproductive technologies, late reproductive age, psychological component of gestational dominant.

Резюме. Носенко О. М., Ханча Ф. О. **ПСИХОЛОГІЧНИЙ КОМПОНЕНТ ГЕСТАЦІЙНОЇ ДОМІНАНТИ У ЖІНОК ПІЗЬОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ВАГІТНІСТЮ, ІНДУКОВАНОЮ В ЦИКЛАХ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ.** – *The Odessa National Medical University; e-mail: Nosenko.olena@gmail.com.*

Метою проведеного дослідження стало охарактеризувати особливості психологічного компоненту гестаційної домінанти (ПКГД) в жінок пізнього репродуктивного віку з вагітністю, індукованою в циклах допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). Під спостереженням знаходилося 197 жінок з вилікуваним в циклах ДРТ безпліддям, з яких 139 вагітних пізнього репродуктивного віку і 58 жінок активного репродуктивного віку. Контрольну групу склали 57 вагітних пізнього репродуктивного віку після природної концепції. У всіх вагітних був проаналізований ПКГД за допомогою опитувальника І. В. Добрякова «Тест відношень вагітної» під час взяття на облік в амбулаторних умовах у 12-13 тижнів вагітності. Встановлено, що серед жінок з вагітністю, індукованою у програмах ДРТ, у пізньому репродуктивному віці порівняно з активним репродуктивним віком частіше реєструються риси оптимального та гіпогестогнозичного типу ПКГД і рідше риси ейфорійного та депресивного типу ПКГД. Серед вагітних пізнього репродуктивного віку у жінок з вагітністю, індукованою в програмах ДРТ, порівняно з особами з природною концепцією вірогідно частіше відмічається переважання гіпогестогнозичного типу ПКГД. Визначення типу ПКГД може суттєво допомогти при проведенні психокорекції під час спостереження за вагітною, виявлені відхилення можуть коригуватися більш цілеспрямовано.

Ключові слова: безпліддя, індукована вагітність, допоміжні репродуктивні технології, пізній репродуктивний вік, психологічний компонент гестаційної домінанти.

Вступ. Психоемоційний стан – особлива форма психічних станів людини з переважанням емоційного реагування на кшталт домінанти. Емоційні прояви у реагуванні на дійсність регулюють самопочуття та функціональний стан індивіда. Дефіцит емоцій знижує активність центральної нервової системи (ЦНС) і може спричинити погіршення працездатності. Надмірний вплив емоційних факторів здатний викликати стан нервово-психічного напруження та зрив вищої нервової діяльності. Оптимальне емоційне збудження – умова готовності до діяльності та її сприятливого для здоров'я здійснення [9].

Принцип домінанти, як один з основних принципів діяльності ЦНС, був сформульований О. О. Ухтомським у 1923 році у роботі «Домінанта як робочий принцип нервових центрів». Відповідно до цього принципу, під впливом будь-якого збудження, викликаного зовнішніми або внутрішніми факторами, формується вогнище пануючого збудження – домінанта, яка забезпечує діяльність організму в певному напрямку і сприяє

гальмуючому впливу на роботу інших нервових центрів, які перешкоджають цьому [11].

У 1960-ті роки І. А. Аршавський застосував «принцип домінантності» для пояснення змін, що відбуваються в організмі вагітної, що виникають після імплантації, і вперше ввів термін «материнська домінанта» [9]. Це послідовно виникаючі внаслідок репродуктивної функції і змінюючі один одного домінантні стани в організмі жінки, детерміновані біологічними (перш за все гормональними) змінами, психологічними та соціальними факторами, які спрямовують всі найважливіші реакції організму вагітної на формування сприятливих умов для розвитку плоду, забезпечуючи таким чином народження здорової дитини [7].

Гестаційна домінанта спирається на створення нової та принципово іншої констеляції ланок у ЦНС матері, що забезпечує певний гормональний профіль та відповідний йому вже інший гомеостаз та форму поведінки під час вагітності. Гестаційна домінанта включає фізіологічний і психологічний компоненти. Фізіологічний компонент відповідає за перебудову у роботі різних систем органів [6, 11].

На особливу увагу заслуговує психологічний компонент гестаційної домінанти (ПКГД). З моменту виникнення вагітності в ЦНС матері починає надходити зростаючий потік імпульсації, що викликає появу в корі великого мозку місцевого вогнища підвищеної збудливості – гестаційної домінанти. Навколо гестаційної домінанти, за фізичними законами індукції, створюється поле гальмування нервових процесів. Клінічно цей процес проявляється у деякому загальмованому стані вагітної, переважання в неї інтересів, безпосередньо пов'язаних із народженням та здоров'ям майбутньої дитини. Важливим є те, що при виникненні різних стресових ситуацій (переляк, страх, сильні емоційні переживання) у ЦНС вагітної поряд із гестаційною домінантою можуть виникати й інші осередки стійких збуджень. Це значною мірою послаблює дію гестаційної домінанти і нерідко супроводжується патологічним перебігом вагітності, і, як наслідок, і пологів. Гестаційна домінанта включає в себе піддомінанти вагітності, пологів і вигодовування, що послідовно змінюють одна одну [9, 11].

ПКГД – сукупність механізмів психічної саморегуляції, що включаються у жінки при виникненні вагітності, спрямованих на збереження гестації та створення умов для розвитку майбутньої дитини, що формують ставлення жінки до своєї вагітності, її поведінкові стереотипи [6, 17]. Виділяють п'ять типів ПКГД: оптимальний, гіпогестогнозичний, ейфоричний, тривожний та депресивний [5-8, 11].

Вік є значущим фактором, що визначає оптимальність ПКГД, вираженість якого досягає свого максимуму у віковій групі 31-35 років [8]. Тенденція відкладати материнство до віку 30 років і більше нині міцно укоренилася у багатьох країнах [23]. При цьому кількість дітей, які народилися у жінок пізнього репродуктивного віку, за останні 15 років зросла до 70 % [4]. Незважаючи на зниження шансів на зачаття, багато жінок відкладають народження дитини, щоб віддати пріоритет освіті та кар'єрі, фінансовому благополуччю та пошуку відповідного партнера [21], перш ніж намагатися завагітніти. Комплексні дослідження документально підтвердили, що така тенденція збільшує медичні ризики як для матері, так і для немовляти [13, 16, 17, 24].

Відкладення реалізації репродуктивної функції може збільшити ймовірність того, що жінка залишиться мимовільно бездітною, а також збільшити ймовірність ускладнень вагітності у тих, хто завагітніє у старшому віці. Незважаючи на добре задокументоване зниження плідності, яке відбувається з віком жінки, жінки репродуктивного віку часто переоцінюють вік, у якому відбувається значне зниження фертильності, і переоцінюють успіх допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) для уникнення безпліддя [14], хоча ДРТ – найбільш ефективний метод подолання безплідного шлюбу у пізньому репродуктивному віці.

Досвід лікування у програмах ДРТ стає життєвою кризою для деяких осіб і може бути особливо руйнівним для жінок через саме безпліддя, нав'язливі медичні процедури, високі фінансові витрати та невизначеність щодо ефекту лікування [19, 22]. За даними клінічних психологів, лабільний психоемоційний стан вагітної може стати додатковим негативним фактором, що позначається на перебігу гестації [1, 15]. Вагітності, що настали в результаті ДРТ, відносять до групи високого ризику розвитку акушерських ускладнень [9,

25]. Відомо, що стрес та нестійкий емоційний фон підвищують частоту плацентарної дисфункції, затримки росту плода, передчасних пологів і народження дітей з низькою масою тіла [18]. Доведено, що психологічний стрес під час вагітності та в післяпологовому періоді дещо частіше зустрічається у первісток похилого віку, ніж у молодших жінок [12].

Вивчення чинників та механізмів формування психологічної готовності до материнства є досить важливою й поки не вирішеною проблемою у сучасний період міждисциплінарного становлення науки та впровадження мультидисциплінарного підходу у наданні медичних послуг. Актуальність цілісного підходу до вивчення материнства підкріплюється й тим, що, незважаючи на сучасні досягнення в області медицини, фізіології, гінекології та акушерства, підвищенні наукового і технічного рівня допомоги при пологах і неонатальних практиках, кількість психологічних проблем материнства і раннього дитинства не зменшується [2]. Дослідження щодо потенційного впливу пізнього репродуктивного віку матері при індукованій вагітності на психоемоційне здоров'я і характер ПКГД поодинокі [20].

Мета проведеного дослідження – охарактеризувати особливості психологічного компоненту гестаційної домінанти в жінок пізнього репродуктивного віку з вагітністю, індукованою в циклах допоміжних репродуктивних технологій.

Матеріал та методи

Дослідження виконувалася на клінічних базах Одеського національного медичного університету в період з 2019 по 2022 роки, схвалено його біоетичним комітетом. Під спостереженням знаходилося 197 жінок з вилікуваним в циклах ДРТ безпліддям, з яких 139 вагітних пізнього репродуктивного віку групи І, 58 жінок активного репродуктивного віку групи ІІ. Контрольну групу К склали 57 вагітних пізнього репродуктивного віку після природньої концепції.

У всіх вагітних був проаналізований ПКГД за допомогою опитувальника під час взяття на облік в амбулаторних умовах у 12-13 тижнів вагітності. Використовували опитувальник І. В. Добрякова «Тест відношень вагітної» [3]. Використаний тест вміщує три блока твердження, які відбивають відношення жінки: до себе вагітної (блок А); до системи мати-дитя, яка формується (блок Б); до відношення до неї оточуючих (блок В). У кожному блоці є три розділи, у яких шкалюються різні поняття. Кожне з них представлено п'ятьма твердженнями, що відображають п'ять різних типів ПКГД. Випробуваній пропонується вибрати один з них, найбільш відповідний її стану. Блок А включає ставлення до вагітності; до способу життя під час вагітності; ставлення під час вагітності до майбутніх пологів. Блок Б оцінює ставлення до себе як до матері; до своєї дитини; до вигодовування дитини грудьми. Блок В представляє ставлення до мене, вагітної, чоловіка; ставлення до мене, вагітної, родичів і близьких; ставлення до мене, вагітної, сторонніх людей. Після виконання завдання жінки переносили результати в тестову таблицю, зазначали відповідну твердженням цифру. У нижній стрічці таблиці («Усього») виставляється результат підрахунку кількості відмічених цифр (але не суми цифр) у кожному стовпчику. На підставі проведення тесту визначали один з п'яти різних типів ПКГД: оптимальний, тривожний, ейфоричний, гіпогестогнозичний, депресивний [3].

Отримані дані проаналізовано за допомогою ліцензійного програмного забезпечення Excel. При статистичному аналізі розраховували середнє значення (М), похибку стандартного відхилення ($\pm SE$). При порівнянні середніх використовувався t-критерій Стьюдента за рівня значимості 5%, при порівнянні непараметричних показників – χ^2 -критерій при рівні значимості 5%. Розраховували ставлення шансів (СШ), 95 % довірчий інтервал (ДІ), які представляли у вигляді СШ [95% ДІ].

Результати та їх обговорення

Вік пацієнток групи І був $38,01 \pm 0,22$ років ($p_k > 0,05$, $p_{r1} < 0,05$), групи ІІ – $30,14 \pm 0,39$ років ($p_k < 0,05$, $p_{r1} < 0,05$), групи К – $38,39 \pm 0,43$ років. Як видно з табл. 1, групи пацієнток І і ІІ були однорідними за розподілом первинного та вторинного безпліддя, кількістю попередніх циклів ДРТ, попередніх вагітностей, штучних абортів, викиднів, пологів і позаматкових вагітностей в анамнезі. Тривалість безпліддя у групі І була більша, ніж у групі І – $8,22 \pm 0,42$ проти $5,02 \pm 0,25$ років.

Таблиця 1 – Клініко-анамнестична характеристика обстежених вагітних

Показник	Група I (n=139)	Група II (n=58)	Група К (n=57)
Вік, M±SE, роки	38,01±0,22 ^{2,к}	30,14±0,39 ^{1,к}	38,39±0,43
Первинне безпліддя, n(%)	77 (55,40) ^к	36 (62,07) ^к	0 (0,00)
Вторинне безпліддя, n(%)	62 (44,60) ^к	22 (37,93) ^к	0 (0,00)
Тривалість безпліддя, M±SE, роки	8,22±0,42 ^{2,к}	5,02±0,25 ^{1,к}	0,00±0,00
Кількість попередніх циклів ДРТ, M±SE	0,26±0,06 ^к	0,24±0,08 ^к	0,00±0,00
Кількість попередніх вагітностей, M±SE	0,75±0,10	0,62±0,13	0,68±0,13
Штучні аборти в анамнезі, n(%)	15 (10,79)	4 (6,90)	10 (17,86)
Викидні в анамнезі, n(%)	36 (25,90) ^к	16 (27,59) ^к	1 (1,75)
Пологи в анамнезі, n(%)	17 (12,23) ^к	2 (3,45) ^к	20 (36,36)
Позаматкова вагітність, n(%)	12 (8,82) ^к	4 (6,90) ^к	0 (0,00)
Примітка. ^{к, 1, 2} – статистично вірогідна різниця з відповідним показником груп К, I і II (p<0,05).			

Поруч із яскраво вираженим у поведінці обстежених жінок прагненням до зачаття і народження дитини їхнє ставлення до материнства не було однозначно прийнятним. У кожної жінки спостерігали комбінацію різних типів ПКГД. У табл. 2 представлений розподіл переважного типу психологічного компоненту гестаційної домінанти серед досліджуваних груп.

Риси оптимального типу ПКГД переважали у 36,69 % (51) пацієнток групи I (СШ_{I-II} 3,622 [1,592-8,242]; СШ_{I-к} 0,742 [0,396-1,388]), у 13,79 % (8) жінок групи II (СШ_{II-к} 0,205 [0,082-0,510]) і у 43,86 % (25) вагітних групи К. Оптимальний тип ПКГД відзначався в жінок, які відповідально, але без зайвої тривоги відносилися до своєї вагітності. У цих випадках, як правило, спостерігалися найбільш високі показники самоактуалізації, свідомості та цінності материнства. Відносини в сім'ї були в основному гармонійними.

Таблиця 2 – Розподіл переважного типу психологічного компоненту гестаційної домінанти серед досліджуваних груп, n(%)

Тип ПКГД	Група I (n=139)	Група II (n=58)	Група К (n=57)
Оптимальний	51 (36,69) ²	8 (13,79) ^{к,1}	25 (43,86)
Гіпогестогнозичний	42 (30,22) ^{к,2}	6 (10,34) ¹	6 (10,53)
Ейфорійний	14 (10,07) ²	29 (50,00) ^{к,1}	10 (17,54)
Тривожний	32 (23,02)	12 (20,69)	16 (28,07)
Депресивний	0 (0,00%) ²	3 (5,17) ^{к,1}	0 (0,00)
Примітка. ^{к, 1, 2} – статистично вірогідна різниця з відповідним показником груп К, I і II (p<0,05).			

Жінка, переконавшись, що вагітність настала, продовжувала вести активний спосіб життя, своєчасно відвідувала жіночу консультацію, виконувала усі рекомендації лікарів, незважаючи на побутову або професійну зайнятість, стежила за своїм здоров'ям, із задоволенням та успішно займалася на курсах допологової підготовки. Такі вагітні мали потребу у згуртованості, зв'язності з оточуючими, в увазі до своїх потреб та були неготовими ними жертвувати «за вказівкою» оточуючих. У контролі своїх емоцій та імпульсів вагітні з переважанням оптимального ПКГД були впевнені у тому, що вагітні жінки мають особливий соціальний статус та привілеї. Тип відносин з лікарем був адекватний, конгруентний, такий, що забезпечував комплаєнс.

Риси гіпогестогнозичного типу ПКГД превальювали у 30,22% (42) жінок групи I (СШ_{I-II} 3,753 [1,496-9,410]; СШ_{I-к} 3,680 [1,467-9,237]), у 10,34 % (6) осіб групи II (СШ_{II-к} 0,981 [0,297-3,242]) і у 10,53 % (6) групи К. Гіпогестогнозичний тип ПКГД нерідко зустрічався у жінок, захоплених роботою. Такі жінки нерідко займали керівні посади. Вони побоювалися, що у разі ДРТ та з віком підвищується ризик виникнення ускладнень. З іншого боку, ці

жінки були не схильні змінювати життєвий стереотип, до призначення будь-яких препаратів під час вагітності відносилися дуже прискіпливо, ігнорували деякі діагностичні процедури, скептично ставилися до курсів допологової підготовки, часто перевіряли усі призначення лікаря у інтернет-мережах. У вагітних з гіпогестогнозичним типом ПКГД у найбільшому ступені проявлялася суперечливість цінностей та мотивації, що свідчило за наявність кризи материнської рольової ідентичності. Тип відносин з лікарем був конфронтуючий або підкреслено-байдужий.

Ознаки ейфорійного типу ПКГД були переважними у 10,07 % (14) жінок групи I (СШ_{I-П} 0,112 [0,053-0,238]; СШ_{I-К} 0,526 [0,219-1,267]), у 50,00 % (29) пацієнток групи II (СШ 4,700 [1,999-11,050]) проти 17,54 % (10) вагітних у групі К. Ейфорійний тип ПКГД відзначався частіше у тих жінок, які довго лікувалися від безпліддя, або у жінок з істеричними рисами особистості. Нерідко вагітність у них ставала засобом маніпулювання, способом зміни стосунків із чоловіком, досягнення меркантильних цілей. При цьому вони декларували надмірну любов до майбутньої дитини, нездужання і труднощі, що виникають, перебільшували. Жінки були претензійними, вимагали від оточуючих підвищеної уваги, виконання будь-яких забаганок. Лікарі, курси допологової підготовки відвідувалися, але далеко не до всіх порад пацієнтки дослухалися і не всі рекомендації виконували чи робили це формально. Предикторами ейфорійного типу ставлення до вагітності була відсутність очікування з інших обману та маніпуляцій, відсутність потреби у контролі своїх емоцій та підвищена вимогливість до оточуючих, прискіпливість, пошук схвалення.

Ознаки тривожного типу ПКГД реєструвалися у всіх обстежених, але були переважними у 23,02 % (32) жінок групи I (СШ_{I-П} 1,146 [0,543-2,422]; СШ_{I-К} 0,742 [0,396-1,388]), у 20,69 % (12) пацієнток групи II (СШ 0,766 [0,381-1,154]) проти 28,07 % (16) осіб групи К. Тривожний тип ПКГД характеризується високим рівнем тривоги у вагітної, що впливало на її соматичний стан. Тривога була частіше цілком виправданою та зрозумілою (наявність гострих чи хронічних захворювань, дисгармонічні відносини в сім'ї, незадовільні матеріально-побутові умови тощо, переселення, ускладнення пі час вагітності). У низці випадків чинники тривоги були надуманими та необґрунтованими. Деякі жінки переоцінювала наявні проблеми, або не могла пояснити, з чим пов'язана тривога, яку вона постійно відчувала. Деякі жінки ставали плаксивими, невпевненими у собі, часом підозрілими. Нерідко вони мали порушення сну: він становився безспокійним, переповненим неприємними жахливими сновидіннями, які нерідко переривалися. Часто тривога супроводжувалася іпохондричністю. Жінки набагато частіше, ніж потрібно зверталися до лікаря з приводу проведення діагностичних та лікувальних процедур, просили провести додаткове ультразвукове дослідження, додатковий огляд, підкреслено скрупульозно виконували рекомендації та призначення, вимагали додаткових новітніх методів та препаратів. Вони часто займалися самолікуванням, призначенням вітамінно-мінеральних комплексів. Тип відносин з лікарем був вимогливий, рентний, неконгруентний. У третьому триместрі формувалася синдром тривожного очікування пологів.

Ознаки депресивного типу превалювали лише у 5,17 % (3) жінок групи II ($r_{I-II} < 0,01$, $r_{I-K} > 0,05$, $r_{II-K} < 0,01$). Депресивний тип ПКГД проявлявся насамперед різко зниженим тлом настрою у вагітних. Жінка, яка мріяла про дитину, могла стверджувати, що тепер не хоче її, недооцінювала себе, не вірила у свою здатність виносити і народити здорову дитину, боялася померти під час пологів. Часто у неї виникали думки про власну потворність, марність, невідповідність вимогам, тобто виникали дисморфоманічні ідеї. Жінки вважала, що так бажана вагітність «знівечила її», боялася бути покинутими чоловіком, часто плакала. У деяких сім'ях подібна поведінка майбутньої матері погіршувала її стосунки з чоловіком. Це ще більше посилювало її стан. Так як депресивні люди взагалі не схильні нічого проєктувати, а лише інтроєктувати, то такі вагітні були тихими, спокійними, досить легкими у спілкуванні. Вони нікого не критикували і нікого не ненавидили, вони критикували і ненавиділи тільки себе. При депресивному типі ПКГД у вагітних була дуже добре розвинена емпатія. Це були добрі та терплячі жінки, дуже чуйні до проблем інших. Депресивні характеристики ПКГД із віком знижувалися.

Дослідження, щодо вивчення ПКГД в жінок пізнього репродуктивного віку під час вагітності, індукованої в програмах ДРТ, нечисленні. Отримані нами результати в

основному співпадають з результатами оцінки ПКГД у дослідженні М. Ю. Скворцовой і соавт. (2018) [9]. Ці автори показали, що після ДРТ 76,7% вагітних мають ПКГД, що відповідає варіантам норми. Однак типи ПКГД, які можна віднести до сприятливих, мають лише 50,1% жінок оптимального репродуктивного віку та 43,3% вагітних старшої вікової групи. Несприятливі типи ПКГД зустрічаються у 26,6% жінок оптимального репродуктивного віку та у 20,0% учасниць старшого репродуктивного віку основної групи, що потребує психологічної корекції. При цьому тривожний компонент є приблизно у кожній 5-й вагітній після ДРТ оптимального репродуктивного віку, а гіпгестогнозичний компонент приблизно у кожній 3-й жінки пізнього репродуктивного віку [9].

На підставі проведеного огляду літературних джерел та аналізу отриманих даних слід зазначити, що гестаційна домінанта забезпечує спрямованість всіх реакцій організму вагітної на створення оптимальних умов розвитку ембріона та плода. Це відбувається шляхом формування, під впливом факторів зовнішнього і внутрішнього середовища, стійкого вогнища збудження в ЦНС, гестаційної домінанти, що має підвищену чутливість до подразників, що мають відношення до вагітності і здатні гальмувати вплив на інші нервові центри. ПКГД в жінок з вагітністю, індукованою в циклах ДРТ, залежить від безліч факторів, у тому числі, вірогідно від віку, що формують особисте ставлення жінки до своєї вагітності, її поведінкові стереотипи. Визначення типу ПКГД може суттєво допомогти при проведенні психокорекції під час спостереження за жінками з індукованими в циклах ДРТ вагітностями, виявлені відхилення можуть коригуватися більш цілеспрямовано.

Висновки

1. Під час вагітності, індукованої в програмах ДРТ, ПКГД у жінок пізнього репродуктивного віку відрізняється від аналогічного у осіб активного репродуктивного віку більшою частотою переважання рис оптимального типу у 2,66 раза (СШ 3,622 [1,592-8,242]) і гіпгестогнозичного типу у 2,92 раза (СШ 3,753 [1,496-9,410]), меншою зустрічальністю переважання ейфорійного типу у 4,97 раза (СШ 0,112 [0,053-0,238]) і депресивного типу – 0,00 % проти 5,17 % ($p < 0,01$).

2. У пізньому репродуктивному віці ПКГД в жінок з вагітністю, індукованою в програмах ДРТ, відрізняється від ПКГД у осіб після природньої концепції більшою частотою переважання рис гіпгестогнозичного типу в 2,87 раза (СШ 3,680 [1,467-9,237]).

Література:

1. Абрамченко В. В. Психосоматическое акушерство / В. В. Абрамченко. – СПб.: СОТИС; 2001. – 320 с.
2. Анчева І. А. Сучасний погляд на психологічну готовність жінки до материнства / І. А. Анчева // Здоров'я жінки. – 2017. – № 6 (122). – С. 50-52.
3. Астахов В. М. Психодіагностика в репродуктивній медицині / В. М. Астахов, О. В. Бацькева, І. В. Пузь. – Вінниця: Нілан ЛТД, 2016. – 380 с.
4. Бацькева О. В. Психологічні аспекти вагітності жінок пізнього репродуктивного віку / О. В. Бацькева, І. В. Пузь // Проблеми сучасної психології [інтернет]. 13, Березень 2019 [цит. за 30, Березень 2023];(23). Доступний у: <http://journals.uran.ua/index.php/2227-6246/article/view/159429>.
5. Добряков І. В. Перинатальна психологія / І. В. Добряков. – СПб.: Питер; 2010. – 272 с.
6. Кузьміна А. С. Ранні дезадаптивні схеми і тип відношення к вагітності у жінок на пізньому термі гестації / А. С. Кузьміна, Е. С. Прайзендорф, І. В. Логинова // Клиническая и специальная психология. – 2022. – Т. 11. № 4. – С. 114-137.
7. Молотокас А. А. Психологічний компонент гестаційної домінанти в жінок із запланованою незапланованою вагітністю / А. А. Молотокас, С. В. Діденко // Габітус. – 2021. – № 3. – С. 140-143.
8. Пасечник І. П. Тип психологічного компонента гестаційної домінанти і рівень материнської компетентності як фактори ризику формування синдрому жорстокого поводження з дітьми [Електронний ресурс] / І. П. Пасечник // Режим доступу: <https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/3994/1>.

9. Скворцова М. Ю. Особенности психоэмоционального состояния женщин во время беременности, наступившей в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий / М. Ю. Скворцова, С. Г. Прилуцкая, Е. С. Барская // Доктор.Ру. – 2018. – № 10 (154). – С. 62–67.
10. Сосюка В. Г. Медико-психологічні аспекти вагітності. Особливості становлення материнської сфери [Електронний ресурс] / В. Г. Сосюка // З турботою про жінку. – 2018. – № 5 (89). Режим доступу: <https://extempore.info/blogs/9-journal/1385-meduko-psykholohichni-aspekty-vahitnosti-osoblyvosti-stanovlennia-materynskoi-sfery.html>.
11. Хазова С. А. Особенности гестационной доминанты женщин, не встающих на учет по беременности / С. А. Хазова, И. А. Золотова // Вестник КГУ им. Н. А. Некрасова. – 2009. – № 15. – С. 200-206.
12. Associations between advanced maternal age and psychological distress in primiparous women, from early pregnancy to 18 months postpartum / Aasheim V., Waldenström U., Hjelmstedt A. et al. // B. J. O. G. – 2012. – Vol. 119 (9). – P. 1108-1116.
13. Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood / Schmidt L, Sobotka T, Bentzen JG, Nyboe Andersen A. // Hum. Reprod. Update. – 2012. – Vol. 18 (1). – P. 29-43.
14. Fritz R. Reproductive aging and elective fertility preservation / R. Fritz, S. Jindal // J. Ovarian. Res. – 2018. – Vol. 11(1). – P. 66.
15. Gourounti K. Psychological stress and adjustment in pregnancy following assisted reproductive technology and spontaneous conception: a systematic review / K. Gourounti // Women Health. – 2016. – Vol. 56(1). – P. 98-118.
16. Newburn-Cook C.V. Is older maternal age a risk factor for preterm birth and fetal growth restriction? A systematic review / C.V. Newburn-Cook, J. E. Onyskiw // Health Care Women Int. – 2005. – Vol. 26 (9). – P. 852-875.
17. Pregnancy outcomes for nulliparous women of advanced maternal age in South Australia, 1998–2008 / Ludford I., Scheil W., Tucker G., Grivell R. // Aust. N. Z. J. Obstet Gynaecol. – 2012. – Vol. 52 (3). – P. 235-241.
18. Prevalence of women's worries, anxiety, and depression during pregnancy in a public hospital setting in Greece / Gourounti K., Anagnostopoulos F., Lykeridou K. et al. // Clin. Exp. Obstet. Gynecol. – 2013. – Vol. 40 (4). – P. 581-83.
19. Psychological distress among women undergoing *in vitro* fertilization-embryo transfer: A cross-sectional and longitudinal network analysis / Wu L., Sun L., Wang J. et al. // Front Psychol. – 2023. – Vol. 13: 1095365.
20. Satisfaction with life during pregnancy and early motherhood in first-time mothers of advanced age: a population-based longitudinal study / Aasheim V., Waldenström U., Rasmussen S. et al. // BMC Pregnancy Childbirth. – 2014. – Vol. 14. – P. 86.
21. Schytt E. Still childless at the age of 28 to 40 years: a cross-sectional study of swedish women's and men's reproductive intentions / E. Schytt, A. Nilsen, E. Bernhardt // Sex Reprod. Healthc. – 2014. – Vol. 5 (1). – P. 23-29.
22. The effect of psychological distress on IVF outcomes: Reality or speculations? / Aimagambetova G., Issanov A., Terzic S. et al. // PLoS One. – 2020. – Vol. 15 (12): e0242024.
23. The effect of age on obstetric (maternal and fetal) outcomes. In: Bewley S., Ledger W., Nikolaou D., editors. – Reproductive ageing. London: RCOG Press; 2009. – Scientific Impact Paper No. 24. – 6 p.
24. The perinatal effects of delayed childbearing / Joseph K. S., Allen A. C., Dodds L. et al. // Obstet. Gynecol. – 2005. – Vol. 105 (6). – P. 1410-1418.
25. Worldwide prevalence of adverse pregnancy outcomes among singleton pregnancies after *in vitro* fertilization/intracytoplasmic sperm injection: a systematic review and meta-analysis / Qin J. B., Sheng X. Q., Wu D. et al. // Arch. Gynecol. Obstet. – 2017. – Vol. 295 (2). – P. 285-301.

References

1. Abramchenko V.V. Psychosomatic obstetrics. SPb.: SOTIS, 2001. 320 p.

2. Ancheva IA. A modern view of a woman's psychological readiness for motherhood. *Women's Health*, 2017;6(122):50-52.
3. Astakhov VM, Batsyleva OV, Puz IV. Psychodiagnostics in reproductive medicine. Vinnitsa: Nilan LTD, 2016. 380 p.
4. Bacileva O, Puz IV. Psychological aspects of pregnancy of women of late reproductive age. Problems of modern psychology [Internet]. 13, March 2019 [cit. for March 30, 2023]; (23). Available at: <http://journals.uran.ua/index.php/2227-6246/article/view/159429>.
5. Dobrjakov IV. Perinatal psychology. SPb.: Piter; 2015. 352 p.
6. Kuzmina AS, Praizendorf ES, Loginova IV. Early Maladaptive Patterns and the Type of Attitude to Pregnancy in Women at Late Gestation *Clinical Psychology and Special Education*. 2022; 11; 4: 114–137. DOI: 10.17759/cpse.2022110405.
7. Molotokas AA, Didenko SV. Psychological component of gestational dominance in women with planned and unplanned pregnancy. *Habitus* 2021;3:140-143. DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.31.24>.
8. Pasechnik IP The type of psychological component of gestational dominance and the level of maternal competence as risk factors for the formation of child abuse syndrome. Electronic resource. Access mode: <https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/3994/1>.
9. Skvortsova M.Yu., Prilutskaya S.G., Barskaya E.S. The Psycho-emotional State of Women with Pregnancies Obtained with Assisted Reproductive Technologies. *Doctor.Ru*. 2018; 10(154): 62–67. DOI: 10.31550/1727-2378-2018-154-10-62-67.
10. Sosyuka VG. Medical and psychological aspects of pregnancy. Peculiarities of the formation of the maternal sphere. With concern for a woman. 2018. No. 5(89). Access mode: <https://extempore.info/blogs/9-journal/1385-mediko-psycholohichni-aspekty-vahitnosti-osoblyvosti-stanovlennia-materynskoi-sfery.html>.
11. Khazova SA, Zolotova IA. Features of the gestational dominant of women who are not registered for pregnancy. *Bulletin of KSU named after. N. A. Nekrasov*. 2009;15:200-206.
12. Aasheim V, Waldenström U, Hjelmstedt A, Rasmussen S, Pettersson H, et al. Associations between advanced maternal age and psychological distress in primiparous women, from early pregnancy to 18 months postpartum. *BJOG*. 2012 Aug;119(9):1108-16. doi: 10.1111/j.1471-0528.2012.03411.x.
13. Schmidt L, Sobotka T, Bentzen JG, Nyboe Andersen A; ESHRE Reproduction and Society Task Force. Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. *Hum Reprod Update*. 2012 Jan-Feb;18(1):29-43. doi: 10.1093/humupd/dmr040.
14. Fritz R, Jindal S. Reproductive aging and elective fertility preservation. *J Ovarian Res*. 2018 Aug 11;11(1):66. doi: 10.1186/s13048-018-0438-4.
15. Gourounti K. Psychological stress and adjustment in pregnancy following assisted reproductive technology and spontaneous conception: A systematic review. *Women Health*. 2016;56(1):98-118. doi: 10.1080/03630242.2015.1074642.
16. Newburn-Cook CV, Onyskiw JE. Is older maternal age a risk factor for preterm birth and fetal growth restriction? A systematic review. *Health Care Women Int*. 2005 Oct;26(9):852-75. doi: 10.1080/07399330500230912.
17. Ludford I, Scheil W, Tucker G, Grivell R. Pregnancy outcomes for nulliparous women of advanced maternal age in South Australia, 1998-2008. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2012 Jun;52(3):235-41. doi: 10.1111/j.1479-828X.2012.01442.x.
18. Gourounti K, Anagnostopoulos F, Lykeridou K, Griva F, Vaslamatzis G. Prevalence of women's worries, anxiety, and depression during pregnancy in a public hospital setting in Greece. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2013;40(4):581-3.
19. Wu L, Sun L, Wang J, Sun Y, Zhang X, Huang Y, et al. Psychological distress among women undergoing *in vitro* fertilization-embryo transfer: A cross-sectional and longitudinal network analysis. *Front Psychol*. 2023 Jan 5;13:1095365. doi: 10.3389/fpsyg.2022.1095365.
20. Aasheim V, Waldenström U, Rasmussen S, Espehaug B, Schytt E. Satisfaction with life during pregnancy and early motherhood in first-time mothers of advanced age: a population-based longitudinal study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 Feb 25;14:86. doi: 10.1186/1471-2393-14-86.

21. Schytt E, Nilsen AB, Bernhardt E. Still childless at the age of 28 to 40 years: a cross-sectional study of Swedish women's and men's reproductive intentions. *Sex Reprod Healthc.* 2014 Mar;5(1):23-9. doi: 10.1016/j.srhc.2013.11.001.
22. Aimagambetova G, Issanov A, Terzic S, Bapayeva G, Ukybassova T, Baikoshkarova S, et al. The effect of psychological distress on IVF outcomes: Reality or speculations? *PLoS One.* 2020 Dec 14;15(12):e0242024. doi: 10.1371/journal.pone.0242024.
23. Bewley S, Ledger W, Nikolaou D, editor. *Reproductive ageing.* London: RCOG Press; 2009.
24. Joseph KS, Allen AC, Dodds L, Turner LA, Scott H, Liston R. The perinatal effects of delayed childbearing. *Obstet Gynecol.* 2005 Jun;105(6):1410-8. doi: 10.1097/01.AOG.0000163256.83313.36.
25. Qin JB, Sheng XQ, Wang H, Chen GC, Yang J, Yu H, et al. Worldwide prevalence of adverse pregnancy outcomes associated with in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection among multiple births: a systematic review and meta-analysis based on cohort studies. *Arch Gynecol Obstet.* 2017 Mar;295(3):577-597. doi: 10.1007/s00404-017-4291-2.

Робота надійшла в редакцію 14.04.2023 року.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування

Носенко О. М., Ханча Ф. О.
**ПСИХОЛОГІЧНИЙ КОМПОНЕНТ
ГЕСТАЦІЙНОЇ ДОМІНАНТИ У
ЖІНОК ПІЗЬНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО
ВІКУ З ВАГІТНІСТЮ,
ІНДУКОВАНОЮ В ЦИКЛАХ
ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ
ТЕХНОЛОГІЙ89**

Nosenko O. M., Khancha F. O.
**PSYCHOLOGICAL COMPONENT OF
GESTATION DOMINANT IN WOMEN
OF LATE REPRODUCTIVE AGE WITH
PREGNANCY INDUCED IN CYCLES OF
ASSISTED REPRODUCTIVE
TECHNOLOGIES 89**

**МЕДИЧНІ ТА ЕКОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ
ПРИМОРСЬКИХ РЕГІОНІВ**

**MEDICAL AND ECOLOGIC PROBLEMS
OF SEACOAST REGIONS**

Бабієнко В. В., Мокієнко А. В.
Валькевич Д. В.
**ГІГІЄНИЧНА ОЦІНКА СТАНУ
ВОДОПОСТАЧАННЯ ОДЕСЬКОЇ
ОБЛАСТІ99**

Babienko V. V., Mokienko A. V.
Valkevich D. V.
**HYGIENE ASSESSMENT OF
CONDITION WATER SUPPLY OF THE
ODESSA REGION.....99**

НОВІ МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ

NEW MEDICAL TECHNOLOGIES

Маньковський Г. Б., Бойко М. А.
Семененко О. М.
**МАЛОІНВАЗИВНЕ ВІДНОВЛЕННЯ
ВКЛЮЧЕНИХ ДЕФЕКТІВ ЗУБНОГО
РЯДУ В МЕЖАХ ПРЕМОЛЯРНОЇ
ЗОНИ ЗА ДОПОМОГОЮ ОДНОГО
ДЕНТАЛЬНОГО ІМПЛАНТАТУ .. 105**

Mankovsky G. B., Boiko M. A.
Semenenko O. M.
**MINIMALLY INVASIVE
RESTORATION OF INCLUDED
DEFECTS OF THE DENTAL ROW
WITHIN THE PREMOLAR AREA
USING ONE DENTAL IMPLANT 105**

Скобенко Є. О., Купрій В. О.
Малімоненко М. О., Кравченко Д. Д.
**КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД У
РЕКОНСТРУКЦІЇ ПЕРЕДНЬОЇ
СХРЕЩЕНОЇ ЗВ'ЯЗКИ У НАЦІЄНТІВ
ІЗ МОРБІДНИМ ОЖИРІННЯМ
.....110**

Skobenko E. A., Kupriy V. A.
Malimonenko M. A., Kravchenko D. D.
**INTEGRATED APPROACH TO
RECONSTRUCTION OF THE
ANTERIOR CROSSED LIGAMENT IN
PATIENTS WITH MORBID OBESITY
.....110**

Петренко Р. В., Шеметов О. В.
Павліш І. В.
**ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ
ЕСТЕТИКИ ТА ФУНКЦІЇ ЗУБІВ З
ВИКОРИСТАННЯМ ВІНІРІВ117**

Petrenko R. V., Shemetov O. V.
Pavlish I. B.
**PECULIARITIES OF AESTHETICS AND
FUNCTION RESTORATION USING
VENEERS117**

**ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-
ТЕОРЕТИЧНІ ПИТАННЯ БІОЛОГІЇ
ТА МЕДИЦИНИ**

**EXPERIMENTAL AND THEORETICAL
ASPECTS OF BIOLOGY AND
MEDICINE**

Шнайдер С. А., Гоженко А. І.
**ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ
ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ЗА УМОВ
ХРОНІЧНОГО ПАРОДОНТИТУ У
НАЩАДКІВ ІНТАКТНИХ І ГАМА-
ОПРОМІНЕНИХ ЩУРІВ
.....124**

Shnaider S. A., Gozhenko A. I.
**PATHOPHYSIOLOGICAL
MECHANISMS OF INFLAMMATORY
PROCESS IN CHRONIC
PERIODONTITIS IN THE
DESCENDANTS OF INTACT AND
GAMMA-IRRADIATED RATS.....124**