

Психологічні складові невиношування вагітності. Шляхи подолання

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

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

Звичне невиношування вагітності є потужним стресовим станом та фактором фрустрації для полишених радості батьківства родин. Психоемоційний стан вагітної суттєво впливає на перебіг вагітності та визначає майбутні сценарії її наслідків. Враховуючи, що психологічна складова піддається корекції, визначення шляхів подолання стресу є перспективним напрямком попередження репродуктивних втрат.

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

Матеріали і методи. Рівень хронічного стресу досліджено за показниками психоемоційного напруження, стану вегетативної нервової системи, ступеня активації стрес-реалізуючих систем у вагітних з клінічними проявами загрози переривання вагітності і репродуктивними втратами в анамнезі (основна група) та у вагітних з фізіологічним перебігом гестації і неускладненим анамнезом (контроль). Результати оцінено за шкалою «PSS», «PSM-25» в адаптації Н.Е. Водоп'янової, шкалою Спілбергера - Ханіна, шкалою Л.Д. Малкової, індексом Баєвського, вмістом кортизолу у крові та сечі. Враховуючи, що невиношування вагітності є мультифакторним захворюванням, а його психологічна складова піддається корекції, - до комплексу лікування включено немедикаментозну стрес-протективну терапію. З метою оцінки ефективності лікування, в межах основної групи сформовано підгрупи: 1 - із застосуванням психотерапії, 2 - без психотерапії.

Результати. Високий рівень особистісної перцепції стресу, тривожності та астенії визначають психоемоційний стан вагітних основної групи. В межах основної групи встановлено два домінуючих психотипи: А - високий рівень тривожності та низька нейропсихічна резистентність; В - врівноваженість та гарні адаптивні здібності на тлі надмірного стресового навантаження. Немедикаментозна стрес-

протективна терапія в комплексі лікування невиношування сприяє: зниженню психоемоційного напруження у вагітних психотипу А - в 2,6 рази, рівня тривожності - в 1,7 рази, рівня астенії - 2,3 рази; а також: зниженню аналогічних показників у вагітних психотипу В - в 1,6 рази, в 3,9 рази та в 2,5 рази, відповідно, ($p < 0,05$); зниженню частоти передчасного переривання вагітності більше, ніж на 11 %.

Висновки. Психологічною складовою невиношування вагітності є високий рівень особистісної перцепції стресу, тривожності та астенії. Стрес-протективна терапія в комплексі з патогенетичною терапією невиношування покращує наслідки вагітності для матері і плода. Доцільним є проведення прегравідарної підготовки за участю психолога у жінок з репродуктивними втратами в анамнезі з метою подолання психологічної складової сприйняття стресу, розширення адаптаційного потенціалу, підвищення нервово-психічної стійкості, формування позитивної орієнтації на вагітність та материнство.

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

Psychological components of miscarriage. Ways to overcome

A. A. Zhivetskaya-Denisova, V. B. Tkachenko, I. I. Vorobyova

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

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

Materials and methods. The level of chronic stress was studied in pregnant women with symptoms of miscarriage and a habitual of reproductive losses (main group) based on indicators of psychoemotional state, the condition of the autonomic nervous system and the degree of activation of stress-implementing systems. The results were evaluated out using the scale "PSS", "PSM-25" in the adaptation of N.E. Vodopyanova, by Spielberger-Hanin scale and the scale of L.D. Malkova, of the Baevsky index, of the cortisol content in the blood and urine. The pregnant women with a physiological course of pregnancy and

uncomplicated history was included in the control group. Based on the fact that the etiology of habitual miscarriage is multifactorial, and the psychological component is amenable to correction, stress-protective therapy was included in the treatment complex of habitual miscarriage. To assess the effectiveness of treatment, within the main group were formed subgroups: 1 - with psychotherapy, 2 - without psychotherapy.

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

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

Key words: pregnancy, miscarriage, chronic stress, psychotherapy

Психологические составляющие невынашивания беременности. Пути преодоления

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

Привычное невынашивание беременности является мощным фактором фрустрации у супружеских пар. Психоэмоциональное состояние беременной влияет на течение последующей беременности и ее исход. Перспективным направлением

предупреждения репродуктивных потерь является коррекция психологической составляющей невынашивания беременности.

Цель исследования - изучить психологические составляющие невынашивания беременности; определить пути коррекции.

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

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

Выводы. Психологической составляющей невынашивания беременности является высокий уровень личностной перцепции стресса, тревожности и астении. Стресс-протективная терапия в комплексе с патогенетической терапией

невынашивания улучшает исходы беременности для матери и плода. Целесообразным является проведение прегравидарной подготовки с участием психолога у женщин с репродуктивными потерями в анамнезе с целью преодоления психологической составляющей восприятия стресса, расширения адаптационного потенциала, повышения нервно-психической устойчивости, формирования позитивной ориентации на беременность и материнство.

Ключевые слова: невынашивание беременности, хронический стресс, психотерапия.

В умовах різкого зниження народжуваності, забезпечення та всебічне сприяння реалізації жіночої функції материнства, - є основним завданням сучасного акушерства. Незважаючи на чисельні наукові дослідження, невиношування вагітності (НВ) залишається однією з найважливіших проблем акушерської науки [1,2]. Прямі репродуктивні втрати від НВ щороку становлять 36-40 тисяч ненароджених бажаних дітей. Ризик втрати вагітності після першого викидня становить 13-17 %; при кожній наступній вагітності в разі звичного невиношування - 24-40 % [3-5]. Причини репродуктивних втрат надзвичайно різноманітні [6]. Ембріо-ендометріальні взаємовідносини регулюються за участю багатьох систем на аутокринному та паракринному рівнях [7,8]. Психоемоційний стан жінки, її настрій, тривожність, усвідомлення своєї материнської ролі впливає на перебіг вагітності, фізичне та психічне здоров'я дитини [9-11]. В умовах осмислення психологічної характеристики майбутньої матері важливе значення приділяється фізіологічній домінанті вагітності - психологічній складовій свідомого підходу до батьківства, яка формується напередодні вагітності, і керує усіма нейро-імуно-гормональними процесами, що відбуваються в системі «мати-плацента-плід» впродовж гестації. Насьогодні підтверджено безпосередній взаємозв'язок між стресом та втратою вагітності. В свою чергу, звичне НВ є потужним стресовим станом та фактором фрустрації для полишених радості батьківства родин [12-15].

Стрес є універсальним біологічним феноменом, сформованим в ході еволюції, як адаптаційно-пристосувальний процес. Емоційна сфера жінки належить до

первинної ланки адаптивних реакцій організму, що миттєво реагує на зміни умов існування, і визначає подальші гуморальні впливи. Однією з найважливіших функцій імуні-нейро-ендокриної системи є узгоджена дія її складових ланок у реакціях на стрес [16]. Психофізичний стан людини пов'язаний з корковими та підкорковими регуляторними центрами головного мозку, лімбічною системою, відділами вегетативної нервової системи, від діяльності яких залежить формування симпатіко-адреналової та ваго-інсулярної реакцій, що є механізмом адаптації у відповідь на стрес. Активація стрес-реалізуючих систем, збільшення синтезу катехоламінів є адекватною реакцією організму на стрес. У випадку, коли вагітність діє як надмірний подразник, - порушується функціональна активність симпатіко-адреналової системи. Надмірна секреція адреналіну і норадреналіну ініціює імунологічні девіації - активацію гуморального імунітету, пригнічення клітинного імунітету, зростання продукції низки цитокінів, що, своєю чергою, сприяє локальному запаленню, інтенсифікації апоптозу, результатом чого є пошкодження клітин і переривання вагітності.

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

Мета роботи

Дослідити психологічні складові невиношування вагітності та визначити шляхи їх усунення.

Матеріали і методи дослідження

Вагітні, що брали участь у дослідженні, перебували під спостереженням в ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України». Середній вік жінок - $(33,4 \pm 5,2)$ роки. Згідно дизайну дослідження вагітних поділено на групи: до основної групи увійшли 190 вагітних з клінічними проявами загрози переривання вагітності та обтяженим репродуктивним анамнезом; до контрольної групи - 30 вагітних з фізіологічним перебігом вагітності та неускладненим анамнезом.

Рівень хронічного стресу у обстежених досліджено за показниками психоемоційного напруження, стану вегетативної нервової системи та ступеня активації стрес-реалізуючих систем. Скринінг-діагностику рівня хронічного стресу проведено на підставі визначення рівня сприйнятого стресу, особистісної тривожності, астенії.

Рівень переживання стресу оцінено за шкалою «Perceived Stress Scale» (PSS, Cohen & Williamson, 1988) [17], за якою показник вищий за 32 бали відповідає високому рівню переживання стресу.

Рівень психоемоційного напруження в поточний період визначено за шкалою «PSM-25» в адаптації Н.Е. Водоп'янової, де показник менший за 100 балів вказує на психологічну адаптацію до стресових навантажень, 101-155 балів - середній рівень психоемоційного напруження, понад 155 балів - стан дезадаптації та психологічного дискомфорту [18].

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

Рівень астеничного стану оцінено за шкалою Л.Д. Малкової, адаптованою Т.Г. Чертовою за допомогою Мінесотського багатопрофільного особистісного опитувальника (MMPI), де 50 балів вказує на відсутність астенії, 51-75 балів - слабку, 76-100 балів - помірну, 101-120 балів - виразну астенію [20].

Стан вегетативної нервової системи досліджено за показниками частоти серцевих скорочень, артеріального тиску, зросту, ваги і віку; обчислено за допомогою індексу функціональних змін (ІФЗ) Баєвського [21]. ІФЗ менший за 2,6 балів вказує на задовільну адаптацію, 2,6-3,0 бали - напруження механізмів адаптації, 3,1-3,5 бали - незадовільну адаптацію, вищий за 3,5 бали - зрив адаптації.

Ступінь активації стрес-реалізуючих систем визначено за допомогою імуноферментного аналізу на підставі вимірювання базального рівня сироваткового кортизолу та концентрації кортизолу в добовій сечі.

Враховуючи, що психологічна складова піддається корекції, до патогенетичного лікування НВ включено немедикаментозну стрес-протективну

терапію, яка є доступною, ефективною і безпечною, та спрямована на обмеження надмірної стресової реакції і виношування вагітності. В залежності від обраного лікування, в межах основної групи сформовано підгрупи: 1 - вагітні, яким у комплекс лікування НВ включено психотерапію (рекомендована терапія); 2 - вагітні, яким психотерапію не проводили (базова терапія).

Найпершим кроком супроводу жінок з НВ було надання чітких рекомендацій з модифікації способу життя, без якої неможлива ефективна терапія стрес-індукованих розладів; медикаментозне лікування лише сприяє скорішому відновленню порушених функцій на клітинному, органному та системному рівнях. Складові сприйнятого стресу, що потребували корекції, поділено на категорії: психологічні, поведінкові та соціальні. Методи корекції складової сприйнятого стресу та модифікації способу життя, застосовані у жінок з НВ, представлено в таблиці 1.

Таблиця 1. Методи корекції сприйнятого стресу та модифікації способу життя у жінок з НВ

Складова впливу	Метод корекції
Психологічна	• психотерапія індивідуальна або групова з використанням рефреймінгу та створенням керованих психічних образів; • копінг-стратегія; • психологічна саморегуляція
Поведінкова	• рекомендації щодо організації режиму сну, праці та відпочинку; • рекомендації щодо харчового раціону; • рекомендації щодо усунення шкідливих звичок; • інструктаж з тайм-менеджменту; • усвідомлення особистої відповідальності та правомірності вимог психолога до пацієнтки; • рекреаційні заходи

Соціальна	• рекомендації щодо виходу із соціальної ізоляції та розширення кола соціальної підтримки
-----------	---

До немедикаментозних методів терапії психо-вегетативних порушень у жінок з НВ залучено дихальну гімнастику, прогресивну м'язову релаксацію, релаксацію за участю глибокого абдомінального дихання, масаж та фізіотерапевтичні процедури. Психологічна та м'язова релаксація сприяє: вивільненню венозної крові, депонованої при стресовому напруженні; оптимальному енергетичному забезпеченню функцій організму в разі здатності до підтримки адаптації; відновленню процесів оксигенації.

Результати клінічних досліджень оброблено статистично на ПК за допомогою пакету «Microsoft Excel-2016» та програми «BioStat» з використанням сучасних методів варіаційної статистики. Для порівняння абсолютних чисел між досліджуваними групами застосовано критерій Ст'юдента у правці Бонфероні; для порівняння в межах досліджуваної групи - парний критерій Ст'юдента. Для аналізу відносних показників застосовано метод кутового перетворення Фішера (ф). Різницю між двома порівнюваними показниками вважали достовірною при $p < 0,05$ (показник вірогідності вищий за 95 %). Пакет досліджень схвалено комісією з медичної етики ДУ «І ПАГ ім. акад. О.М. Лук'янової НАМНУ» (протокол № 3 від 07.06.2017 р.).

Результати

На протязі тривалого періоду невдалих репродуктивних спроб, неможливість народити здорову дитину від бажаної вагітності та страх перед наступною вагітністю були потужним стресовим фактором у жінок основної групи. В анамнезі у обстежених було від 2 до 9 вагітностей; на звичне невиношування страждали 35,8 % жінок. Втрачали вагітність в I триместрі - 76,3 % жінок, в II триместрі - 7,9 % жінок. В минулому, позаматкова вагітність сталась у 5,8 % жінок. Неплідних було 10,6 % подружніх пар, які неодноразово намагались завагітніти за допомогою сучасних допоміжних технологій. Передчасні пологи в анамнезі відбулись у 21,2 % жінок. В наслідку ранніх передчасних пологів діти народились мертвими у 100 % випадків. В наслідку пізніх передчасних пологів діти народились живими, але

глибоко недоношеними та потребували тривалої реабілітації. Інвалідами дитинства зростали 2 (5,6 %) малюки з церебральним паралічем.

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

За результатами дослідження у вагітних основної групи встановлено високий рівень особистісної перцепції стресу за шкалою PSS - $(39,8 \pm 0,4)$ бали, проти показника контролю - $(26,2 \pm 0,3)$ балів, ($p < 0,05$).

На підставі психоаналізу в межах основної групи визначено два домінуючих психотипи: А - високий рівень тривожності та низька нейропсихічна резистентність (60 % жінок); В - врівноваженість та гарні адаптивні здібності на тлі надмірного стресового навантаження (40 % жінок).

Показники стресового напруження, особистісної тривожності та астеничного стану у вагітних основної групи досліджено в залежності від психотипу та обраної терапії НВ.

Рівень стресового напруження за шкалою «PSM-25» у вагітних психотипу А і В напередодні лікування відповідав стану дезадаптації та психологічного дискомфорту (таблиця 2).

Таблиця 2. Показники стресового напруження у жінок з НВ впродовж вагітності в залежності від психотипу та обраної терапії, $M \pm m$, бали

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

B2	30	153,2±3,1	(146,2 ± ± 3,3) *	(124,8 ± ± 3,6) *	(120,8 ± ± 3,1) *	(126,2 ± ± 2,8) *
Примітки. * - Вірогідність відносно показника 1-ї підгрупи, (p< 0,05).						

Під впливом стрес-протективної терапії у вагітних підгрупи A1 та B1 показник психоемоційного напруження знизився на 31,1 % і 28,2 %, відповідно, проти зниження зазначеного показника у вагітних підгрупи A2 та B2 - на 12,0 % і 17,6 %, відповідно, (p<0,05). Психо-емоційне напруження у вагітних підгрупи A1 і B1 вже в I триместрі гестації знизилось з вкрай високого до середнього рівня, який зберігся до пологів.

Психо-емоційна напруга повільніше спадала у вагітних підгрупи A2 та B2, яким стрес-протективну терапію не проводили. Показник стресового напруження у них суттєво знизився лише наприкінці II триместру гестації, коли пройшли, так звані, «критичні» терміни попередніх репродуктивних втрат та намітилась тенденція до сприятливого виношування вагітності. Однак, після 36 тижнів знову зросло психоемоційне напруження у вагітних підгрупи A2, яке пов'язане із занепокоєністю відносно результату майбутніх пологів. До речі, вагітні психотипу А у II триместрі гестації перебували в стані більшого психологічного дискомфорту у зв'язку з минулими репродуктивними втратами в зазначений період, ніж жінки психотипу В.

Показники особистісної тривожності у жінок з НВ представлено в таблиці 3. Зазначимо, що високий рівень особистісної тривожності є характерною ознакою вагітних психотипу А. У вагітних психотипу В встановлено середній рівень особистісної тривожності.

Таблиця 3. Показники особистісної тривожності у жінок з НВ впродовж вагітності в залежності від психотипу та обраної терапії, М ± m, бали

Підгрупа вагітних	n	До лікування	Значення показника за терміном вагітності (тжн) на тлі лікування			
			до 12	13-24	25-36	37-40

A1	60	46,2 ± 2,2	38,4 ± 1,8	34,1 ± 1,8	30,2 ± 2,1	29,5 ± 2,9
A2	54	45,2 ± 2,8	39,6 ± 2,4	36,4 ± 2,6	35,6 ± 2,6	35,4 ± 2,9
B1	46	38,4 ± 1,8	32,4 ± 2,0	32,3 ± 2,1	30,4 ± 1,6	30,1 ± 2,2
B2	30	36,5 ± 1,9	36,2 ± 1,6	35,8 ± 1,9	34,6 ± 1,8	34,2 ± 2,6
Примітки. * - Вірогідність відносно показника 1-ї підгрупи, (p< 0,05).						

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

Завдяки м'якій анксиолітичній дії дідрогестерону [22], прийому новопаситу та модифікації способу життя, знизився рівень тривожності у вагітних підгрупи А2 та В2. Проте, як показали результати дослідження, для досягнення адекватного лікувального ефекту недостатньо призначати лише базову терапію НВ.

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

Таблиця 4. Показники астенізації у жінок з НВ впродовж вагітності в залежності від психотипу та обраної терапії, М ± m, бали

Підгрупа вагітних	n	До лікування	Значення показника за терміном вагітності (тжн) на тлі лікування			
			до 12	13-24	25-36	37-40

A1	60	108,4 ± 1,4	84,5 ± 2,9	76,2 ± 2,4	68,2 ± 2,2	66,3 ± 2,5
A2	54	104,6 ± 1,6	(100,4 ± ± 2,4) *	(88,6±3,4)*	(88,4± ± 2,4)*	(86,6±3,1)*
B1	46	78,4 ± 1,9	72,2 ± 1,8	65,1 ± 2,1	64,4 ± 2,2	60,9 ± 1,8
B2	30	82,6 ± 1,3	(79,6±1,5)*	(76,2±2,4)*	(75,8 ± ± 1,4)*	(75,2±1,8)*
Примітки. * - Вірогідність відносно показника 1-ї підгрупи, (p< 0,05).						

Найпершим лікувальним ефектом стрес-протективної терапії було покращення загального стану вагітної, відновлення працездатності та гарний настрій, що сприяло зниженню відчуття страху та тривожності, позитивному настрою на збереження вагітності.

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

Таблиця 5. Показники хронічного стресу у обстежених жінок, М ± m

Група жінок	n	Рівень сприйнятого стресу, бали	Рівень кортизолу	
			в сироватці, нмоль/л	в добовій сечі, нмоль/доба
Основна	76	(155,6±2,7) *	(345,8±6,1)*	(283,7±2,7)*
Контрольна	30	109,36±2,9	284,4±4,3	136,4±9,04
Примітки. * - Вірогідність відносно показника контролю, (p<0,05).				

Таким чином, між групами порівняння виявлено статистично значимі відмінності, які вказують на визначну роль психологічних факторів в розвитку НВ. Для подолання психологічної складової сприйняття стресу, вагітним основної групи до комплексу патогенетичного лікування НВ включено курс індивідуальної психотерапії із залученням спеціаліста-психолога. Метою психокорекції є розширення адаптаційного потенціалу, підвищення нервово-психічної стійкості, формування позитивної орієнтації на вагітність та материнство. Перевагу рекомендованої терапії НВ над базовою яскраво демонструють якісні показники завершення вагітності у жінок основної групи (таблиця 6).

Таблиця 6. Якісні показники завершення вагітності у обстежених жінок, абс.ч., %

Варіанти завершення вагітності	Підгрупа жінок		Різниця
	1-а (n=80)	2-а (n=73)	
Строкові пологи	75 (93,8%)*	45 (61,6%)	(+32,2%)
Передчасні пологи	4 (5,0%)*	12 (16,4%)	(-11,4%)
Мимовільні викидні, у тому числі:	1 (1,25%)*	9 (12,3%)	(-11,1%)
- у I триместрі;	1 (1,25%)*	7 (9,6%)	(-8,35%)
- у II триместрі	-	2 (2,7%)	(-2,7%)
Завмерла вагітність	-	7 (9,64%)	(-9,6%)
Примітки. * - Вірогідність відносно показника 2-ї підгрупи, ($p < 0,05$).			

Застосування індивідуальної психологічної корекції у комплексі патогенетичної терапії НВ дозволило знизити частоту передчасного переривання вагітності по різних нозологіям більше, ніж на 11 %.

Обговорення

Невиношування вагітності є універсальною, інтегрованою відповіддю жіночого організму на будь-яке виразне порушення стану здоров'я вагітної та плода, пов'язане з дією екзогенних або ендогенних факторів. Широкий спектр сучасної

патогенетичної терапії НВ є науковим досягненням останніх років [1-6,22]. Але, іноді медикаментозної терапії недостатньо.

Якщо розглядати вагітність як ситуацію, що призвела до особистісних змін та формування нового стану, можна визначити нову психологічну структуру - внутрішню картину вагітності, що відображає радикальні тілесні, емоційні зміни та їх сприйняття [9,10,12,20]. Психоемоційний стан жінки істотно впливає на перебіг вагітності і її результат. Звичне НВ є потужним стресовим станом та фактором фрустрації. Неможливість народити здорову дитину від бажаної вагітності викликає страх перед наступною вагітністю. В результаті нагромадження негативних переживань, у жінок з НВ формується патопсихологічний профіль і відповідна поведінка: підвищується тривожність, прогресує іпохондрія, знижується настрій та нервово-психічна стійкість. Від психологічної характеристики особистості, функціонування системи гормональної регуляції та тривалості стресового впливу залежить сила стрес-індукованих розладів. Так, у вагітних основної групи, які відчували психологічний дистрес протягом тривалого часу невдалих репродуктивних спроб, встановлено високий рівень особистісної перцепції стресу - $(39,8 \pm 0,4)$ бали за шкалою PSS.

Репродуктивна система жінки не приймає безпосередньо участь у стрес-реакції; проте, як і весь організм, під час стресу зазнає пошкодження. Стрес-реакція, незалежно від причини, має загальний патерн - є неспецифічною адаптивною реакцією організму, що супроводжується значним напруженням стрес-реалізуючих систем (симпато-адреналової та гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової), які координують гомеостаз та зміни його внутрішнього середовища. Дефіцит стрес-лімітуючих механізмів сприяє переходу еустресу у дистрес з розвитком патологічного процесу. Наслідком тривалого психологічного дистресу є висока особистісна тривожність, яку пояснює хвилювання відносно успішності нової вагітності та турбота про здоров'я майбутньої дитини. На підставі психоаналізу в межах основної групи визначено два домінуючих психотипи: А - жінки з високим рівнем тривожності та низькою нейропсихічною резистентністю (60 %); В - врівноважені жінки з гарними адаптивними здібностями, але надмірним стресовим

навантаженням (40 %). Рівень тривожності безпосередньо впливає на викид стрес-реалізуючих гормонів та активацію симпато-адреналової системи [10,16]. Висока тривожність, яка є особистісною рисою вагітних психотипу А, може бути причиною їхньої дезадаптації. В той же час, ситуативна тривожність, що по суті є фізіологічною реакцією на стрес, у випадку надмірного проявлення, також може бути причиною дезадаптації у вагітних психотипу А. Середній рівень особистісної тривожності визначено у вагітних психотипу В.

Встановлено, що рівень психоемоційного напруження за шкалою «PSM-25» у вагітних психотипу А та В відповідає стану дезадаптації та психологічного дискомфорту, що корелює з об'єктивними маркерами активації стрес-реалізуючих систем [10,16,18]. Вагітні психотипу А у другому триместрі гестації перебували в стані найбільшого психологічного дискомфорту, що пов'язано з репродуктивними втратами в минулому у зазначений період. Надмірну астенію нервової системи визначено у вагітних психотипу А; помірний астеничний стан - у вагітних психотипу В.

До вищого інтегративного центру стрес-реалізуючих систем віднесено гіпоталамус та гіпофіз, які контролюють гормональний гомеостаз. Хронічну гіперактивацію стрес-реалізуючих систем у 55,3 % жінок з НВ оцінено, як напруження механізмів адаптації; у 7,9 % жінок - як незадовільну адаптацію. На перебування стрес-реалізуючих систем в стані хронічного напруження у вагітних основної групи вказує високий вміст базального сироваткового кортизолу та підвищена екскреція кортизолу із сечею. Внутрішні стратегії поведінки вагітних з репродуктивними втратами в анамнезі виснажують механізми адаптації та негативно впливають на центральну регуляцію функціями організму, у тому числі репродуктивну, внаслідок чого запускається хибне коло переривання вагітності. Формування фізіологічної домінантності вагітності та її психологічного компонента на рівні нейрон-гормонально-імунної відповіді у жінок з НВ - є фактором вдалого проходження критичних термінів вагітності та розвитку плода. Доцільним є залучення немедикаментозної стрес-протективної терапії до комплексу лікувальних заходів, спрямованих на виношування вагітності. Основним саногенним механізмом

дії антистресової терапії є відновлення міжсистемної регуляції та активності вегетативних відділів нервової системи задля нормалізації периферійного кровообігу та тканинного дихання [68,69]. Метою психокорекції є розширення адаптаційного потенціалу, підвищення нервово-психічної стійкості, формування позитивної орієнтації на вагітність та материнство.

Перевагою комплексної терапії НВ (1) над базовою (2) є:

- зниження психоемоційного напруження у вагітних підгрупи А1 з різницею в 2,6 рази та у вагітних підгрупи В1 - в 1,6 рази, проти відповідного показника у вагітних підгрупи А2 та В2, ($p < 0,05$). Психоемоційне напруження у вагітних підгрупи А1 і В1 знизилось з вкрай високого до середнього рівня, який зберігся до пологів;

- суттєве зниження тривожності у вагітних підгрупи А1 з різницею в 1,7 рази та у вагітних підгрупи В1 - в 3,9 рази, проти відповідного показника у вагітних підгрупи А2 та В2, ($p < 0,05$). Після 24 тижнів гестації особистісна тривожність у вагітних підгрупи А1 і В1 була на низькому рівні;

- суттєве зниження рівня астенії у вагітних підгрупи А1 з різницею в 2,3 рази та у вагітних підгрупи В1 - в 2,5 рази, проти відповідного показника у вагітних підгрупи А2 та В2, ($p < 0,05$). У пацієнток підгрупи В1 спостерігали миттєвий ефект від терапії. У вагітних підгрупи А1 рівень астенії знижувався повільно і тільки після 24 тижнів досяг низьких значень;

- зниження частоти передчасного переривання вагітності по різних нозологіям більше, ніж на 11 %.

Таким чином, усвідомлення негативного впливу певних рис власного характеру за допомогою психологічних прийомів дозволяє значно знизити рівень стресу та досягти гармонійних міжособистісних відносин. Опанування ефективними проблемно-орієнтованими стратегіями поведінки, відмова від емоційно-орієнтованих стратегій дозволяє жінкам бути більш спокійними та стресостійкими. Індивідуальна стрес-протективна терапія в комплексі з патогенетичною терапією НВ знижує стресову напруженість, особистісну тривожність, рівень астенізації, покращує загальне самопочуття, підвищує настрій, налаштовує на виношування

вагітності і, як результат, зменшення симптомів загрози переривання в критичні періоди вагітності, зменшення судинних розладів та перинатальних втрат.

Висновки

1. Психологічною складовою невиношування вагітності є високий рівень особистісної перцепції стресу, тривожності та астенії.
2. Визначено 2 типи порушень психосоціальної адаптації при НВ: високо-тривожні з низькою нейропсихічною резистентністю та врівноважені з гарними адаптивними здібностями, але надмірним стресовим навантаженням.
3. Стрес-протективна терапія в комплексі з патогенетичною терапією НВ покращує наслідки вагітності для матері і плода.
4. Доцільним є проведення прегравідарної підготовки за участю психолога у жінок з репродуктивними втратами в анамнезі з метою подолання психологічної складової сприйняття стресу, розширення адаптаційного потенціалу, підвищення нервово-психічної стійкості, формування позитивної орієнтації на вагітність та материнство.

Перспективи подальших досліджень. Отримані результати можуть бути внеском в розробку індивідуальних підходів щодо реабілітації подружніх пар, заходів попередження репродуктивних втрат.

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

Конфлікт інтересів: відсутній.

Список літератури

1. Живецька-Денисова А.А., Воробйова І.І., Ткаченко В.Б., Рудакова Н.В. Невиношування вагітності: сучасні підходи до діагностики, профілактики та

- лікування. Перинатологія та педіатрія. 2017. № 2 (70). С. 91-98.
<https://doi.org/10.15574/pp.2017.70.91>
2. Воробйова І.І., Живецька-Денисова А.А., Ткаченко В.Б., Рудакова Н.В., Толкач С.М. Невиношування вагітності: сучасні погляди на проблему. Здоровье женщины. 2017. № 3 (119). С. 113-117. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zdzh_2017_3_24
3. Аганезов С.С., Аганезова Н.В. Возможности снижения риска преждевременных родов с позиции доказательной медицины. Акушерство и гинекология. 2015. № 4. С. 62-68.
4. Чечуга С.Б., Ночвина Е.А., Гамарелдин Абдалла Сали. Патогенетическая терапия невынашивания беременности у женщин с гипергомоцистеинемией и гестагенной недостаточностью. Здоровье женщины. 2012. № 5. С. 80-85.
http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zdzh_2012_5_19
5. Воробйова І.І., Скрипченко Н.Я., Лівшиць Л.А., Живецька-Денисова А.А., Писарева С.П., Ткаченко В.Б., Рудакова Н.В., Толкач С.М., Черненко Т.С. Імуногенетичні підходи до діагностики невиношування вагітності як мультифакторіального захворювання (методичні рекомендації). Київ. 2016. 36 с.
6. Михалевич С.И., Гришкевич А.Н., Марковская Т.В., Гракович Л.Г. Привычное невынашивание беременности: социальная проблема, медицинские решения. Медицинские новости. 2012. № 2. С. 12-18.
7. Живецька-Денисова А.А., Воробйова І.І., Ткаченко В.Б., Подольський Вол.В., Тиха В.Г. Плацента як дзеркало вагітності (Огляд літератури). Здоровье женщины. 2019. № 3. С. 101-106. <https://doi.org/10.15574/HW.2019.139.101>
8. Патология плаценты (современные аспекты) / под ред. Ю.Г. Антипкина, Т.Д. Задорожной, О.И. Парницкой. Киев: ООО «Атопол». 2016. 127 с.
9. Агаркова Л.А., Бухарина И.Ю., Ульянич А.Л., Вершкова Е.М., Толмачев И.В. Особенности качества жизни во взаимосвязи с показателями психоэмоционального состояния женщин на каждом триместре беременности. Вестник Кемеровского государственного университета. 2016. № 4. С. 108-119. <https://doi.org/10.21603/2078-8975-2016-4-108-119>

10. Шкуротенко О.С., Коваленко Н.П. Алекситимия в период беременности как механизм психологической защиты. Вестник психотерапии. 2016. № 59 (64). С. 75-86.
11. Ткаченко В.Б., Воробйова І.І., Коломійцева А.Г., Черненко Т.С. Особливості впливу деяких психологічних характеристик на формування пізніх акушерських ускладнень. Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 2012. №4 (6). С. 180-185.
12. Коренева Ю. Психологічне ставлення до материнства й ускладнені психостани вагітної жінки: теоретико-емпіричний аналіз проблеми. Психологічні перспективи. 2018. № 32. С. 149-161. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2018-32-149-161>
13. Куприянова И.Е., Ефанова Т.С., Захаров Р.И. Психотерапевтическая коррекция и реабилитация нарушений психического здоровья у беременных с угрозой невынашивания. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014. № 6(4). С. 46-50. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2014-4-46-50>
14. Торчинов А.М., Филиппова Г.Г., Цаголов В.А., Юрина Е.В. Роль психологической реабилитации в ведении беременности у женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе. Проблемы репродукции. 2015. № 21 (5). С. 132-136.
15. Тагирова З.М., Умаханова М.М., Филиппова Г.Г., Цидаева М.М. Оценка психологического статуса у беременных с невынашиванием беременности. Проблемы репродукции. 2018. № 24 (2). С. 108-111. <https://doi.org/10.17116/repro2018242108-111>
16. Chrousos G.P. Stress and Disorders of the Stress System. Nat. Rev. Endocrinology. 2009. Vol. 5. P. 374-381. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2009.106>
17. Perceived stress in a probability sample of the United States / S. Cohen, G. M. Williamson, S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.). The social psychology of health: Claremont Symposium on Applied Social Psychology (pp. 3-67). Newbury Park, CA: Sage. 1988.
18. Водопьянова Н.В. Психодиагностика стресса. СПб. 2009. 336 с. ISBN 978-5-388-00542-7

19. Диагностика эмоционально-нравственного развития / под ред. И.Б. Дерманова. СПб.: «Речь». 2002. 124-126. ISBN 5-9268-0103-6.
20. Психосоматика: новейший справочник / под ред. И.Г. Малкиной-Пых. М: «Эксмо». 2003. 928 с. ISBN 5-699-04298-9
21. Оценка адаптационных возможностей организма и риска развития заболеваний / под ред. Р.М. Баевского, А. П. Берсеновой. М. 1997. 236 с.
22. Полушкина Е.С., Шмаков Р.Г. Роль дидрогестерона в привычном невынашивании беременности. Медицинский Совет. 2020. № 3. С. 74-77. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2020-3-74-77>

References

1. Zhivetskaya-Denisova, A.A., Vorobyova, I.I., Tkachenko, V.B., & Rudakova, N.V. (2017). Nevynoshuvannia vahitnosti: suchasni pidkhody do diahnostyky, profilaktyky ta likuvannia [Miscarriage of pregnancy: modern approaches to diagnostics, prevention, treatment]. Perynatolohiia i pediatriia - Perinatology and Pediatric. Ukraine, 2, 91-98. <https://doi.org/10.15574/pp.2017.70.91> [In Ukrainian].
2. Vorobyova, I.I., Zhivetskaya-Denisova, A.A., Tkachenko, V.B., Rudakova, N.V., & Tolkach, S.M. (2017). Nevynoshuvannia vahitnosti: suchasni pohliady na problemu (Ohliad literatury) [Miscarriage of pregnancy: current views on the problem (literature review)]. Zdorovie zhenshyny - Health of woman, 3, 113-117. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zdzh_2017_3_24 [In Ukrainian].
3. Aganezov, S.S., & Aganezova, N.V. (2015). Vozmozhnosti snizheniya riska prezhdevremennyh rodov s pozicii dokazatelnoj medicyny [Opportunities to reduce the risk of premature birth from the perspective of evidence-based medicine]. Akusherstvo i ginekologiya - Obstetrics and Gynecology, 4, 62-68 [In Russian].
4. Chechuga, S.B., Nochina, E.A., & Sali Abdallah. (2012). Patogeneticheskaya terapiya nevnashivaniya beremennosti u zhenshin s gipergomocisteinemiej i gestagennoj nedostatochnostyu [Pathogenetic therapy of miscarriage in women with hyperhomocysteinemia and progesterone deficiency]. Zdorovie zhenshyny - Health of woman, 5 (71), 80-85. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zdzh_2012_5_19 [In Ukrainian].

5. Vorobyova, I.I., Skripchenko, N.Ya., Livshits, L.A., Zhivetskaya-Denisova, A.A., Pisareva, S.P., Tkachenko V.B., et al. (2016). Imuno-henetychni pidkhody do diahnostryky nevyynoshuvannya vahitnosti yak multyfaktorialnoho zakhvoriuvannya (metodychni rekomendatsii) [Immuno-genetic approaches to the diagnosis of miscarriage as a multifactorial illness]. Kyiv [In Ukrainian].
6. Mihalevich, S.I., Hryshkevich, A.N., Markovskaya, T.V., & Grakovich, L.G. (2012). Privychnoe nevyynashivanie beremennosti: socialnaya problema, medicinskie resheniya. [Habitual miscarriage of pregnancy: social problem, medical decisions]. Medicinskie novosti - Medical News, 2, 12-18 [In Russian].
7. Zhivetskaya-Denisova, A.A., Vorobyova, I.I., Tkachenko, V. B., Podolskyi, V.V., & Tykha, V.G. (2019). Platsenta yak dzerkalo vahitnosti (Ohliad literatury) [Placenta - mirror of pregnancy (literature review)]. Zdorovie zhenshyny - Health of woman, 3, 101-106. <https://doi.org/10.15574/HW.2019.139.101> [In Ukrainian].
8. Antipkin, Yu.G., Zadorozhnaya, T.D., & Parnitskaya, O.I. (2016). Patologiya placenty (sovremennye aspekty) [Pathology of placenta: modern aspects]. Kyiv: Atopol [In Russian].
9. Agarkova, L. A., Buharina¹, I. Yu., Ulianich, A.L., Elena M. Bershkova, & Tolmachev I. V. (2016). Osobennosti kachestva zhizni vo vzaimosvyazi s pokazatelyami psihoemocionalnogo sostoyaniya zhenshin na kazhdom trimestre beremennosti [Features of quality of life interrelated with indicators of psychoemotional state of women in the period of every trimestre of pregnancy]. Vestnik Kemerovskogo gosudarstvennogo universiteta - Bulletin of Kemerovo State University, 4, 108-119. <https://doi.org/10.21603/2078-8975-2016-4-108-119> [In Russian].
10. Shkurotenko, O.S., & Kovalenko N.P. (2016). Aleksitimiya v period beremennosti kak mehanizm psihologicheskoy zashity [Aleksitimiya during pregnancy, as the mechanism of psychological protection]. Vestnik psihoterapii - Bulletin of Psychotherapy, 59 (64), 75-86 [In Russian].
11. Tkachenko, V. B., Vorobieva, I.I., Kolomiytseva, A.G., & Chernenko T.S. (2012). Osoblyvosti vplyvu deiakyykh psykholohichnykh kharakterystyk na formuvannya piznykh akusherskykh uskladnen [Effects of some psychological characteristics on formation of

late obstetrical complications]. Neonatolohiia, khirurgiia ta perynatalna medytsyna - Neonatology, Surgery and Perinatal Medicine, 4 (6), 180-185 [In Ukrainian].

12. Koreneva J. (2018). Psykholohichne stavlennia do materynstva y uskladneni psykhostany vahitnoi zhinky: teoretyko-empyrychnyi analiz problemy [Psychological Attitude to Maternity and Complicated Mental States of a Pregnant Woman: Theoretical and Empirical Analysis of the Problem]. Psykholohichni perspektyvy - Psychological Prospects Journal, 32, 149-161. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2018-32-149-161> [In Ukrainian].

13. Kupriyanova, I.E., Ephanova, R.I., & Zaharov, R.I. (2014). Psihoterapevticheskaya korrekciya i reabilitaciya narushenij psihicheskogo zdorovya u beremennyh s ugrozoi nevnashivaniya [Psychotherapeutic correction and rehabilitation of mental disorders in pregnant women with threatened miscarriage]. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika - Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics, 6(4), 46-50. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2014-4-46-50> [In Russian].

14. Torchinov, A.M., Philippova, G.G., Tsagolov, V.A., & Urina, E.V. (2015). Rol psihologicheskoi reabilitatsii v vedenii beremennosti u zhenshin s nerazvivayushejsya beremennostyu v anamneze [The role of psychological rehabilitation in the management of pregnant women with the missed abortion history]. Problemy reproduktiv - Russian Journal of Human Reproduction, 21(5), 132-136 [In Russian].

15. Tagirova, Z.M., Umahanova, M.M., Philippova, G.G., & Tzidaeva, M.M. (2018). Ocenka psihologicheskogo statusa u beremennyh s nevnashivaniem beremennosti [Assessment of the psychological status of pregnant women with miscarriage]. Problemy Reproduktsii - Russian Journal of Human Reproduction, 24(2), 108-111. <https://doi.org/10.17116/repro20182421087-111> [In Russian].

16. Chrousos, G.P. (2009). Stress and Disorders of the Stress System. Nat. Rev. Endocrinology, 5, 374-381. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2009.106>

17. Cohen, S., Williamson, G., Spacapan, S. & Oskamp, S. (1988). Perceived Stress in a Probability Sample of the United States. The Social Psychology of Health: Claremont Symposium on Applied Social Psychology (pp. 31-67). Newbury Park, CA: Sage.

18. Vodopjanova N.E. (2009). Psihodiagnostika stressa [Psychodiagnostics of Stress]. SPb. ISBN 978-5-388-00542-7 [In Russian]. (2002).
19. Dermanov I.B. (2002). Diagnostika emocionalno-nravstvennogo razvitiya [Diagnostic of emotional and moral development]. SPb: Speech, 124-126. ISBN 5-9268-0103-6 [In Russian].
20. Malkina-Pyh I.G. (2002). Psihosomatika: novejsij spravocnik [Psychosomatics: the latest guide]. Moscow: Exmo. ISBN 5-699-04298-9 [In Russian].
21. Baevsky, R. M., Bersenova, A. P. (1997). Ocenka adaptacionnyh vozmozhnostej organizma i riska razvitiya zabolevanij [Assessment of the body's adaptive capabilities and the risk of developing diseases]. Moscow [In Russian].
22. Polushkina, E.S., & Shmakov, R.G. (2020). Rol didrogesterona v privychnom nevyynashivani beremennosti. [The role of dydrogesterone in habitual miscarriage]. Meditsinskiy sovet - Medical Council, 3, 74-77. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2020-3-74-77> [In Russian].

Відомості про авторів:

Живецька-Денисова А. А., канд. мед. наук, старший науковий співробітник відділення наукових проблем невиношування вагітності, ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ.

*e-mail: alla.zhivetskaya.denisova@gmail.com

ORCID ID: 0000-0001-8418-5740

Ткаченко В. Б., канд. мед. наук, ведучий науковий співробітник відділення наукових проблем невиношування вагітності, ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ.

ORCID ID: 0000-0001-6622-9324

Воробйова І. І., д-р мед. наук, керівник відділення наукових проблем невиношування вагітності, ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», м. Київ.

ORCID ID: 0000-0002-6836-5845

Information about authors:

Zhivetskaya-Denisova A. A. MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Scientific Problems of Miscarriage, SI “Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named academic E.M. Lukyanova National Academy of Medical Sciences of Ukraine”, Kyiv.

Tkachenko V. B., MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Scientific Problems of Miscarriage, SI “Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named academic E.M. Lukyanova National Academy of Medical Sciences of Ukraine”, Kyiv.

Vorobyova I. I., MD, PhD, DSc, Head of the Department of Scientific Problems of Miscarriage SI “Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology named academic E.M. Lukyanova National Academy of Medical Sciences of Ukraine”, Kyiv.

Сведения об авторах:

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

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

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

Алла Антонівна Живецька-Денисова alla.zhivetskaya.denisova@gmail.com тел. +380-50-351-43-72
Ткаченко Вікторія Борисівна
Воробйова Ірина Іванівна