

©Д. Я. Гулій, О. Г. Бойчук

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

НЕРВОВО-СУДИННА АДАПТАЦІЯ ЖІНОК ІЗ ДОБРОЯКІСНИМИ ПУХЛИНАМИ ЯЄЧНИКІВ І АКУШЕРСЬКИМИ ТА ПЕРИНАТАЛЬНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ

Мета дослідження – проведення аналізу психоемоційного стану жінок із доброякісними пухлинами яєчників на тлі акушерських та перинатальних ускладнень.

Матеріали та методи. Ми комплексно обстежили 67 вагітних із доброякісними пухлинами та пухлиноподібними утвореннями яєчників, які було виявлено до вагітності або у I триместрі гестації (основна група), та 50 вагітних без новоутворень яєчників та іншої тяжкої гінекологічної чи соматичної патології, які склали контрольну групу. Визначали вегето-судинні характеристики, особливості психоемоційного стану, особистісної та реактивної тривожності, наявність ознак депресії та якість життя у вагітних. За допомогою ліцензованої програми SPSS v.21 проведено статистичну обробку даних, вписаних в електронні таблиці Excel-2010. Паралельно за пошуковими системами Pubmed, Google Scholar, Sciencedirect, Webcardio проведено аналіз літературних джерел із даної тематики за останні 5 років.

Результати дослідження та їх обговорення. Депресивні стани часто виникають як реакція на хвороби, постійні стреси, а з іншого боку, самі можуть бути причиною соматичних проявів та різних ускладнень. За нашими даними, згідно зі шкалою Е. Бека, прояви депресії практично не відмічаються у здорових жінок із фізіологічним перебігом вагітності (90,0 %), тоді як серед пацієнток із доброякісними новоутвореннями яєчників ознаки депресії різної тяжкості вже відмічають більше третини жінок (37,3 %, $p < 0,05$), а серед пацієнток із гестаційними ускладненнями таких переважна більшість: 72,1 % проти 24,5 % у підгрупі 2 ($p < 0,05$). Ще більший відсоток жінок основної групи показав високий рівень ситуативної тривожності, яка відповідає рівню стресу і реакції на нього у даний момент: 40,3 % пацієнток основної групи проти 22,0 % жінок контрольної групи ($p < 0,05$).

Висновки. Отже, нами встановлено у вагітних із доброякісними новоутвореннями яєчників та гестаційними порушеннями високу частоту виражених проявів синдрому вегето-судинної дисфункції.

Ключові слова: вегето-судинна дисфункція; вагітність із доброякісними новоутвореннями яєчників.

НЕРВНО-СОСУДИСТАЯ АДАПТАЦИЯ ЖЕНЩИН С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ И АКУШЕРСКИМИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Цель исследования – проведение анализа психоэмоционального состояния женщин с доброкачественными опухолями яичников на фоне акушерских и перинатальных осложнений.

Материалы и методы. Нами комплексно обследовано 67 беременных с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников, которые были обнаружены до беременности или в I триместре гестации (основная группа), и 50 беременных без новообразований яичников и другой тяжелой гинекологической или соматической патологии, которые составили контроль. Определяли вегето-сосудистые характеристики, особенности психоэмоционального состояния, личностной и реактивной тревожности, наличие признаков депрессии и качество жизни у беременных. С помощью лицензированной программы SPSS v.21 произведена статистическая обработка данных, вписанных в электронные таблицы Excel-2010. Параллельно с поисковиками Pubmed, Google Scholar, Sciencedirect, Webcardio проведен анализ литературных источников по данной тематике за последние 5 лет.

Результаты исследования и их обсуждение. Депрессивные состояния часто возникают как реакция на болезни, постоянные стрессы, а с другой стороны, сами могут являться причиной соматических проявлений и различных осложнений. По нашим данным, согласно шкале Э. Бека, проявления депрессии практически не отмечаются у здоровых женщин с физиологическим течением беременности (90,0 %), в то время как среди пациенток с доброкачественными новообразованиями яичников признаки депрессии различной тяжести уже отмечают более трети женщин (37,3 %, $p < 0,05$), а среди пациенток с гестационными осложнениями таких подавляющее большинство: 72,1 % против 24,5 % в подгруппе 2 ($p < 0,05$). Еще больший процент женщин основной группы показал высокий уровень ситуативной тревожности, соответствующей уровню стресса и реакции на него в данный момент: 40,3 % пациенток основной группы против 22,0 % женщин контрольной группы ($p < 0,05$).

Выводы. Следовательно, нами установлена у беременных с доброкачественными новообразованиями яичников и гестационными нарушениями высокая частота выраженных проявлений синдрома вегето-сосудистой дисфункции.

Ключевые слова: вегето-сосудистая дисфункция; беременность с доброкачественными новообразованиями яичников.

NERVOUS AND VASCULAR ADAPTATION OF WOMEN WITH BENIGN TUMORS OF THE OVARIES AND OBSTETRIC AND PERINATAL COMPLICATIONS

The aim of the study – to analyze the psycho-emotional state of women with benign ovarian tumors on the background of obstetric and perinatal complications.

Materials and Methods. We comprehensively examined 67 pregnant women with benign tumors and ovarian tumors that were detected before pregnancy or in the first trimester of gestation (main group) and 50 pregnant women without ovarian tumors and other severe gynecological or somatic pathology, who formed the control group. Vegetative-vascular characteristics, features of psycho-emotional state, personal and reactive anxiety, presence of signs of depression and quality of life in pregnant women were determined. With the help of the licensed program SPSS v.21 statistical processing of data entered in spreadsheets Excel –2010. In parallel with the search engines Pubmed, Google Scholar, Sciencedirect, Webcardio analysis of literature sources on this topic for the last 5 years.

Results and Discussion. Depressive states often occur as a reaction to illness, constant stress, and on the other hand can themselves be the cause of somatic manifestations and various complications. According to our data, according to the E. Beck scale, manifestations of depression are practically not observed in healthy women with a physiological course of pregnancy (90.0 %). While among patients with benign ovarian neoplasms signs of depression of varying severity are already noted by more than a third of patients (37.3 %, $p < 0.05$), and among patients with gestational complications, the vast majority of 72.1 % vs. 24.5 % in the subgroup 2 ($p < 0.05$). An even higher percentage of women in the main group showed a high level of situational anxiety, which corresponds to the level of stress and response to it at the moment: 40.3 % of patients in the main group against 22.0 % of women in the control group ($p < 0.05$).

Conclusions. We found in pregnant women with benign ovarian tumors and gestational disorders a high frequency of severe manifestations of vegetative-vascular dysfunction syndrome.

Key words: vegetative-vascular dysfunction; pregnancy with benign ovarian neoplasms.

ВСТУП. Психосоматичний підхід – це новий між-дисциплінарний напрямок у сучасній медичній науці та практиці, що передбачає аналіз та врахування взаємного впливу соматичних та психічних особливостей організму людини. Порушення психофункціональних механізмів діяльності, що можуть бути викликані стресами, надмірними психоемоційними та фізичними навантаженнями, різними негативними впливами зовнішнього середовища, накопичуючись, можуть призводити і до фізіологічних порушень, бути передумовою розвитку нових захворювань або погіршувати перебіг наявних, знижувати адаптаційні та відновлювальні механізми організму, послаблювати імунітет [1–6]. З іншого боку, хвороби, лікування, оперативні втручання також є стресогенним навантаженням і можуть погіршувати психоемоційний стан, замикаючи хибне коло [7]. Сьогодні все більше досліджень проводиться для вивчення ролі психосоціальних факторів у патогенезі, перебігу та наслідках різноманітних захворювань, впливу на ефективність лікування та якість життя [8–11].

Більшість дослідників сходиться на думці, що вагітність є суттєвим стресогенним фактором і жінки у цей період схильні до підвищеного ризику нервово-психічних розладів. Загальновідомо, що вагітні характеризуються різними емоційними перепадами, зумовленими гормональними змінами та перебудовою всіх систем організму жінки в очікуванні дитини. Крім того, у цей період жінка стикається з новими адаптаційними завданнями, що потребують осибистісної перебудови [12–15].

Психоемоційна напруженість та тривожність спостерігається у 40–50 % жінок навіть при фізіологічному перебігу вагітності, що лише посилюється при виникненні додаткових психотравматичних чинників, таких як ускладнення вагітності або виявлення супутньої гінекологічної патології. Захворювання репродуктивної сфери психоемоційно важко сприймаються жінкою, адже це сфера, яка зумовлює функцію дітонародження, пов'язана з жіночністю та привабливістю [16–19].

Крім того, на психічний статус вагітної жінки впливають її індивідуально-психологічні особливості та соціально-психологічні чинники.

Все вищевикладене спонукало нас поставити одним із завдань нашого дослідження визначення вегето-судинних характеристик, особливостей психоемоційного стану, особистісної та реактивної тривожності, наявності ознак депресії та якості життя у вагітних з доброякісними пухлинами яєчників та оцінити вплив виявлених змін на виникнення акушерської та перинатальної патології.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ – проведення аналізу психоемоційного стану жінок із доброякісними пухлинами

яєчників на тлі акушерських та перинатальних ускладнень.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ. Ми комплексно обстежили 67 вагітних із доброякісними пухлинами та пухлиноподібними утвореннями яєчників, які було виявлено до вагітності або у I триместрі гестації (основна група), та 50 вагітних без новоутворень яєчників та іншої тяжкої гінекологічної чи соматичної патології, які склали контрольну групу.

Визначали вегето-судинні характеристики, особливості психоемоційного стану, особистісної та реактивної тривожності, наявність ознак депресії та якість життя у вагітних.

За допомогою ліцензованої програми SPSS v.21 проведено статистичну обробку даних, вписаних в електронні таблиці Excel-2010. Паралельно за пошуковими системами Pubmed, Google Scholar, Sciencedirect, Webcardio проведено аналіз літературних джерел із даної тематики за останні 5 років.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Проведений клініко-анамнестичний аналіз виявив підвищену частоту негативних соціально-психологічних факторів у пацієток основної групи, особливо у жінок підгрупи 1 з акушерськими ускладненнями. До таких чинників можна віднести: вид основної діяльності, пов'язаний із вищим рівнем нервово-психічного навантаження – студентки (ВШ=6,71) та службовці; незадовільні матеріально-побутові умови життя, незареєстрований шлюб (ВШ=4,40), а 44,4 % вагітних 1-ї підгрупи вважали порушенням психологічний клімат у сім'ї та/або на роботі (ВШ=4,80).

Синдром вегето-судинної дистонії (СВД) входить до групи соматоформних розладів, що визначаються як патологічні стани, які протягом тривалого часу проявляються симптомами та скаргами, подібними до соматичних та неврологічних хвороб, але не мають органічного субстрату. В зарубіжній літературі такі стани називають «нез'ясовані з медичної точки зору синдроми» або «функціональні соматичні синдроми» з кодом F45 за МКХ-10. Складність полягає у тому, що єдиного погляду на термін «вегето-судинна дистонія» у науковій літературі немає, а це зумовлює помилкову діагностику та невідповідне, а отже, неефективне лікування. Деякі автори навіть заперечують правомірність існування такого діагнозу, вважаючи, що він або є маскою тривожно-депресивних розладів, або приховує недіагностоване соматичне захворювання.

Наявність та прояви СВД оцінювали з використанням опитувальника О. М. Вейна (1998). Аналіз анкет показав, що навіть у контрольній групі інтегральна оцінка була

вища від порогового значення, за яке прийнято 15 балів. Розрахувавши частоту більш виражених проявів СВД (сума балів більше 45), визначили, що в основній групі вона склала 40,2 % проти 12,0 % у контрольній групі ($p < 0,05$) та 61,1 % у 1-й підгрупі проти 32,7 % у 2-й ($p < 0,05$; $ВШ=3,24$, 95-відсотковий ДІ [1,06; 9,93]).

Окремі симптоми СВД (табл. 1), з яких формується інтегральна оцінка, у жінок із доброякісними новоутвореннями яєчників відмічались у 2–3 рази частіше, найбільш поширеними серед них були відчуття серцебиття, завмирання серця у 41,8 % основної групи і у більше половини (55,6 %) жінок із новоутвореннями яєчників проти 32,7 % та 18,0 % пацієток підгрупи порівняння та контрольної групи ($p < 0,05$), утруднення дихання, відповідно, у 43,3 та 66,7 % проти 34,7 та 10,0 % ($p < 0,05$), порушення травлення у 58,2 та 72,2 % проти 53,1 та 18,1 % ($p < 0,05$), мігрень у 61,2, 72,2 % проти 57,1 та 18,0 %, втомлюваність у 64,7, 83,3 % проти 57,1 та 22,0 % ($p < 0,05$). Особливо виділяються на цьому тлі порушення сну, які відмічались у більшості жінок основної групи (74,6 %) проти 18,0 % в контрольній групі ($p < 0,05$), причому в підгрупі з акушерськими і перинатальними ускладненнями сон порушений майже у всіх вагітних (94,4 %) проти 67,3 % у жінок 2-ї підгрупи ($p < 0,05$, $ВШ=8,24$, 95-відсотковий ДІ [1,01; 67,54]), що спонукало нас провести більш детальний аналіз вираження порушень сну в пацієток з новоутвореннями яєчників відповідно до опитувальника А. М. Вейна та Я. І. Левина.

Проведений аналіз показав, що у майже чверті (23,9 %) жінок основної групи спостерігали виражені порушення сну (проти 4,0 % у контрольній групі, $p < 0,05$), тоді як серед жінок з гестаційними ускладненнями таких була майже половина (44,4 %) проти 16,3 % у підгрупі без проявів таких порушень ($p < 0,05$, $ВШ=4,1$, 95-відсотковий ДІ [1,24; 13,60]).

Важливою характеристикою особистості людини є рівень тривожності, єдиною загальноприйнятною шкалою

оцінки якого є методика Ч. Д. Спілбергера, адаптована Ю. Л. Ханіним. Проведені розрахунки згідно з даною методикою дозволяють інтерпретувати отримані результати таким чином. Високий рівень особистісної тривожності (45 балів і більше), яка є стійкою характеристикою особистості, свідчить про нестійкість до різноманітних стресових ситуацій, відмічено у 26,2 % вагітних основної групи проти 18,0 % жінок із фізіологічним перебігом вагітності, проте у підгрупі 1 таких жінок виявилась половина (50,0 %) проти 18,4 % у підгрупі 2 ($p < 0,05$, $ВШ=4,44$, 95-відсотковий ДІ [1,37; 14,37]). Низький рівень тривожності (30 балів і менше) також не вважається позитивним, а може вказувати на низький рівень відповідальності і відсутність мотивації до активних дій. Такий показник відмічено у 11,1–16,3 % вагітних обстежених груп.

Ще більший відсоток жінок основної групи показав високий рівень ситуативної тривожності, яка відповідає рівню стресу і реакції на нього у даний момент: 40,3 % пацієток основної групи проти 22,0 % жінок контрольної групи ($p < 0,05$).

Серед вагітних, у яких відмічались акушерські та перинатальні ускладнення, таких була більшість (61,1 % проти 32,7 % у підгрупі 2 ($p < 0,05$, $ВШ=3,24$, 95-відсотковий ДІ [1,06; 9,93])). Помірна ситуаційна тривожність виявлена лише у 22,2 % жінок підгрупи 1 проти 55,1 % жінок в підгрупі 2 та 66,0 % – у контрольній групі ($p < 0,05$).

Депресивні стани часто виникають як реакція на хвороби, постійні стреси, а з іншого боку, самі можуть бути причиною соматичних проявів та різних ускладнень. За нашими даними, відповідно до шкали Е. Бека прояви депресії майже не відмічаються у здорових жінок із фізіологічним перебігом вагітності (90,0 %), тоді як серед пацієток із доброякісними новоутвореннями яєчників ознаки депресії різної тяжкості вже відмічають більше третини жінок (37,3 %, $p < 0,05$), а серед пацієток із гестаційними ускладненнями таких переважна більшість: 72,1 % проти 24,5 % у підгрупі 2 ($p < 0,05$, $ВШ=8,02$, 95-відсотковий

Таблиця 1. Частота симптомів СВД у пацієток із доброякісними новоутвореннями яєчників

Показник	Основна група, n=67		1-ша підгрупа, n=18		2-га підгрупа, n=49		Контрольна група, n=50	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Зміна кольору обличчя при хвилюванні	12	17,9	6	33,3 [^]	6	12,2	4	8,0
Онiмiннiя кiнцiвок	16	23,9	7	38,9 [^]	9	18,4	7	14,0
Зміна кольору кінцівок	9	13,4	4	22,2 [*]	5	10,2	3	6,0
Пiтливiсть	25	37,3 [*]	10	55,6 [^]	15	30,6	10	20,0
Серцебиття, завмирання серця	28	41,8 [*]	12	66,7 [^]	16	32,7 [*]	9	18,0
Утруднення дихання	29	43,3 [*]	12	66,7 [^]	17	34,7 [*]	5	10,0
Порушення травлення	39	58,2 [*]	13	72,2 [*]	26	53,1 [*]	9	18,0
Непритомність	21	31,3 [*]	9	50,0 [^]	12	24,5 [*]	2	4,0
Мiгрень	41	61,2 [*]	13	72,2 [*]	28	57,1 [*]	9	18,0
Втомлюваність	43	64,2 [*]	15	83,3 [^]	28	57,1 [*]	11	22,0
Порушення сну	50	74,6 [*]	17	94,4 [^]	33	67,3 [*]	9	18,00

Примітка. * – статистично достовірна різниця щодо відповідного показника контролю ($p < 0,05$); ^ – статистично достовірна різниця щодо відповідного показника жінок 2-ї підгрупи ($p < 0,05$).

Ді [2,37; 27,15]). Звертає увагу те, що лише у підгрупі з акушерськими і перинатальними ускладненнями була 1 (5,6 %) жінка з високим рівнем депресії.

Концепція якості життя (ЯЖ) викликала великий інтерес медичної спільноти, оскільки дала можливість оцінити стан пацієнта не тільки на підставі симптомів хвороби, а й з огляду на внутрішню картину хвороби з погляду самого пацієнта як автономного та повноправного учасника діагностичного та лікувального процесу. Концепція ЯЖ дозволила медицині піднятися на новий рівень дослідження впливу стану здоров'я на відчуття добробуту та усвідомлення пацієнтом ступеня задоволення його фізичних, психічних, соціальних потреб. Дослідження ЯЖ в даний час широко використовується у всіх галузях медицини для оцінки ефективності та безпеки діагностики, лікування, профілактики, реабілітації пацієнтів із різною патологією, може виступати як критерій одужання або ремісії, застосовуватися для прогнозування перебігу хвороби, а також бути основою для фармако-економічного аналізу.

Багаторічний досвід застосування різних опитувальників у медицині показав, що «золотим стандартом» є не-

специфічний опитувальник MOS SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status), який містить 36 питань, що відображають різні фізичні та психічні аспекти життя пацієнтів. Цей опитувальник пройшов повний цикл культурної адаптації у різних країнах. ЯЖ не є показником тяжкості перебігу хвороби, функціонального статусу пацієнта, це відображення суб'єктивної оцінки пацієнтом свого стану. Не слід також проводити паралелі між ЯЖ та матеріальним благополуччям пацієнта.

З даних оцінки ЯЖ пацієнок з доброякісними новоутвореннями яєчників, які наведені у таблиці 2, видно, що за більшістю ознак як фізичного, так і психологічного благополуччя вона суттєво нижча відносно вагітних контрольної групи. Найнижче у фізичному компоненті ЯЖ пацієнтки основної групи оцінювали рольове функціонування, зумовлене фізичним станом, а пацієнтки підгрупи 1 – відчуття інтенсивності болю 41 [35; 55] проти 54 [49; 62] балів у підгрупі 2 ($p < 0,05$). У психологічному компоненті жінки основної групи найнижче оцінювали життєву активність, а жінки підгрупи 1 життєву активність та психічне здоров'я.

Таблиця 2. Оцінка ЯЖ пацієнтками досліджуваних груп, Me [Q1–Q3] балів

Показник	Основна група, n=67	1-ша підгрупа, n=18	2-га підгрупа, n=49	Контрольна група, n=50
ФІЗИЧНИЙ КОМПОНЕНТ				
Фізичне функціонування	54 [42; 61]*	48 [38; 52]*^	60 [52; 70]	64 [56; 73]
Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом	48 [37; 56]*	45 [38; 56]*	53 [45; 60]	58 [45; 70]
Інтенсивність болю	49 [42; 60]	41 [35; 55]*^	54 [49; 62]	54 [50; 65]
Загальний стан здоров'я	51 [44; 59]	47 [40; 56]*	58 [48; 66]	62 [58; 76]
ПСИХОЛОГІЧНИЙ КОМПОНЕНТ				
Життєва активність	52 [43; 57]*	44 [62; 86]*^	68 [50; 80]	68 [50; 78]
Соціальне функціонування	53 [45; 61]*	46 [73; 57]*^	62 [58; 70]	66 [58; 80]
Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом	57 [48; 65]	50 [42; 66]*	60 [52; 70]	63 [57; 70]
Психічне здоров'я	54 [45; 63]	44 [34; 50]*^	63 [50; 75]	62 [52; 74]

Примітка. * – різниця достовірна відносно показника жінок контрольної групи ($p < 0,05$); ^ – різниця достовірна відносно показника жінок групи порівняння ($p < 0,05$).

ВИСНОВКИ. Таким чином, ми встановили у вагітних із доброякісними новоутвореннями яєчників та гестаційними порушеннями високу частоту виражених проявів синдрому вегето-судинної дисфункції. За більшістю ознак як фізичного, так і психологічного благополуччя та за інтегральними показниками виявлено суттєво знижену якість життя.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.

Отримані результати вказують на необхідність оптимізації лікувально-діагностичного комплексу для вагітних із доброякісними новоутвореннями яєчників з метою зниження частоти акушерських і перинатальних ускладнень із включенням заходів психокорекції, що і є метою подальших досліджень.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Блох М. Е. Психологическая помощь в комплексном подходе к решению проблем репродуктивного здоровья / М. Е. Блох, И. В. Добряков // Журнал акушерства и женских болезней. – 2013. – Т. 62, № 3. – С. 16–19.

2. Бойчук О. Г. Психоемоційний стан жінок з внутрішньопечінковим холестаазом, вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій / О. Г. Бойчук, Т. В. Коломійченко, Н. Е. Н. Ебає // Здоров'я жінки. – 2020. – № 4 (150). – С. 31–35.

3. Особенности психоэмоционального состояния беременных с перинатальными потерями в анамнезе / В. В. Каминский, И. Б. Венцовская, А. И. Жданович [и др.] // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2020. – Т. 11, № 1. – С. 66–74.

4. Камінський А. В. Психологічна адаптація та особливості синтезу мелатоніну у жінок з безпліддям різного генезу / А. В. Камінський // Запорізький медичний журнал. – 2018. – Т. 20, № 6 (111). – С. 800–805.

5. Перинатальні втрати в анамнезі як фактор порушення адаптації плода / В. В. Камінський, О. І. Жданович, Л. І. Воробей [та ін.] // Репродуктивна ендокринологія. – 2019. – № 3 (47). – С. 48–52.

6. Venger O. Psychological and psychopathological features of patients with skin cancer / O. Venger, I. Zhulkevych, Yu. Mysula // Georgian Medical News. – 2021. – Vol. 315 (6). – P. 29–33.

7. Алгоритм оцінки сімейного статусу родини з онкологічним пацієнтом / І. Р. Мухаровська, М. В. Маркова, Т. Г. Кривоніс, І. В. Жулкевич // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2020. – № 1. – С. 18–23.

8. Психосоматика и психотерапия как ключ к эффективной реабилитации онкогинекологических больных / А. Г. Солопова, Л. Э. Идрисова, А. Д. Макацария, Е. М. Чуканова // Акушерство, гинекология и репродукция. – 2017. – № 11 (1). – С. 65–73.

9. Суханова А. А. Роль гепатопротекторного та венотонізуючого лікування у профілактиці рецидивів доброякісних і пограничних пухлин яєчників після виконання консервативних органозберігальних операцій / А. А. Суханова,

М. Ю. Єгоров // Здоровье женщины. – 2018. – № 7. – С. 89–95. DOI: 10.15574/HW.2018.133.89.

10. Effects of psychological stress on adverse pregnancy outcomes and nonpharmacologic approaches for reduction: an expert review / C. S. Traylor, J. D. Johnson, M. C. Kimmel, T. A. Manuck // Am. J. Obstet. Gynecol. MFM. – 2020. – Vol. 2 (4). – 100229. DOI: 10.1016/j.ajogmf.2020.100229.

11. Evaluation of IOTA simple ultrasound rules to distinguish benign and malignant ovarian tumours / S. Garg, A. Kaur, J. Kaur Mohi [et al.] // J. Clin. Diagn. Res. – 2017. – Vol. 11 (8). – P. TC06–TC09. DOI: 10.7860/JCDR/2017/26790.10353.

12. Giuntoli R. Evaluation and management of adnexal masses during pregnancy / R. Giuntoli, R. Vang, R. Bristow // Clin. Obstet. Gynecol. – 2006. – Vol. 49 (3). – P. 492–505.

13. First international consensus report on adnexal masses: management recommendations / P. Glanc, B. Benacerraf, T. Bourne [et al.] // J. Ultrasound. Med. – 2017. – Vol. 36 (5). – P. 849–863.

14. Kelleher C. M. Adnexal masses in children and adolescents / C. M. Kelleher, A. M. Goldstein // Clin. Obstet. Gynecol. – 2015. – Vol. 58 (1). – P. 76–92.

15. Le T. No. 230-Initial evaluation and referral guidelines for management of pelvic/ovarian masses / T. Le, C. Giede // J. Obstet. Gynaecol. Can. – 2018. – Vol. 40 (3). – P. e223–e229.

16. Lecompte V. Adverse effect of high migration stress on mental health during pregnancy: a case report / V. Lecompte, Z. Richard-Fortier, C. Rousseau // Arch. Womens Ment. Health. – 2017. – Vol. 20 (1). – P. 233–235.

17. New insights in the pathophysiology of ovarian cancer and implications for screening and prevention / F. R. Nezhat, R. Apostol, C. Nezhat, T. Pejovic // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2015. – Vol. 213 (3). – P. 262–267.

18. Use of IOTA simple rules for diagnosis of ovarian cancer: meta-analysis / A. Nunes, N. Ambler, G. Foo [et al.] // Ultrasound Obstet. Gynecol. – 2014. – Vol. 44 (5). – P. 503–514.

19. Okun M. L. Identifying insomnia in early pregnancy: validation of the Insomnia Symptoms Questionnaire (ISQ) in pregnant women / M. L. Okun, D. J. Buysse, M. H. Hall // J. Clin. Sleep. Med. – 2015. – Vol. 11 (6). – P. 645–654.

REFERENCES

1. Blokh, M.E., & Dobriakov, Y.V. (2013). Psikhologicheskaya pomoshch v kompleksnom podkhode k resheniyu problem reproduktivnogo zdorovya [Psychological assistance in an integrated approach to solving reproductive health problems]. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh bolezney – Journal of Obstetrics and Women's Diseases*, 62, 3, 16-19 [in Russian].

2. Boichuk, O.H., Kolomiichenko, T.V., & Nsan Ekom Nsed, E. (2020). Psykhoemotsiyni stan zhinok z vnutrishnopechinkovym kholestazom vahitnykh pislia zastosuvannia dopomizhnykh reproduktyvnykh tekhnolohii [Psycho-emotional state of women with intrahepatic cholestasis of pregnant women after the use of assisted reproductive technologies]. *Zdorovia zhinky – Women's Health*, 4 (150), 31-35. DOI: 10.15574/HW.2020.150.31.

3. Kamynskiy, V.V., Ventskovskaia, Y.B., Zhdanovych, A.Y., Vorobei, L.Y., & Kolomyichenko, T.V. (2020). Osobennosti psikhoeemotsionalnogo sostoyaniya beremennykh s perinatalnymi poteryami v anamneze [Peculiarities of psychoemotional status of pregnant women with perinatal losses in the history]. *«Psikhatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya – Psychiatry,*

Psychotherapy and Clinical Psychology, 11 (1), 66-74. DOI: <https://doi.org/10.34883/PI.2020.11.1.006>.

4. Kamynskiy, A.V. (2018). Psykhologichna adaptatsiia ta osoblyvosti syntezu melatoninu u zhinok z bezpliddiam riznoho henezu [Psychological adaptation and peculiarities of melatonin synthesis in women with infertility of various genesis]. *Zaporozhskiy meditsynskiy zhurnal – Zaporozhye Medical Journal*, 20, 6 (111), 800-805. DOI: 10.14739/2310-1210.2018.6.146703.

5. Kamynskiy, V.V., Zhdanovych, O.I., Vorobei, L.I., Kolomiichenko, T.V., & Rohava, I.V. (2019). Perynatalni vtraty v anamnezi yak faktor porushennia adaptatsii ploda [Perinatal losses in anamnesis as a factor of fetus adaptation damage]. *Reproduktyvna endokrynolohiia – Reproductive Endocrinology*, 3 (47), 48-52. DOI: <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2019.47.48-52> [in Ukrainian].

6. Venger, O., Zhulkevych, I., & Mysula, Yu. (2021). Psychological and psychopathological features of patients with skin cancer. *Georgian Medical News*, 315 (6), 29-33.

7. Mukharovska, I.R., Markova, M.V., Krivonis, T.G., &

- Zhulkevych, I.V. (2020). Alhorytm otsinky simeinoho statusu rodyny z onkolohichnym patsientom [Algorithm for assessment family status of families with cancer patient]. *Visnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy – Bulletin of Social Hygiene and Health Protection Organization of Ukraine*, 1, 18-23. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2020.1.11200> [in Ukrainian].
8. Solopova, A.G., Idrisova, L.E., Makatsariya, A.D., & Chukanova, Ye.M. (2017). Psikhosomatika i psikhoterapiya kak klyuch k effektivnoy reabilitatsii onkoginekologicheskikh bolnykh [Psychosomatics and psychotherapy as a key to effective rehabilitation of oncogynecological patients]. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduksiya – Obstetrics, Gynecology and Reproduction*, 11 (1), 65-73. DOI: <https://doi.org/10.17749/2313-7347.2017.11.1.065-073>.
9. Sukhanova, A.A., & Egorov, M.Yu. (2018). Rol hepatoprotekornoho ta venotonizuiuchoho likuvannia u profilaktytsi retsydyviv dobroiakisnykh i pohranychnykh pukhlyn yaiechnykh pislia vykonannia konservatyvnykh orhanozberihalnykh operatsii [The role of hepatoprotective and venotonic treatment in the prevention of recurrence of benign and borderline ovarian tumors after performing conservative organ-sparing operations]. *Zdorove zhenshchyny – Women's Health*, 7, 89-95. DOI: [10.15574/HW.2018.133.89](https://doi.org/10.15574/HW.2018.133.89) [in Ukrainian].
10. Traylor, C.S., Johnson, J.D., Kimmel, M.C., & Manuck, T.A. (2020). Effects of psychological stress on adverse pregnancy outcomes and nonpharmacologic approaches for reduction: an expert review. *Am. J. Obstet. Gynecol. MFM.*, 2 (4), 100229. DOI: [10.1016/j.ajogmf.2020.100229](https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100229).
11. Garg, S., Kaur, A., Mohi, J.K., Sibia, P.K., & Kaur, N. (2017). Evaluation of IOTA simple ultrasound rules to distinguish benign and malignant ovarian tumours. *J. Clin. Diagn. Res.*, 11 (8), TC06-TC09. DOI: [10.7860/JCDR/2017/26790.10353](https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/26790.10353).
12. Giuntoli, R., Vang, R., & Bristow, R. (2006). Evaluation and management of adnexal masses during pregnancy. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 49 (3), 492-505. DOI: [10.1097/00003081-200609000-00009](https://doi.org/10.1097/00003081-200609000-00009).
13. Glanc, P., Benacerraf, B., Bourne, T., Brown, D., Coleman, B.G., Crum, C., ..., & Goldstein, S.R. (2017). First international consensus report on adnexal masses: management recommendations. *J. Ultrasound. Med.*, 36 (5), 849-863. DOI: [10.1002/jum.14197](https://doi.org/10.1002/jum.14197).
14. Kelleher, C.M., & Goldstein, A.M. (2015). Adnexal masses in children and adolescents. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 58 (1), 76-92. DOI: [10.1097/GRF.0000000000000084](https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000084).
15. Le, T., & Giede, C. (2018). No. 230-Initial evaluation and referral guidelines for management of pelvic/ovarian masses. *J. Obstet. Gynaecol. Can.*, 40 (3), e223-e229. DOI: [10.1016/j.jogc.2018.01.016](https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.01.016).
16. Lecompte, V., Richard-Fortier, Z., & Rousseau, C. (2017). Adverse effect of high migration stress on mental health during pregnancy: a case report. *Arch. Women's Ment. Health.*, 20 (1), 233-235. DOI: [10.1007/s00737-016-0671-z](https://doi.org/10.1007/s00737-016-0671-z).
17. Nezhat, F.R., Apostol, R., Nezhat, C., & Pejovic, T. (2015). New insights in the pathophysiology of ovarian cancer and implications for screening and prevention. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 213 (3), 262-267. DOI: [10.1016/j.ajog.2015.03.044](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.03.044).
18. Nunes, N., Ambler, G., Foo, X., Naftalin, J., Widschwendter, M., & Jurkovic, D. (2014). Use of IOTA simple rules for diagnosis of ovarian cancer: meta-analysis. *Ultrasound. Obstet. Gynecol.*, 44 (5), 503-514. DOI: [10.1002/uog.13437](https://doi.org/10.1002/uog.13437).
19. Okun, M.L., Buysse, D.J., & Hall, M.H. (2015). Identifying insomnia in early pregnancy: validation of the Insomnia Symptoms Questionnaire (ISQ) in pregnant women. *J. Clin. Sleep. Med.*, 11 (6), 645-654. DOI: [10.5664/jcsm.4776](https://doi.org/10.5664/jcsm.4776).

Отримано 12.08.21

Прийнято до друку 15.09.21

Електронна адреса для листування: Dana3252@gmail.com