

©Г. С. Гвоздецька, Н. І. Генік

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ В ЖІНОК ІЗ РАННІМИ ГЕСТОЗАМИ

Мета дослідження – визначити роль особливостей психоемоційного стану вагітних жінок у розвитку проявів раннього гестозу різного ступеня тяжкості у першому триместрі вагітності.

Матеріали та методи. Обстежено 105 жінок, з них 85 – із симптомами раннього гестозу: 36 жінок із проявами легкого ступеня, 32 – середнього, 17 – тяжкого та 20 – із фізіологічним перебігом першого триместру вагітності. Для вивчення психоемоційного стану вагітних використовували тест Спілберґера–Ханіна з метою оцінки рівня тривожності та адаптований тест – опитувальник «Рівень суб'єктивного контролю Дж. Роттера» в адаптації Е. Ф. Бажина. Статистичну обробку проводили за допомогою програм Statistica 6.0 і Microsoft Excel 5.0.

Результати дослідження та їх обговорення. При визначенні факторів ризику виникнення ранніх гестозів анкетно-опитувальним методом встановлено, що у більшості обстежених спостерігали різноманітні фактори ризику: низький матеріальний статус – 91,5 %, проживання в екологічно забруднених зонах – 76,4 %, наявність конфліктних ситуацій у побуті, сім'ї та на роботі – 73,8 %, ранні гестози в анамнезі – 98,8 %. При розподілі величини стресогенного навантаження у 24,7 % вагітних виявлено низький рівень стресогенних навантажень, в 41,2 % – помірний, у 34,1 % – високий. У 11,8 % вагітних із ранніми гестозами встановлено високу стресостійкість, у 29,4 % – середню, в 58,8 % – низьку. У жінок із ранніми гестозами спостерігали високий рівень стресогенного навантаження поряд із низьким або помірним рівнем стресостійкості. Із 78,8 % жінок із ранніми гестозами до V функціонального класу віднесено 38,8 %, до IV – 40,0 % вагітних, які характеризуються низьким рівнем функціональних можливостей психічної адаптації та дуже високим – тривожності, різким ослабленням фізичної та психічної витривалості. Дані жінки і склали групу ризику. У контрольній групі до даної категорії віднесено 20,0 % вагітних. Стан рівня функціональних можливостей психічної адаптації у 80,0 % жінок контрольної групи можна вважати за норму. Серед вагітних із проявами раннього гестозу до цієї категорії віднесено тільки 21,2 % жінок, що показало високий ступінь вірогідності розбіжностей ($p < 0,001$).

Висновки. Розвиток хронічного психоемоційного стресу призводить до розвитку ознак ранніх гестозів, а визначення особливостей психоемоційного стану жінок із ранніми гестозами дає можливість розробити своєчасні заходи щодо попередження їх розвитку.

Ключові слова: ранні гестози; психоемоційний стан; стресостійкість; тривожність; психічна адаптація; стрес.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ С РАННИМИ ГЕСТОЗАМИ

Цель исследования – определить роль особенностей психоэмоционального состояния беременных для развития раннего гестоза разной степени тяжести в первом триместре беременности.

Материалы и методы. Обследовано 105 беременных женщин: 85 – с симптомами раннего гестоза, 20 – с физиологическим течением первого триместра беременности. Для изучения психоэмоционального состояния беременных использовали тест Спилберґера–Ханіна и адаптированный тест – опросник «Уровень субъективного контроля Дж. Роттера» в адаптации Э. Ф. Бажина. Статистическая обработка проводилась с помощью программ Statistica 6.0 и Microsoft Excel 5.0.

Результаты исследования и их обсуждение. При определении факторов риска развития ранних гестозов анкетно-опросниковым методом определено, что у большинства исследованных наблюдались разные факторы риска: низкий материальный статус – 91,5 %, проживание на экологически загрязнённых участках – 76,4 %, присутствие конфликтных ситуаций в обществе, семье и на работе – 73,8 %, ранние гестозы в анамнезе – 98,8 %. При распределении величины стрессогенной нагрузки у 24,7 % беременных определён низкий уровень стрессогенных нагрузок, у 41,2 % – умеренный, у 34,1 % – высокий. У 11,8 % беременных с ранними гестозами определено высокую стрессостойкость, у 29,4 % – умеренную, у 58,8 % – низкую. У женщин с ранними гестозами наблюдали высокий уровень стрессогенной нагрузки вместе с низким или умеренным уровнем стрессостойкости. Из 78,8 % женщин с ранними гестозами к V функциональному классу отнесено 38,8 %, к IV – 40,0 % беременных, что характеризуется низким уровнем функциональных возможностей психической адаптации, очень высоким – тревожности, резким ослаблением физической и психической устойчивости. Эти беременные составили группу риска. В контрольной группе к данной категории отнесено 20,0 % беременных. Уровень функциональных возможностей психической адаптации у 80,0 % женщин контрольной группы можно считать нормой. Среди беременных с проявлениями раннего гестоза к этой категории отнесено только 21,2 % женщин, что составило высокий степень вероятности расхождения ($p < 0,001$).

Выводы. Развитие хронического психоэмоционального стресса приводит к развитию признаков ранних гестозов, а определение особенностей психоэмоционального статуса беременных с ранними гестозами даёт возможность разработать своевременные мероприятия для предупреждения их развития.

Ключевые слова: ранние гестозы; психоэмоциональное состояние; стрессостойкость; тревожность; психическая адаптация; стресс.

FEATURES OF WOMEN'S PSYCHO-EMOTIONAL STATE WITH EARLY GESTOSIS

The aim of the study – to determine the role of the features of the psycho-emotional state of pregnant women in the development of early gestosis manifestations of varying severity in the first trimester of pregnancy.

Materials and Methods. 105 women were examined, 85 of them were with symptoms of early preeclampsia, and 20 with the physiological course of the first trimester of pregnancy. To study the psycho-emotional state of pregnant women, we used the Spielberg-Khanin test to assess the level of anxiety and an adapted test – the questionnaire "The level of subjective control of J. Rotter" in the adaptation of E. F. Bazhin. Statistical processing was performed using Statistica 6.0 and Microsoft Excel 5.0

Results and Discussion. The risk factors for early preeclampsia were determined by questionnaire. It was found out that in most of the surveyed there were various risk factors: low financial status – 91.5 %, living in polluted areas – 76.4 %, the presence of conflict situations in everyday life, family and at work – 73.8 %, early gestosis in the anamnesis – 98.8 %. The distribution of the stress load in 24.7 % of pregnant women revealed a low level of stress load, in 41.2 % – moderate, in 34.1 % – high. 11.8 % of pregnant women with early preeclampsia have high stress resistance, 29.4 % – medium, 58.8 % – low. Women with early preeclampsia have a high level of stress along with low or moderate levels of stress resistance. 78.8 % of women with early preeclampsia, 38.8 % belong to the functional class V, and IV – 40.0 % of pregnant women, who are characterized by a low level of functional capacity for mental adaptation, very high – anxiety, a sharp decrease in physical and mental endurance. These women were "at risk". In the control group, 20.0 % of pregnant women were included in this category. The state of the level of functional capabilities of mental adaptation in 80.0 % of women in the control group can be considered normal. Among pregnant women with early gestosis, only 21.2 % of women were included in this category, which showed a high degree of probability of discrepancies ($p < 0.001$).

Conclusions. The development of chronic psycho-emotional stress disrupts their functioning and leads to the development of early preeclampsia signs and determining the characteristics of the psycho-emotional state of women with early preeclampsia makes it possible to develop timely measures to prevent their development.

Key words: early gestosis; psychoemotional state; stress resistance; anxiety; mental adaptation; stress.

ВСТУП. У багатьох жінок ускладненням на початкових термінах вагітності є ранні гестози, причина яких досі недостатньо вивчена. Ранній гестоз – це патологічний стан вагітності, що пов'язаний із розвитком плідного яйця або його елементів і характеризується різноманітністю симптомів. В умовах сьогодення частота ранніх гестозів спостерігається у 60–80 % вагітних, а необхідність у госпіталізації та проведенні спеціального лікування виникає у 12–17,8 % вагітних [1, 17, 18].

За даними статистики, від нудоти та блювання різного ступеня тяжкості страждають до 90 % вагітних жінок. Симптоми раннього гестозу, як правило, проявляються з 4–9 тижня вагітності, досягаючи максимуму на 7–12 тижні, й стихають до 16 тижня вагітності [2–5]. У 20–30 % вагітних жінок симптоми раннього гестозу спостерігаються довше, можливо, аж до пологів, а в 1–2 % вагітних розвивається надмірне блювання, ускладненнями якого є дегідратація, порушення харчування та обміну речовин [3, 6, 7]. Необхідно відзначити, що у 35 % вагітних клінічні прояви раннього гестозу хоч і не призводять до госпіталізації, але значно погіршують якість життя, працездатність, сприяють виникненню думки про переривання вагітності, відмови від наступних вагітностей та ускладнюють сімейні відносини [8, 13, 15, 19, 21]. Блювання вагітних не має тенденції до зниження і становить від 8,5 до 13,5 % від усіх вагітностей. Високий відсоток даної патології зумовлений дією стресових подразників, які посилюють механізми дезадаптації в процесі розвитку вагітності.

На даний час відсутнє систематизоване уявлення про етіопатогенез розвитку ранніх гестозів. У літературі описано більше 30 теорій виникнення даної нозології. Загальновизнаною вважають нервово-рефлекторну та психогенну теорії патогенезу блювання вагітних. Велике значення має дослідження впливу психоемоційного стресу на перебіг вагітності та пологів.

У стресовому стані адаптаційні механізми перебувають у стадії напруги, що призводить до виникнення різноманітних порушень гомеостазу та розвитку патологічних станів, тому потрібно проводити діагностику та корекцію

психофізіологічного та психологічного статусу вагітних. Стан нейрогуморальних адаптаційних систем визначає перебіг та ускладнення вагітності і пов'язаний як із порушенням психоемоційного стану жінок, так із особливостями психоемоційного реагування. Психологічний статус вагітної жінки безпосередньо може спричинити розвиток раннього гестозу. Ступінь впливу даного фактора на фізичний стан жінки визначається її внутрішнім настроєм на вагітність і рівнем соціокультурного розвитку. Доведено, що блювання вагітних середнього та тяжкого ступенів частіше розвивається на фоні хронічного психологічного стресу, психосоматичних розладів, депресій.

Психологічний та фізичний стан маляка прямо пропорційно пов'язаний зі зміною психоемоційного стану вагітної. Різноманітні гінекологічні та екстрагенітальні захворювання, психоемоційна нестабільність можуть впливати на функціональний стан систем, що забезпечують адаптацію організму до вагітності. Вегетативна нервова система є однією із регуляторних систем забезпечення адаптаційних реакцій у відповідь на вплив стресогенних факторів, що реалізується за рахунок збалансованої взаємодії симпатичної та парасимпатичної ланок [9, 12, 15, 20]. Згідно з науковими дослідженнями, тривожність, що усвідомлюється вагітними, є головною межею між фізіологічним та патологічним перебігом вагітності, високий рівень тривожності та депресії впливає на внутрішньоутробний стан плода. Відчуття страху призводить до збільшення випадків ранніх гестозів тяжкого ступеня.

У формуванні адаптаційно-захисних реакцій домінуюча роль належить серотонінергічній та симпатико-адреналовій системам. Вплив стресу призводить до активації стресореалізуючої системи, що проявляється збільшенням синтезу катехоламінів і підвищенням їх вмісту в біологічних рідинах (крові та сечі). При фізіологічному перебігу вагітності зміни синтезу катехоламінів є адекватною реакцією організму [10, 16, 20]. Порушення функціонування активності симпатико-адреналової системи відбувається тоді, коли вагітність діє як надмірний подразник. Нейрогуморальні реакції, що лежать в основі

процесів адаптації, є фізіологічним підґрунтям емоційного стресу, який певною мірою визначається індивідуальними особливостями вагітної жінки.

У сучасній літературі не знайдено досліджень щодо визначення індивідуальних психологічних характеристик жінок із проявами раннього гестозу, що робить дослідження актуальним та необхідним як із практичної, так і з теоретичної точок зору.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – визначити роль особливостей психоемоційного стану вагітних жінок у розвитку проявів раннього гестозу різного ступеня тяжкості у першому триместрі вагітності.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. На базі Комунального некомерційного підприємства «Івано-Франківський міський клінічний перинатальний центр» проведено обстеження 105 жінок, із них 85 (основна група) – із симптомами раннього гестозу та 20 – з фізіологічним перебігом першого триместру вагітності.

Для вивчення психоемоційного стану вагітних використовували тест Спілбергера–Ханіна з метою оцінки рівня тривожності. Даний тест складається із двох підшквал: особистісної та ситуативної (реактивної) тривожності; крім того, застосовували адаптований тест – опитувальник «Рівень суб'єктивного контролю Дж. Роттера» в адаптації Е. Ф. Бажина [11, 14].

Статистичну обробку результатів досліджень проводили із застосуванням методів варіаційної статистики за допомогою програм Statistica 6.0 і Microsoft Excel 5.0. На основі кількісних даних вираховували середню арифметичну величину, середнє стандартне відхилення. За допомогою комп'ютерних програм в Microsoft Excel 5.0 для категорійних даних проведено розрахунок відносних величин, їх похибок. Достовірність різниці перевіряли за критерієм Хі квадрат. Різницю між величинами, що порівнювались, вважали достовірною при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Обстежено 105 жінок, з них 85 (основна група) – із проявами раннього гестозу: група А – 36 жінок із

проявами легкого ступеня, група Б – 32 жінки – середнього ступеня, група В – 17 жінок – тяжкого ступеня, а 20 жінок (контрольна група) із фізіологічним перебігом першого триместру вагітності.

При визначенні факторів ризику виникнення ранніх гестозів анкетно-опитувальним методом встановлено, що у більшості обстежених спостерігали медико-біологічні та соціально-економічні фактори ризику: низький матеріальний статус – 91,5 %, проживання в екологічно забруднених зонах – 76,4 %, наявність конфліктних ситуацій у побуті, сім'ї та на роботі – 73,8 %, ранні гестози в анамнезі – 98,8 %.

Аналіз частотних характеристик факторів ризику в жінок із ранніми гестозами показав, що при розподілі величини стресогенного навантаження відповідно до запропонованої шкали у 21 (24,7 %) вагітної виявлено низький рівень стресогенних навантажень, у 35 (41,2 %) – помірний, у 29 (34,1 %) – високий.

При аналізі особистісної та реактивної тривожності виявлено, що рівень особистісної тривожності у жінок основної групи достовірно не відрізнявся від даного показника у контрольній групі, а рівень реактивної тривожності у вагітних основної групи був вищим ($p < 0,05$) та залежав від ступеня тяжкості гестозу. Дані обстеження подано у таблиці 1.

Значне стресогенне навантаження, яке може сприяти виникненню хронічного психоемоційного стресу, спостерігали майже у 64 (75,3 %) обстежених жінок. Для встановлення рівня стресостійкості було визначено тривожність, емоційність, адаптивність у вагітних із ранніми гестозами порівняно із показниками у вагітних контрольної групи. Дані обстеження подано в таблиці 2.

Отже, у вагітних із ранніми гестозами залежно від ступеня тяжкості зменшується адаптивність, підвищується тривожність на фоні підвищеної емоційності.

Для уточнення ролі стресогенних факторів у формуванні передумов розвитку ранніх гестозів вивчали особливості психоемоційного стану обстежених залежно від їхньої стресостійкості.

Таблиця 1. Оцінка особистісної (ОТ) та реактивної (РТ) тривожності жінок за шкалою Спілбергера–Ханіна

Групи жінок	Показники	Середні значення	Низька тривожність <35 балів	Середня тривожність 35–45 балів	Висока тривожність >45 балів
Група А, n=36	ОТ	41,3±1,3	12 (33,3 %)	18 (50 %)	6 (16,7 %)
	РТ	57,3±1,6	6 (16,7 %)	18 (50 %)	12 (33,3 %)
Група Б, n=32	ОТ	42,6±1,4	9 (28,1 %)	12 (37,5 %)	11 (34,4 %)
	РТ	54,2±1,2	6 (18,8 %)	14 (43,7 %)	12 (37,5 %)
Група В, n=17	ОТ	43,7±1,1	5 (29,4 %)	6 (35,3 %)	6 (35,3 %)
	РТ	54,1±1,2	2 (11,7 %)	4 (23,6 %)	11 (64,7 %)
Контрольна група, n=20	ОТ	38,6±1,1	5 (25 %)	6 (30 %)	9 (45 %)
	РТ	37,2±1,2	10 (50 %)	6 (30 %)	4 (20 %)

Таблиця 2. Показники стресостійкості в обстежених вагітних (бали)

Показник	Основна група, n=85			Контрольна група, n=20
	група А, n=36	група Б, n=32	група В, n=17	
Тривожність	15	19	22	10
Емоційність	17	21	26	11
Адаптивність	18	15	11	27

У 10 (11,8 %) вагітних із ранніми гестозами встановлено високу стресостійкість, у 25 (29,4 %) – середню, в 50 (58,8 %) – низьку. Отримані дані свідчать про наявність стресогенних порушень в обстежених вагітних.

Показники особливостей психоемоційного стану обстежених жінок залежно від рівня їхньої стресостійкості наведено в таблиці 3.

Отримані результати свідчать про зниження рівня стресостійкості, яке збігається зі зменшенням адаптивності, підвищенням рівня емоційності та тривожності.

Можна стверджувати, що у жінок із ранніми гестозами спостерігали високий рівень стресогенного навантаження поряд із низьким або помірним рівнем стресостійкості, що реально обґрунтовує можливість виникнення хронічного психоемоційного стресу при даній нозології.

Визначення психологічного стану обстежених жінок дало можливість встановити відхилення від норми, які характеризуються наявністю нервово-психологічного напруження і хронічної втоми як ознак виснаження внутрішніх ресурсів організму за рахунок їх постійної та неефективної мобілізації, зниження працездатності, наявності дезорганізації поведінки. Встановлені негативні зсуви досліджених показників взаємопов'язані та створюють єдиний синдром, що включає специфічні прояви психологічного неблагополуччя, який характеризується підсиленням процесів виснаження внутрішніх ресурсів і погіршенням фонового функціонального стану. Значить виникають певні особисті деформації, що опосередковують розвиток соматичних відхилень. Для вивчення стану адаптаційних можливостей організму був проведений порівняльний аналіз показників рівня функціональних можливостей психічної адаптації в обстежених вагітних. Дані наведено в таблиці 4.

За даними таблиці 4, 18 (21,1 %) жінок із ранніми гестозами віднесено до V функціонального класу, до IV – 16 (18,8 %) вагітних, які характеризуються низьким рівнем функціональних можливостей психологічної адаптації, дуже високим – тривожності, різким ослабленням фізичної та психологічної витривалості. Дані жінки і склали групу ризику. У контрольній групі до даної категорії віднесено

20,0 % вагітних. Стан рівня функціональних можливостей психологічної адаптації у 80,0 % жінок контрольної групи можна вважати за норму. Серед вагітних із проявами раннього гестозу до цієї категорії віднесено тільки 11 (12,9 %) жінок, що показало високий ступінь вірогідності розбіжностей ($p < 0,001$). Крім того, більшість жінок із тяжким та середнім ступенем перебігу раннього гестозу віднесені до V та IV функціональних класів.

Аналізуючи вищенаведені дані, можемо зробити висновок, що більшість «неадапованих» жінок, які були виявлені серед обстежених із ранніми гестозами, порівняно з вагітними контрольної групи, пов'язані із дією на організм стресогенних факторів, одним із яких є наявність будь-якої патології вагітності, зокрема раннього гестозу.

Достовірність даного припущення підтверджують результати аналізу адаптивних можливостей організму, що були визначені за методикою кольорового вибору.

Частина обстежених вагітних із ранніми гестозами була умовно здоровою та віднесена, за даними тесту Люшера, до класу адаптованих. Це ті вагітні, які володіли достатніми компенсаторно-приспосувальними механізмами. Проте у 58 жінок із проявами раннього гестозу тест Люшера виявив порушення адаптивних можливостей організму, і їх віднесено до класу неадапованих.

Отже, із проведених досліджень випливає, що синдром психологічного неблагополуччя, який виявлений у обстежених вагітних, є не тільки супутнім фактором, а й відображає процес формування порушень адаптаційних можливостей організму жінки під час вагітності, що підтверджено даними про різноманітні його прояви у різних групах обстежених вагітних. Отримані дані вказують на послідовність його розвитку від перехідної до повністю сформованої стадії. Перехідна стадія проявляється неадекватним емоційним реагуванням на ситуацію, а сформована вказує на виражені від'ємні наслідки особистісної дезадаптації. Це проявляється стійким виснаженням психофізіологічних ресурсів, деструктивною поведінкою, погіршенням фонового функціонального стану. Тяжкість змін психічної сфери відповідає тяжкості соматичних порушень у регуляції адаптації до вагітності.

Таблиця 3. Особливості психоемоційного стану обстежених вагітних із ранніми гестозами залежно від рівня стресостійкості (M±m)

Індекс стресостійкості (Ic)	n	Адаптивність	Тривожність	Емоційність
Високий	10	98,3±10,4	23,8±7,7	35,0±6,1
Середній	25	(50,1±9,7)*	(52,4±8,9)*	44,1±5,9
Низький	50	(35,2±8,9)*	(60,6±7,8)*	(65,4±6,7)*

Примітка. * – вірогідність різниці відносно показника у вагітних із високим показником стресостійкості ($p < 0,05$).

Таблиця 4. Показники рівня функціональних можливостей організму обстежених вагітних, абс. ч. (%)

Група обстежених вагітних	n	Функціональний клас				
		V	IV	III	II	I
Здорові	20	1 (5,0)	3 (15,0)	7 (35,0)	5 (25,0)	4 (20,0)
Група Б	32	6 (18,8)*	8 (25)*	10 (31,3)*	5 (15,6)*	3(9,3)*
Група В	17	10 (58,8)*	4 (23,5)*	2 (11,8)*	1 (5,9)*	0*

Примітка. * – різниця вірогідна відносно показників у здорових жінок.

ВИСНОВКИ. 1. Психоемоційний статус вагітних визначає адекватний стан нейрогуморальних адаптаційних систем. Розвиток хронічного психоемоційного стресу порушує їх функціонування і призводить до розвитку ознак ранніх гестозів.

2. Особливістю вагітних із ранніми гестозами є емотивна, тривожна, циклотимічна та збудлива

акцентуації характеру, які викликають психічні виснаження.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Важливий науково-прикладний інтерес являє собою визначення особливостей психоемоційного стану жінок із ранніми гестозами, що дає можливість розробити своєчасні заходи щодо попередження розвитку даної патології.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin: nausea and vomiting of pregnancy // *Obstet. Gynaecol.* – 2014. – P. 23–54.
2. Гайдуков С. Н. Очерки акушерской патологии / С. Н. Гайдуков. – СПб. : СПбГПМА, 2002. – С. 18–34.
3. Гестозы: руководство для врачей / Б. М. Венцовский, В. Н. Запорожан, А. Я. Сенчук, Б. Г. Скачко. – М. : МИА, 2005. – С. 32–65.
4. Ebrahimi N. Optimal management of nausea and vomiting of pregnancy // N. Ebrahimi, C. Maltepe, A. Einarson // *Int. J. Womens Health.* – 2010. – Vol. 2. – P. 69–87.
5. Lee N. M. Nausea and vomiting of pregnancy // N. M. Lee, S. Saha // *Gastroenterol. Clin. North.Am.* – 2011. – Vol. 40 (2). – P. 124–131.
6. Linseth G. Nausea and vomiting in late pregnancy // G. Linseth, P. Vari // *Health Care Women Int.* – 2005. – Vol. 26 (5). – P. 53–65.
7. Recurrence risk of hyperemesis gravidarum // M. S. Fejzo, K. W. Macgibbon, R. Romero [et. al.] // *J. Midwifery Womens Health.* – 2011. – Vol. 56 (2). – P. 32–41.
8. Helicobacter pylori seropositivity in patients with hyperemesis gravidarum // I. Kocak, Y. Akcan, C. Ustun [et al.] // *Obstet. Gynecol. Surv.* – 2017. – Vol. 66 (3). – P. 143–150.
9. Acute treatment of moderate to severe depression with hypericum extract WS5570: randomized controlled double blind non-inferiority trial versus paroxetine // A. Szegedi, R. Kohner, A. Dienel, M. Kieser // *BMJ.* – 2005. – Vol. 330 (7490). – P. 503–504.
10. Янута С. М. Особливості адаптації вагітних до дії хронічного психоемоційного стресу / С. М. Янута, В. П. Присяжнюк // *Вісник наукових досліджень.* – 2006. – № 2. – С. 87.
11. Сборник психологических тестов. Часть I : пособие / сост. Е. Е. Миронова. – Мн. : Женский институт ЭНВИЛА, 2005. – С. 2–75.
12. Бенюк В. О. Стан вегетативної нервової системи в першому триместрі вагітності у жінок із ранніми гестозами /

- В. О. Бенюк, Т. В. Ковалюк // *Таврический медико-биологический вестник.* – 2012. – Т. 15, № 2, ч. 2 (58). – С. 5–23.
13. Божук О. А. Психоемоційний стан вагітних в аспекті їх медико-психологічного супроводу / О. А. Божук // *Медична психологія.* – 2014. – № 9 (4). – С. 5–12.
14. Плотник В. О. Дослідження стану стрес-реалізуючих систем у вагітних із невиношуванням / В. О. Плотник // *Запорожский медицинский журнал.* – 2013. – № 3. – С. 6–54.
15. Камінський В. В. Вегетативні та психосоматичні розлади у жінок під час вагітності / В. В. Камінський, Н. І. Генік, Р. Р. Ткачук // *Сімейна медицина.* – 2018. – № 3. – С. 129–137.
16. Корнієнко В. Г. Особливості психоемоційного стану вагітних із загрозою передчасних пологів / В. Г. Корнієнко // *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології.* – 2015. – № 2. – С. 112–113.
17. Prenatal anxiety and depression, fetal programming and placental function / V. Glover, K. J. O'Donnell, T. G. O'Connor [et al.] // *Psychoneuroendocrinology.* – 2015. – Vol. 61. – P. 3–4.
18. Socio-economic status influences the relationship between obesity and antenatal depression: data from a prospective cohort study / E. Molyneaux, D. Pasupathy, L. Kenny [et al.] // *J. Affect Disord.* – 2016. – Vol. 202. – P. 7–124.
19. Physical activity and self-esteem during pregnancy / P. C. Santos, M. P. Ferreira, R. J. Teixeira [et al.] // *Int. J. Psychol. Neurosci.* – 2016. – Vol. 2 (6). – P. 112–136.
20. Якимчук Н. В. Поширеність різних типів психологічної доміанти під час вагітності високого акушерського та перинатального ризику. Особливості акушерських ускладнень із урахуванням психосоматичних взаємозв'язків / Н. В. Якимчук // *Здоровье женщины.* – 2018. – № 8. – С. 70–74.
21. Вишневская Е. Е. Влияние психического состояния беременной на развитие раннего токсикоза / Е. Е. Вишневская // *Журнал акушерства и женских болезней.* – 2014. – Т. 63, № 2. – С. 78–83.

REFERENCES

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). ACOG practice bulletin: nausea and vomiting of pregnancy. *Obstet. Gynaecol.*, 23-54.
2. Gaidukov, S.N. (2002). *Ocherki akusherskoy patologii [Essays on obstetric pathology]*. Saint Petersburg: SPbGPMA [in Russian].
3. Ventsovskiy, B.M., Zaporozhan, V.N., Senchuk, A.Y., & Skachko, B.G. (2005). *Gestozy: rukovodstvo dlya vrachey [Gestosis: a guide for doctors]*. Moscow: MIA [in Russian].
4. Ebrahimi, N., Maltepe, C., & Einarson, A. (2010). Optimal management of nausea and vomiting of pregnancy. *Int. J. Womens Health*, 2, 69-87. DOI:10.2147/ijwh.s6794
5. Lee, N.M., & Saha, S. (2011). Nausea and vomiting of pregnancy. *Gastroenterol. Clin. North. Am.*, 40 (2), 124-131. DOI:10.1016/j.gtc.2011.03.009.
6. Linseth, G., & Vari, P. (2005). Nausea and vomiting

- in late pregnancy. *Health Care Women Int.*, 26 (5), 53-65. DOI:10.1080/07399330590933926.
7. Fejzo, M.S., Macgibbon, K.W., Romero, R., Goodwin, T.M., & Mullin, P.M. (2011). Recurrence risk of hyperemesis gravidarum // *J. Midwifery Womens Health*, 56 (2), 32-41. DOI:10.1111/j.1542-2011.2010.00019.x.
8. Koçak, I., Akcan, Y., Üstün, C., Demirel, C., Cengiz, L., & Yanik, F.F. (2017). Helicobacter pylori seropositivity in patients with hyperemesis gravidarum. *Obstet. Gynecol. Surv.*, 66, 143-150. DOI:10.1097/00006254-200004000-00004.
9. Szegedi, A., Kohner, R., Dienel, A., & Kieser, M. (2005). Acute treatment of moderate to severe depression with hypericum extract WS5570: randomized controlled double blind non-inferiority trial versus paroxetine. *BMJ*, 330 (7490), 503-504. DOI:10.1136/bmj.38356.655266.82.

10. Yanuta, S.M., & Prysiazhniuk, V.P. (2006). Osoblyvosti adaptatsii vahitnykh do dii khronichnoho psykhoemotsiinoho stresu [Features of adaptation of pregnant women to the action of chronic psycho-emotional stress]. *Visnyk naukovykh doslidzhen – Bulletin of Scientific Research*, 2, 87 [in Ukrainian].
11. Meronova, E. (Comp.). (2005). *Sbornik psikhologicheskikh testov. Chast I: Posobiye [Collection of psychological tests. Part I: Manual]*. Minsk: Zhenskiy institut ENVILA [in Russian].
12. Beniuk, V.O., & Kovaliuk TV. (2012). Stan vehetatyvnoi nervovoi systemy v pershomu trymestri vahitnosti u zhinok iz rannimy hestozamy [The state of the autonomic nervous system in the first trimester of pregnant women with early preeclampsia]. *Tavrycheskyy medyko-byolohycheskyy vestnyk – Tauric Medical and Biological Bulletin*, 15 (2 Part 2), 5-23 [in Ukrainian].
13. Bozhuk, O.A. (2014). Pykhoemotsiinyi stan vahitnykh v aspekti yikh medyko-psykholohichnoho suprovodu [Psycho-emotional state of pregnant women in terms of their medical and psychological support]. *Medychna psykholohiia – Medical Psychology*, 9 (4), 5-12 [in Ukrainian].
14. Plotnik, V.O. (2013). Doslidzhennia stanu stres-realizuyuchykh system u vahitnykh iz nevyynoshuvanniam [Study of the state of stress-implementing systems of pregnant women with miscarriage]. *Zaporozhskyi medytsynskyi zhurnal – Zaporozhye Medical Journal*, 3, 6-54 [in Ukrainian].
15. Kaminsky, V.V., Henik, N.I., & Tkachuk, R.R. (2018). Vehetatyvni ta psykhosomatychni rozlady u zhinok pid chas vahitnosti [Autonomic and psychosomatic disorders during womens' pregnancy]. *Simeina medytsyna – Family Medicine*, 3, 129-137 [in Ukrainian].
16. Kornienko, V.G. (2015). Osoblyvosti psykhoemotsiinoho stanu vahitnykh iz zahrozoiu peredchasnykh polohiv [Features of psycho-emotional state of pregnant women with the threat of premature birth]. *Aktualni pytannia pediatrii, akusherstva ta hinekologii – Actual Problems of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology*, 2, 112-113 [in Ukrainian].
17. Glover, V., O'Donnell, K.J., O'Connor, T.G., Ramchandani, P.G., & Carson, L.E. (2015). Prenatal anxiety and depression, fetal programming and placental function. *Psychoneuroendocrinology*, 61, 3-4.
18. Molyneaux, E., Pasupathy, D., Kenny, L.C., McCowan, L.M., North, R.A., Dekker, G.A., ..., & Howard, L.M. (2016). Socio-economic status influences the relationship between obesity and antenatal depression: data from a prospective cohort study. *J. Affect Disord.*, 202, 7-124. DOI:10.1016/j.jad.2016.05.061.
19. Santos, P.C., Ferreira, M.P., Teixeira, R.J., Couto, M., Abreu, S., & Montenegro, N. (2016). Physical activity and self-esteem during pregnancy. *Int. J. Psychol. Neurosci.*, 2 (6), 112-136.
20. Yakimchuk, N.V. (2018). Poshyrenist riznykh typiv psykholohichnoi dominanty pid chas vahitnosti vysokoho akusherskoho ta perynatalnoho ryzyku. Osoblyvosti akusherskykh uskladnen iz urakhuvanniam psykhosomatychnykh vzaiemozviazkiv [Prevalence of different types of psychological dominance during pregnancy of high obstetric and perinatal risk. Features of obstetric complications, taking into account the psychosomatic relationships]. *Zdorovye zhenshchiny – Woman's Health*, 8, 70-74 [in Ukrainian].
21. Vishnevskaya, E.E. (2014). Vlianiye psikhicheskogo sostoyaniya beremennoy na razvitiye rannego toksikoza [The influence of the mental state of a pregnant woman on the development of early toxicosis]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney – J. of Obstet. and Women's Dis.*, 63 (2), 78-83 [in Russian].

Отримано 17.03.21

Прийнято до друку 20.04.21

Електронна адреса для листування: gvozdetka_0310@ukr.net