

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Острозька академія»
Навчально-науковий інститут соціально-гуманітарного менеджменту
Кафедра громадського здоров'я та фізичного виховання

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня магістра
на тему: **«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СОМАТИЧНОГО ТА ПСИХІЧНОГО
ЗДОРОВ'Я МАТЕРІ ТА ДИТИНИ»**

Виконала студентка 2 курсу, групи ЗМГЗ-2
спеціальності 229 Громадське здоров'я
освітньо-професійної програми
«ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»
Вівсянник Інна Володимирівна

Керівник – завідувач кафедри громадського здоров'я та
фізичного виховання професор, д.м.н.
Гущук Ігор Віталійович
Рецензент – доктор мед. наук, професор,
Григус Ігор Михайлович

"РОБОТА ДОПУЩЕНА ДО ЗАХИСТУ"

**Завідувач кафедри громадського здоров'я
та фізичного виховання**

(підпис)

(професор, д.м.н. Гущук І.В)

Протокол № ____ від « ____ » _____ 2025 р.

Острог, 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ І ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я МАТЕРІ ТА ДИТИНИ (огляд літератури).....	9
1.1 Вплив стану соматичного здоров'я матері на перебіг вагітності та пологів, стан плода і новонародженого.....	9
1.2 Психологічний стан як складова репродуктивного здоров'я жінки в умовах довготривалого стресу війни.....	16
1.3 Сучасні підходи до профілактики впливу довготривалого стресу у вагітних і породіль для збереження соматичного і психічного здоров'я матері та дитини.....	22
РОЗДІЛ 2 СТАН СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я МАТЕРІВ ТА ДІТЕЙ РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСТІ В УМОВАХ ДОВГОТРИВАЛОГО СТРЕСУ ВІЙНИ.....	26
2.1 Особливості соматичного здоров'я жінок Рівненської області під час вагітності в умовах війни.....	26
2.2. Стан соматичного здоров'я та перебіг пологів і післяпологового періоду у жінок Рівненської області за 2014 – 2024 роки.....	40
2.3. Особливості стану плода і здоров'я новонароджених Рівненської області в умовах війни.....	50
РОЗДІЛ 3 ПРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ, ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ, СТАНУ ПЛОДА І НОВОНАРОДЖЕНОГО У ЖІНОК РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	60
3.1. Клінічна характеристика жінок Рівненської області.....	60
3.2. Перебіг вагітності та пологів у жінок Рівненської області, які бажали бути залученими до оцінки їхнього психологічного стану.....	64
3.3 Відомості про стан новонароджених у жінок досліджуваних груп.....	71
3.4 Психічне здоров'я матерів Рівненської області в умовах війни.....	73
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	87
ВИСНОВКИ.....	88
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	91
ДОДАТКИ	

ВСТУП

Питання охорони здоров'я матері та дитини в Україні є пріоритетним як для науковців, так і для лікарів-практиків. Особливої актуальності набувають питання здоров'я матері та дитини під час російської війни в Україні, яка триває вже понад 10 років. Сьогодні на найбільшу увагу заслуговують безпосередні наслідки війни – загибель тисяч військових і цивільних українців, серед яких жінки та діти, численна кількість біженців і внутрішніх переселенців, окупація майже 20% території країни, зруйновані міста і села, вагомі економічні збитки. Водночас відбувається зростаюче погіршення стану здоров'я населення України. Перебування в стані гострого персистентного стресу бойових дій, страху за своє та життя рідних людей, невпевненість в майбутньому дітей, погіршення якості та кількості харчування - далеко не повний перелік факторів, які негативно впливають на стан репродуктивного здоров'я (РЗ) населення країни, і в першу чергу, на здоров'я матері та дитини. Притаманні для військового часу зростання серед осіб репродуктивного віку захворюваності, в тому числі на інфекції, що передаються статевим шляхом (ПСПШ), поява нових і загострення вже наявних захворювань, серед яких психічні, соматичні та онкологічні хвороби, регуляція народжуваності переважно шляхом штучного переривання небажаної вагітності, зниження народжуваності та підвищення смертності сприяють прогресуванню в країні демографічної кризи.

Сьогодні Україна переживає тривожний демографічний спад, який почався ще до 2014 року. Повномасштабна війна посилила демографічні проблеми і нині країна потрапила в «ідеальний шторм» демографічної кризи, яку формують низька народжуваність, зростаюча смертність та загроза додаткових хвиль еміграції [1]. За словами доктора економічних наук О. Гладуна (2025), «на початок 2022-го в кордонах України 1991 року було 42 мільйони осіб. На початок 2025-го – десь 34 мільйони. Це включаючи Крим, ОРДЛО і захоплені території» [2]. Разом з тим скорочується тривалість життя: зокрема чоловіки в Україні живуть в середньому 60 років, тривалість життя українок також скоротилася на 3-5 років і стала на 10 – 15 років меншою, ніж у жінок країн Західної Європи. На

думку директорки Інституту демографії та проблем якості життя НАН України Е. Лібанової (2025), демографічна криза в Україні значно посилиться після закінчення війни та відкриття кордонів: до мільйонів жінок, які вже виїхали з України, приєднаються їхні чоловіки – із кількох мільйонів біженців повернеться лише 30% [2].

Одним із критеріїв «ідеального шторму» демографічної кризи є різке зниження народжуваності. Експерти Організації Об'єднаних Націй ще до початку повномасштабної війни називали темпи скорочення населення України найшвидшими в світі, а The Wall Street Journal в лютому 2022 року визнав народжуваність в Україні найнижчою в Європі [3 - 5]. Загалом, починаючи з 2014 року, в Україні щороку народжувалось дітей на 6 - 7 % менше, а в 2023 році народжуваність скоротилася майже на третину від довоєнного рівня і досягла свого мінімального піку [3]. Соціологи наголошують, що відтворення поколінь в Україні можливе лише за умови наявності коефіцієнта народжуваності не менше, ніж 2,15 дитини на одну жінку, в той час як від початку повномасштабної війни коефіцієнт народжуваності впав до 1,2 [3, 4] і не має тенденції до зростання.

Отже, питання збереження РЗ і, як його складових, соматичного і психічного здоров'я жінки, формування позитивного досвіду вагітності та пологів, народження здорових немовлят набувають провідного значення в подоланні демографічної кризи та збереженні генофонду нації.

Як свідчить статистика, сьогодні лише 25 – 30% вагітних жінок мають фізіологічний перебіг вагітності та пологів. Це зумовлено високою соматичною захворюваністю майбутніх матерів, наявністю у них обтяженого акушерського та гінекологічного анамнезу, збільшенням в загальній популяції вагітних і породіль жінок із психологічною або психоневрологічною патологією. Відсутність або недостатня психоемоційна зрілість не забезпечує утворення фізіологічної гестаційної домінанти під час вагітності та формування пологової домінанти напередодні пологів, що є однією з причин великих акушерських синдромів, які погіршують стан соматичного і психічного здоров'я матері під час вагітності, в пологах і післяпологовому періоді та можуть бути однією з причин

серцево-судинних ускладнень та інсульту в подальшому житті. Наявність коморбідності, що передуює вагітності, відсутність або неадекватність прегравідарної підготовки сприяє виникненню перинатальних ускладнень під час вагітності та в пологах, а отже народженню немовлят з високим ризиком захворюваності, інвалідності з дитинства та перинатальної смертності [6 - 10].

В сучасній науковій літературі значна увага приділяється питанням вивчення психоемоційного стану вагітних і породіль, які перебувають під впливом персистентного стресу, оскільки від психоемоційного стану напряду залежать як перебіг вагітності та пологів, так і стан здоров'я плода та новонародженого [11 - 14]. Водночас в доступних нам літературних першоджерелах недостатньо висвітлені питання зміни соматичного та психологічного здоров'я матері та дитини під час війни, формування позитивного досвіду вагітності та пологів задля його відновлення, що й обумовило мету і напрямки роботи.

Мета роботи: визначити регіональні особливості показників соматичного та психічного здоров'я вагітних, новонароджених та дітей першого року життя Рівненської області в умовах війни на підставі оцінки ускладнень і несприятливих наслідків вагітності.

Для досягнення поставленої мети потрібно виконати ряд завдань:

1. Провести огляд публікацій провідних зарубіжних та вітчизняних науковців за темою дослідження.
2. Провести ретроспективний клініко-статистичний аналіз перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду у жінок Рівненської області з урахуванням стану соматичного здоров'я за даними статформ.
3. Дослідити особливості стану плода, новонародженого та дітей у віці до 1 року від матерів Рівненської області за даними статформ.
4. Провести проспективну оцінку перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду та стану плода і новонародженого породіль Рівненської області.

5. Провести проспективну оцінку психоемоційного стану жінок Рівненської області під час вагітності, пологів та післяпологового періоду.
6. Розробити практичні рекомендації щодо організації медичного супроводу вагітності та пологів в умовах персистентного стресу війни на підставі принципів холістичного підходу.

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше представлено та науково обґрунтовано результати оцінки соматичного та психічного здоров'я матерів Рівненської області на тлі персистентного стресу під час російської військової агресії. Вперше проведено аналіз стану плода, новонародженого та дітей Рівненської області у віці до 1 року під час війни, розроблено персоналізований підхід організації медичного супроводу вагітності, пологів та післяпологового періоду на підставі принципів холістичного підходу.

Об'єкт дослідження: стан соматичного та психічного здоров'я матері та дитини в умовах персистентного стресу під час російської військової агресії.

Предмет дослідження: особливості перебігу вагітності, пологів та післяпологового періоду; психологічний статус вагітної/роділлі/породіллі; стан плода, новонародженого та дітей до року.

Методи дослідження. Для виконання поставлених завдань дослідження розроблено дизайн, який передбачав виконання трьох етапів.

На *першому етапі* дослідження проведено ретроспективний статистичний аналіз за даними форми № 21 «Звіт про медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям» та форми № 21-а «Звіт про медичну допомогу вагітним, роділлям (породіллям), новонародженим та дітям першого року життя» Департаменту охорони здоров'я Рівненської обласної державної адміністрації за 2014 – 2024 р.р.

Аналізувались наступні показники:

- кількість пологів;
- частка нормальних пологів;
- частка утруднених пологів;

- частка і нозологія захворювань, які були або виникли під час вагітності;
- кількість прееклампсій, еклампсій під час вагітності та в пологах;
- кількість кровотеч, які ускладнили вагітність і пологи;
- частка кесарських розтинів від загальної кількості пологів;
- кількість кровотеч в післяпологовому періоді;
- кількість операцій з видаленням матки під час пологів та в ранньому післяпологовому періоді;
- частка недоношених дітей від усіх новонароджених;
- частка новонароджених з ізольованими вадами мультифокального походження та хромосомними синдромами;
- частоту випадків неонатальної смертності;
- частоту мертвонароджуваності;
- частка новонароджених, переведених до інших ЗОЗ;
- кількість пологових травм на 1000 новонароджених;
- кількість розладів дихальної системи, що виникли у перинатальний період, на 1000 новонароджених;
- показник материнської смертності.

Ретроспективний аналіз проведений для визначення основних тенденцій щодо стану соматичного здоров'я матері та дитини, вірогідного впливу проаналізованих показників на демографічну ситуацію та організацію медичної допомоги в Рівненській області під час війни.

На *другому етапі* дослідження, який проводився в акушерських відділеннях комунального підприємства «Обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради проведено проспективний аналіз перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду, стану плода і новонародженого у 47 жінок, яких попередньо розділили на дві групи: основну групу склали 29 вагітних, близькі та рідні яких на час проведення опитування знаходилися в лавах збройних сил України (ЗСУ), в групу співставлення включені 18 вагітних, близькі та рідні яких не служили у ЗСУ.

На цьому етапі дослідження за умов добровільної поінформованої згоди шляхом клінічного інтерв'ю за заздалегідь підготовленими опитувальниками проведено оцінку психологічного стану 47 вагітних в терміні 38 - 39 тижнів і 58 породіль на 2-3 добу після пологів. Опитування проводилося за опитувальником «Благополуччя під час вагітності» (Додаток 1). Для оцінки можливих проявів тривоги у вагітних досліджуваних груп клінічне інтерв'ю проводили за питаннями опитувальника GAD-7 (Додаток 2). На 2-3 добу після пологів породіллям для дослідження їхнього психологічного стану пропонувалося інтерв'ю за опитувальником «Единбурзька шкала післяпологової депресії», який вміщує десять пунктів (Додаток 3).

Третій етап дослідження передбачав обчислення отриманих результатів за допомогою програм Statistica for Windows і Microsoft Excel 14.0, проведення аналізу й узагальнення результатів дослідження.

Для виконання поставлених завдань застосовувались наступні методи дослідження: клініко-статистичні, анкетно-опитувальні, математично-статистичні, графічного зображення.

РОЗДІЛ 1 СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ І ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я МАТЕРІ ТА ДИТИНИ

1.1. Вплив стану соматичного здоров'я матері на перебіг вагітності та пологів, стан плода і новонародженого.

Сталий розвиток країни, її економічна міцність та державна суб'єктність визначаються, перш за все, її демографічними перспективами, які залежать від стану РЗ та здатності населення до відтворення. Суть поняття РЗ визначена Програмою дій Міжнародної конференції з народонаселення та розвитку (Каїр, 1994 р.), в якій зазначено, що РЗ – це не просто відсутність хвороб репродуктивної системи або порушення її функції, це стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, що передбачає можливість задовільного та безпечного сексуального життя, здатність до відтворення, право чоловіків і жінок на інформацію та доступ до безпечних, ефективних, прийнятних за вартістю методів планування сім'ї та інших обраних ними методів регулювання народжуваності [15, 16]. Сьогодні питання збереження РЗ є пріоритетним для кожної країни, яка ставить перед собою задачу подолання демографічної кризи, і насамперед це стосується України [17 - 25].

Особливої уваги заслуговують важелі збереження РЗ, завдяки яким відбувається захист від факторів «репродуктивної токсичності», тобто факторів, що призводять до морфологічних і фундаментальних змін статевих клітин, органів і систем ембріона, негативно впливаючи на перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду [26].

Одним із важелів збереження РЗ є зниження соматичної захворюваності населення. Як свідчить світовий досвід, населення країни–жертви воєнної агресії відчуває обмеження або навіть потерпає від повної відсутності доступу до медичної допомоги, що призводить до зростання інвалідності, захворюваності на соціально значущі хвороби зі збільшенням частки їхнього виявлення у задованих стадіях або за їхніх ускладнень, загрози зростання ризику захворюваності на інфекційні та паразитарні хвороби тощо [27 - 29].

Водночас спостерігаються зрушення вікового профілю народжуваності в бік старших вікових груп, в яких стан соматичного здоров'я вагітних набуває особливого значення, оскільки він більшою мірою впливає на результат вагітності і пологів, визначає здоров'я і життєздатність новонародженого. Саме вагітні старших вікових груп і вагітні репродуктивного віку з коморбідністю формують групу ризику щодо акушерських і перинатальних ускладнень, яка замикає хибне коло: хворі батьки - хворий плід – хвора дитина – хворий підліток – хворі батьки та підвищує патологічну ураженість новонароджених і всієї дитячої популяції [30].

Цілком логічно, що найбільш дієвим способом профілактики ускладнень вагітності та пологів, покращення здоров'я дітей є рання діагностика соматичних захворювань у матері, своєчасна і персоналізована прегравідарна підготовка, своєчасне виявлення ускладнень гестації, правильний медичний супровід і відповідна терапія.

Аналізуючи соматичну захворюваність вагітних України за десятирічний період (2010 – 2020 р.р.), Антипкін Ю.Г і співав. (2021) звернули увагу на тенденцію відмінності різних показників соматичних захворювань: не зважаючи на сформовану тенденцію до зниження (темп убутку в динаміці дослідження сягав 6,29%), найбільш високою серед українських вагітних залишається захворюваність на анемію. Також на 1,74% знизилася частота інфекцій сечостатевої системи, в той час як частота хвороб органів кровообігу і цукрового діабету збільшилася, а темпи приросту відповідно сягали 18,7% і 77,9% [31].

Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) вважають анемію маркером соціально-економічного благополуччя країни, адже частота цього соматичного захворювання значною мірою залежить від якості і повноцінності харчування. Сьогодні в світі кожна третя жінка репродуктивного віку і кожна друга вагітна страждають на виражений дефіцит заліза (ДЗ) [32]. За наявності певних факторів ризику (часті пологи з коротким інтергенетичним інтервалом, тривале годування грудьми в анамнезі тощо) під час вагітності розвивається анемія вагітних і породіль, частота якої сягає 90% від інших видів

анемій. У 27 – 29% жінок, що страждають до вагітності на хронічні, інфекційні або пухлинні процеси, під час вагітності маніфестує анемія хронічного захворювання (АХЗ). Цей клінічний вид анемії часто виникає у жінок при захворюваннях сечовивідних шляхів, бронхів та легень, запальних процесах шлунково-кишечного тракту, ожирінні, після тяжких вірусних інфекцій. Вплив нестачі заліза у матері до вагітності та в I триместрі може бути причиною порушень фетального нейрогенезу і сприяти порушенню розумових і мовних навичок, когнітивних здібностей, дрібної моторики та здатності до навчання дитини. У дітей, матері яких страждали на антенатальний ДЗ, виникає схильність до ДЗ протягом усього дитячого віку, особливо в період з 6 до 12 місяців [33].

Вельми важливими є акушерські ускладнення ДЗ у вагітних, серед яких плацентарна недостатність (ПН), гіпоксія плода, прееклампсія (ПЕ) та еклампсія, невиношування та передчасні пологи (ПП), затримка росту плода (ЗРП), народження дітей з малою вагою, плодово-малюкові втрати. Пологи частіше за все ускладнюються слабкістю пологової діяльності, гіпотонічною кровотечею в ранньому післяпологовому періоді. Породіллі мають більш високу частоту гнійно-запальних захворювань та гіпогалакції [32, 33].

Традиційно високим залишається поширення серед жінок репродуктивного віку та вагітних хвороб сечовивідної системи, які під час вагітності можуть сприяти виникненню ПЕ та еклампсії, передчасного розриву плідного міхура (ПРПМ), ПП, підвищеного ризику внутрішньоутробного інфікування плода, перинатальної смертності та інвалідності з дитинства [34, 35].

Останніми роками збільшується частота гіпертензивних розладів у вагітних як за рахунок хронічної артеріальної гіпертензії (ХАГ), яка передуює вагітності, так і за рахунок гестаційної АГ та ПЕ. Негативні наслідки впливу ХАГ на перебіг вагітності є безперечними та в окремих випадках фатальними. ХАГ є фактором ризику ПН, ЗРП, ПЕ та еклампсії, передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти (ПВНРП), гіпертензивної енцефалопатії та порушення мозкового кровообігу, масивних коагулопатичних кровотеч в пологах та ранньому післяпологовому періоді [36, 37, 38, 39, 40].

Сьогодні серйозною медико-соціальною проблемою репродуктивного та громадського здоров'я є метаболічний синдром та ожиріння, які ВООЗ визнає епідемією сучасності [41 - 43]. Вагітність, що перебігає на тлі патологічної маси тіла, відрізняється високим ризиком несприятливих антенатальних наслідків, зокрема гестаційної ендотеліопатії, гестаційного діабету, невиношування вагітності, ЗРП, втрати плода, ПЕ, венозного тромбоемболізму; пологи достовірно частіше закінчуються шляхом кесаревого розтину; в післяпологовому періоді у породіль з ожирінням спостерігається нижчий рівень грудного вигодовування [43, 44].

Провідна роль печінки в забезпеченні фізіологічних потреб матері та внутрішньоутробного плода під час вагітності не викликає сумнівів. Про розвиток акушерських і перинатальних ускладнень у жінок із захворюваннями печінки сповіщають Н.Ю. Лемеш (2023) та І.В. Лоскутова і співав. (2021) [45 - 47]. Серед ускладнень найбільш вагомими є великі акушерські синдроми (важка ПЕ, ПН, ЗРП, ПП, гестаційний діабет) та антенатальна загибель плода. В цілій низці випадків у вагітних з хронічними захворюваннями печінки спостерігаються повторні втрати вагітності, починаючи з першого її триместра [46, 47].

На думку Ю.Г. Антипкіна і співав. (2020, 2021) найбільш значущою неакушерською патологією, яка не має частого і вираженого негативного впливу на репродуктивну функцію людини, перебіг вагітності та стан плода, є цукровий діабет (ЦД) [30, 31]. Проте саме ЦД може бути причиною розвитку гестозу, ПЕ та еклампсії, макросомії плода, мимовільних викиднів і вроджених вад розвитку (ВВР). Мертвонародження та рання неонатальна смертність при ЦД під час вагітності виникає майже в 10 разів частіше, ніж у здорових жінок [35].

На перебіг вагітності і пологів також накладає відбиток порушення мікронутрітивного статусу жінок, прояви якого маніфестують в умовах останнього десятиріччя [43, 48, 49]. Під час воєнних дій та в країнах, економіка яких розвивається, вживання населенням вітаміну А, тіаміну, рибофлавіну, фолієвої кислоти, вітаміну В₁₂, заліза, цинку та кальцію не відповідає

рекомендаціям ВООЗ щодо дієтичного споживання та потребує додаткового вживання жінками репродуктивного віку задля покращення результатів вагітності [50 - 54]. Дефіцит цинку порушує дозрівання та якість ооцитів, що порушує процеси формування яйцеклітини, та розвиток ембріона на стадії бластоцисти; нестача йоду напередодні та під час вагітності збільшує ризик невиношування; дефіцит вітаміну D асоціюється з підвищення частоти розвитку ГД, ПЕ, ПРПМ; дефіцит вітаміну B₁₂ у вагітних з гіпергомоцистеїнемією підвищує ризик ускладнень вагітності та повторних перинатальних втрат, сприяє появі ранньої інсулінорезистентності та виникненню ГД, ПЕ, низької ваги тіла при народженні та також несприятливих довгострокових порушень стану здоров'я, які проявляються когнітивною дисфункцією, ожирінням, резистентністю до інсуліну; низький фолатний статус на етапі прегравідарної підготовки та під час вагітності може бути основною причиною ВВР центральної нервової системи плода, сприяти виникненню анемії та ПЕ [55 - 61].

Водночас в цілій низці випадків у вагітних із соматичною патологією відбувається «перетинання» акушерських та перинатальних ускладнень, що негативно впливає на розвиток і стан внутрішньоутробного плода та здоров'я новонародженого.

Під час вагітності в організмі жінки утворюється та функціонує якісно новий комплекс, який отримав назву фето-плацентарного, однією із структур якого є плацента, яка відіграє провідну роль у забезпеченні росту та правильного розвитку плода [62]. За даними сучасних дослідників, порушення функції плаценти можуть виникнути у 15-35 % практично здорових вагітних, у 24 – 80% випадків на тлі соматичної патології і у 50 – 77% вагітних при загрозі переривання вагітності [63]. Розвиток ПД пов'язаний з порушеннями процесів інвазії цитотрофобласта в спіральні артерії. У вагітних із соматичними захворюваннями спостерігається недостатність інвазії, яка перешкоджає спочатку формуванню матково-плацентарного кровотоку з подальшою відсутністю адекватного його приросту, що є причиною порушень в системі перекисного окислення ліпідів, пошкодження клітинних мембран плаценти та

підвищення проникності плацентарного бар'єра [64]. ПД є поліетіологічним ускладненням вагітності: у 5 – 6 тижнів її причиною є переважно генетичні порушення, в 7 - 9 тижнів – гормональні, в 10 – 16 – імунологічні [65]. З іншого боку, наявність сформованої ПД сприяє виникненню плацентоасоційованих ускладнень вагітності, серед яких ПЕ, ПП, затримка росту та дистрес плода, мертвонародження [66 - 68]. Спостерігаючи подальший розвиток дітей, що мали ЗРП під час вагітності, Посохова С.П. і співав. (2024) наголошують на наявності у них підвищеного ризику розвитку рухових, неврологічних, мовленнєвих, когнітивних і навчальних розладів, а також дитячого церебрального паралічу [69, 70].

Однією з проблем, яка сприяє зростанню перинатальної патології в Україні, є ВВР. Сьогодні ВВР плода розглядаються як мультифакторіальна патологія, оскільки їхньому виникненню можуть сприяти генетична схильність та мінливість, мікронутрієнтний дефіцит, в тому числі порушення у фолатному циклі біологічних батьків під час зачаття, тератогенний вплив лікарських засобів та шкідливих факторів зовнішнього та внутрішнього середовища, серед яких провідне місце займають соматичні захворювання [61, 71, 72]. Сучасна система медичного супроводу вагітності передбачає прегравідарне відновлення фолатного статусу жінки, скринінгове обстеження усіх вагітних з метою ранньої діагностики ВВР плода, проте частота ВВР на сьогодні не має тенденції до зниження.

Аналізуючи стан здоров'я жінок України репродуктивного віку в період з 2010 до 2020 року, доктор медичних наук, професор, академік НАМН України, директор ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О.М. Лук'янової Антипкін Ю.Г. і співав. (2021 р), зазначили, що основним фактором, який впливає на зменшення рівня життєздатності потомства на всіх етапах його розвитку, є висока захворюваність вагітних. Вже до повномасштабної війни стан здоров'я вагітних оцінювався як незадовільний за наявності різноспрямованих в часі тенденцій окремих патологій: на тлі високого рівня анемій і хвороб сечостатевої системи сформувалася тенденція до зниження частоти гестозів, ПЕ

й еклампсії, невиношування вагітності та мертвонародження з одночасним зростанням частоти хвороб кровобігу та дисфункції щитоподібної залози. Надзвичайно небезпечним є стрімке зростання, більше ніж у 10 разів, захворюваності вагітних на ЦД [30].

Рівень здоров'я жінок репродуктивного віку характеризується інтегральними показниками (ІП) соматичного здоров'я, ускладнень вагітності та несприятливих наслідків вагітності. За даними Ю.Г. Антипкіна і співав. (2021) напередодні повномасштабної війни в Україні за інтегральною оцінкою найнижчий рівень здоров'я вагітних за рахунок ІП соматичної патології мали Дніпропетровська (132,3%), Полтавська (123,1%), Чернівецька (118,0%), Чернігівська (111,7%) області та м. Київ (117,1%) при коливаннях ІП ускладнень вагітності від 86 до 165,5% та несприятливих наслідків вагітності від 88 до 161,5%. Водночас вищий за середній по Україні рівень здоров'я вагітних визначався в Івано-Франківській (65,5%), Запорізькій (72,2%), Одеській (75,5%), Закарпатській (76,5%), Львівській (81,1), Сумській (81,3%), Луганській (84,3%) і Тернопільській (84,4%) областях. Для решти областей України притаманний середній показник стану здоров'я вагітних з великим діапазоном коливань усіх компонентів їхнього здоров'я [30].

Проаналізувавши сучасну вітчизняну науково-медичну літературу з питання, що досліджується, можна дістатися висновку: в Україні ще до початку повномасштабної війни рівень здоров'я жінок репродуктивного віку був недостатнім задля забезпечення високого рівня здоров'я новонароджених та дітей першого року життя. Зростання інтегрального показника рівня здоров'я жінок репродуктивного віку відбувається за рахунок високої соматичної захворюваності, яка безпосередньо впливає на показники частоти ускладнень вагітності та негативних її наслідків. Суттєвий вплив на коливання інтегральних показників ускладнень вагітності та несприятливих наслідків вагітності може забезпечити впровадження прегравідарної підготовки для досягнення стану компенсації в перебігу соматичного захворювання до вагітності та персоналізований підхід до медичного супроводу вагітності та пологів.

1.2 Психологічний стан як складова репродуктивного здоров'я жінки в умовах довготривалого стресу війни.

Вагітність і пологи в житті кожної жінки є відповідальним періодом. Навіть у разі фізіологічного перебігу під час вагітності відбувається навантаження усіх органів і систем материнського організму для забезпечення потреб плода, що розвивається. Фізіологічність перебігу процесів формування ембріону та розвитку плода в першу чергу залежать від стану соматичного здоров'я матері до та під час вагітності. Колосальні гормональні зміни, які забезпечують пролонгування вагітності до гестаційного віку життєздатності внутрішньоутробного плода, ініціацію пологової діяльності в термін його соматичного і генетичного дозрівання, перебудову материнського організму для грудного вигодовування новонародженого є не лише запорукою анатомічної фізіологічності вагітності, пологів та післяпологового періоду, але й причиною психологічних проявів у матері, що можуть бути як позитивними, так і негативними. Зокрема, психологічне благополуччя жінки під час вагітності може залежати від її ставлення до змін, що відбуваються в її тілі. Навіть збільшення ваги та зміни зовнішності, які супроводжують фізіологічну вагітність, можуть спочатку стати причиною дискомфорту, а в подальшому – проблем із самооцінкою. Зазвичай під час очікування материнства у жінки виникає почуття радості, проте в цілій низці випадків радість може супроводжуватись тривогою, страхом перед майбутнім та невизначеністю. У разі вагітності, яка не планувалася та виникла неочікувано, а жінка виявилася до неї не готовою, початкові стадії гестації перебігають на тлі стресу, що з певною долею вірогідності може призвести до розвитку депресії.

На думку Коваленко Т.М., деяке підвищення рівня тривоги та окремих страхів у жінок під час вагітності є нормальним і навіть відіграє адаптивну роль. Підвищення тривожності може бути зумовлено дефіцитом знань про процеси, що відбуваються в організмі жінки під час вагітності, причини та наслідки тих чи інших змін в ньому, правильність розвитку плода, спосіб і результати

розродження. Саме ці тривожні емоції спонукають вагітних бути більш обережними і відповідальними, ретельно дбати про своє здоров'я. Отже, тривога і страхи під час вагітності є нормальними, якщо вони є адекватними, логічними та знижуються при вирішенні ситуації. У випадку, коли тривога перестає грати адаптивну роль, у вагітної може сформуватися патологічний страх дітонародження, який називають токофобією [73, с. 352- 365]. Частіше за все порушення психологічної адаптації виникають у вагітних зі змінами соматичного здоров'я та порушеннями вегетативного балансу з притаманним для них високим рівнем психоемоційного стресу та збільшенням показників ситуативної та особистісної тривожності [73].

Сьогодні вже не викликає сумнівів той факт, що високий рівень тривоги або наявність депресії у вагітної асоціюється із зростанням ризику ускладнень як під час пологів, так і після них. Однією з причин ПП, ПД, народження малого до терміну гестації плода може бути підвищений рівень тривоги у вагітної [74 - 78].

Страх перед пологами, тривожність за їх результат наприкінці вагітності можуть призвести до порушень своєчасного формування пологової домінанти, затримки процесів біологічної готовності організму до пологів і сприяти переносу вагітності [73, с. 352- 365]. У вагітних з репродуктивними втратами та безплідністю в анамнезі, які тривалий час перебувають в стані персистентного стресу, виникає високий рівень тривожності на етапі прегравідарної підготовки та під час вагітності, підвищується ризик несприятливих наслідків вагітності. Одночасно з цим зростає ризик розвитку розладів психіки невротичного характеру, доволі частими можуть бути межові зміни психіки та соматоформні психічні розлади [79].

Однією з найбільш стресових подій в житті жінки є очікування і початок пологової діяльності. Пологи в жінок, що народжують вперше, тривають в середньому до 14 - 16 годин, а у тих, що народжують повторно, є вдвічі коротшими. Увесь цей час роділля зазнає значного не тільки фізичного, але й психоемоційного навантаження, що потребує від неї великої емоційної стабільності. Рівень стресу, якого зазнає жінка під час пологів, підвищується

відчуттям невизначеності процесу пологів, страхом перед болем, невпевненістю у своїх силах та побоюванням за здоров'я дитини [80 - 82]. У вагітних і роділь зі страхом болю частіше виникають аномалії скоротливої діяльності в пологах, відбуваються загострення соматичних хвороб, зокрема захворювань серцево-судинної системи та цукрового діабету, маніфестують прояви великих акушерських синдромів. Значне напруження адаптаційних процесів, що призводить до порушень психологічного стану, часто спостерігається у вагітних з ожирінням та метаболічним синдромом, які часто діагностують у жінок із синдромом полікістозних яєчників [79]. У породіль із соматичною патологією або акушерськими ускладненнями під час вагітності, особливо у разі важких і затяжних пологів та оперативного розродження, зростає ризик післяпологової депресії (15 - 20% породіль), посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожних розладів [83, 84].

Робоча група щодо укладення Стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність» (2022) звертає увагу на основні фактори ризику антенатальної депресії, серед яких наявність перинатальної або інших видів депресії в анамнезі, небажана або незапланована вагітність, стрес, фізичне та/або сексуальне насильство впродовж життя або насильство з боку інтимного партнера, недостатність або відсутність соціальної підтримки, хронічні соматичні захворювання [85]. В переважній більшості такі вагітні живуть звичайним життям, наглядають за близькими та родиною, займаються домашніми справами, проте не відчують задоволення від життя, що в довгостроковій перспективі може стати тригером для прийняття рішення про суїцид [85].

Особливо гостро проблема збереження психічного здоров'я населення України стоїть сьогодні – під час повномасштабної війни, коли економічна нестабільність та соціальні катастрофи створюють додаткові ризики для психічного здоров'я матері та дитини. Перебування в умовах окупації і постійний страх за своє життя, можливість каліцтва та втрату вагітності, голодування, насилля та пограбування, необхідність прийняття рішення щодо евакуації / еміграції, відсутність необхідних ліків, зумовлюють негативні

наслідки для вагітності, серед яких стрес та психоемоційні розлади, зниження імунітету, чисельні травми, прогресування анемії та мікронутрієнтного дефіциту, ускладнення вагітності та загострення соматичних захворювань [6, 11, 86].

Дослідження останніх років продемонстрували, що для переважної більшості внутрішньо переміщених осіб (ВПО) притаманний ПТСР, типовими проявами якого є зміни емоційної сфери та поведінки, руйнування системи індивідуальних особистісних захистів зі значним порушенням життєдіяльності, а вагітність перебігає на тлі максимального психоемоційного напруження - формується патологічний тип психологічної компоненти гестаційної домінанти з підвищеною реактивною та особистісною тривожністю та низьким індексом стресостійкості, що зумовлює зниження рівня функціональних можливостей психічної адаптації до пологів і наявність дуже низького рівня больової чутливості [6, 11]. Саме за рахунок цього у таких вагітних рано формується ПД та порушується біосинтез основних гормонів, що відповідають за перебіг вагітності, - прогестерону та плацентарного лактогену. Під час перебування вагітної під впливом персистентного стресу, сильного психоемоційного перенапруження її центральною нервовою системою синтезуються ендогенні біологічно активні речовини - опіати. Підвищення їх вмісту в організмі разом зі зменшення концентрації дофаміну сприяє підсиленню біосинтезу аденогіпофізом стресасоційованого гормону пролактину, переміщення кальцій-магнієвої рівноваги в бік кальцію, що лежить в основі цілої низки великих акушерських синдромів [6].

Ще однією проблемою практичного акушерства під час війни є виникнення низки типових психологічних реакцій з боку матері після втрати вагітності. За даними А.В. Камінського близько 90% жінок після самовільного переривання вагітності потерпають від різних негативних психологічних наслідків, серед яких смуток, гнів, плач, розчарування та почуття провини. Загалом у жінок із втратами вагітності якість життя знижується за рахунок змін в соматичному та психічному здоров'ї, що свідчить про існування причинно-

наслідкових зв'язків між невиношуванням вагітності та ПТСР [87]. Дослідженнями А.В. Камінського не лише встановлено зв'язок між звичним невиношуванням вагітності із ПТСР, а й визначена роль останнього як однієї з причин аутоімунних порушень у жінок з повторним самовільним викиднем. Отже, авторами доведено появу «ефекту замкненого циклу» між ПТСР і невиношуванням вагітності [87]. З іншого боку, існує точка зору про вплив психологічного статусу жінки на перебіг вагітності: сильний стрес під час вагітності підвищує ризик самовільного викидня або ПП, а наступні вагітності у жінок з попередніми втратами можуть бути реактивуючим стресом для них [88, 89]. Turton et all (2001) повідомляють, що близько 21% жінок з попередніми втратами вагітності демонструють клінічні прояви ПТСР під час наступної вагітності [90]. Традиційно лікарі розглядають невиношування вагітності як прояв неспроможності провідних систем жіночого організму, що відіграють провідну роль в збереженні вагітності, зокрема гормональної, імунологічної, нервової тощо, або як результат інфікування. Проте незалежно від причини самовільного переривання вагітності, всі клінічні форми невиношування мають спільні клінічні психоемоційні та психосоматичні прояви [79].

Переважає більшість ускладнень вагітності та пологів у жінок, що перебувають під впливом хронічного стресу, зумовлені патологічними змінами в плаценті. Ю.М. Бондаренко (2022) встановила, що найбільш типовими змінами в плаценті у жінок у стані хронічного стресу є мікровідшарування децидуальної оболонки та порушення перфузії в структурах материнського плацентарного бар'єру. Характерно, що перебування вагітної в стані хронічного стресу призводить до однотипних змін в структурі плаценти з різним ступенем виразності [91].

Сьогодні Україна має свій негативний досвід щодо перинатальних впливів військових дій та хронічного стресу на плід і новонародженого, адже ціла низка показників стану здоров'я та розвитку новонародженого та дитини визначаються психологічним станом матері під час вагітності та в пологах. Психологічні проблеми та психічні порушення у осіб, матері яких зазнали негативного впливу

персистентного стресу війни, можуть виникати як в ранньому неонатальному періоді, так і в дитинстві та навіть у підлітковому віці [79]. В період ранньої новонародженості встановлюються базові емоційні зв'язки між матір'ю та дитиною, прискорюється розвиток нервової системи немовляти, що є основою її подальшого психоемоційного функціонування.

Стресові чинники, які впливають на матір в критично важливі періоди її життя здатні мати довготривалі і незворотні наслідки. Черепехіна О.А. і співав. (2023) вважають саму вагітність кризовим етапом у становленні особистості жінки та наголошують, що ставлення вагітних до себе має статистично значущий зв'язок зі ставленням до дітей, а також до сім'ї та материнства [86].

Найбільш типовими наслідками перинатального стресу на стан нервової системи плода і новонародженого є низька оцінка за шкалою Апгар наприкінці 1-ї хвилини життя, мала вага при народженні, недоношеність. Психологічний стрес матері сприяє розвитку стресової реакції у дитини через порушення емоційної прив'язаності, а також через фізіологічні зміни в організмі матері, які безпосередньо впливають на дитину через гормональні зміни та взаємодію в процесі грудного вигодовування. В подальшому діти, матері яких зазнали нищівного впливу військових дій, часто є гіперактивними, мають труднощі з емоційною регуляцією, вони можуть бути більш чутливими до тривоги, страждають від різних фобій. Сьогодні ми знову повертаємося до терміну «діти війни», який застосовувався до дітей, що народилися або їхнє дитинство припало на час другої світової війни. Діти війни в переважній більшості мають низьку самооцінку, невпевнені в собі, можуть мати проблеми з поведінкою та соціальною адаптацією, відстають в навчанні, погано запам'ятовують навчальний матеріал в молодшому шкільному віці та в цілій низці випадків зазнають глибоких психічних розладів [11, 86, 92].

Як свідчить проведений аналіз сучасних літературних джерел, стан психічного здоров'я у переважної більшості вагітних залежить певною мірою від їхнього соматичного здоров'я і репродуктивного досвіду. Перебування вагітної та матері в умовах як гострого, так і хронічного довготривалого стресу війни є

тригером розвитку порушень її психосоматичного здоров'я, ускладнень вагітності та пологів, психологічних розладів у новонародженого та дитини.

1.3 Сучасні підходи до профілактики впливу довготривалого стресу у вагітних і породіль для збереження соматичного і психологічного здоров'я матері та дитини.

Українське сьогодення характеризується довготривалим, починаючи з 2014 року, перебуванням українців під впливом стресу війни, інтенсивність якого постійно зростає, а періоди позитивних емоційних станів скорочуються. Військові дії стали причиною великої хвилі переміщення українців із тимчасово окупованих територій та зони безпосередніх військових дій на підконтрольну частину України. З початком повномасштабної війни зростає чисельність поранених та інвалідізованих осіб, серед яких жінки та діти. Існуючі ризики воєнного часу особливо негативно позначаються на вагітних, адже можуть викликати негативні наслідки вагітності. Війна, яка триває вже більше, ніж десять років, наклала відбиток і на контингент вагітних [11]. Так, в період з 2014 до 2020 року навіть ВПО виношували вагітність в умовах хронічного довготривалого стресу, проте поза безпосереднього впливу військових чинників, що сприяло частковій психоемоційній та соціальній адаптації в нових умовах перебування, а отже підвищувало вірогідність сприятливих наслідків вагітності.

Сьогодні вагітні переживають надмірне навантаження на адаптивні системи організму за рахунок нашарування гострого стресу у зв'язку з повномасштабною війною на вже існуючий передгестаційний хронічний стрес (гібридна війна, пандемія Covid-19). Зрив адаптаційних компенсаторно-приспосувальних механізмів в цьому випадку призводить до порушення механізмів саморегуляції та розвитку психосоматичних захворювань з одного боку і ускладненому перебігу вагітності з іншого.

Ураховуючи реалії сьогодення, однією з провідних задач закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу матері та дитині, здійснюють медичний супровід вагітності та дітей першого року життя, є профілактика негативних

впливів тривалого хронічного стресу на перебіг вагітності, стан плода та новонародженого в умовах воєнного часу.

Медичний супровід фізіологічної вагітності регламентується Стандартами медичної допомоги «Нормальна вагітність», що впроваджені в роботу закладів охорони здоров'я у відповідності до наказу Міністерства охорони здоров'я України № 1437 від 9 серпня 2022 року. Чинні стандарти «розроблені з урахуванням сучасних вимог доказової медицини і розглядають питання діагностики вагітності; спостереження за вагітною та станом плода; своєчасну профілактику і діагностику ускладнень вагітності; підготовку вагітної до пологів та народження здорового новонародженого для попередження материнської і перинатальної захворюваності та смертності» [92]. Усі положення діючого документа спрямовані на застосування холістичного підходу під час медичного супроводу вагітної з метою формування у неї позитивного досвіду вагітності та бажання повторного народження. Одним із обов'язкових критеріїв якості медичної допомоги вагітній є доступна та якісна «інформаційна робота за програмами допологового навчання з питань фізичного та психологічного благополуччя під час вагітності та пологів, підтримки грудного вигодовування, під час періоду раннього батьківства, навчання для подружніх пар, спрямовані на поліпшення відносин між подружжям та відносин між батьками і дітьми» [92]. Під час чергових візитів до лікаря передбачається регулярне оцінювання психоемоційного стану вагітної та виявлення суїцидальних думок шляхом письмового опитування за Единбурзькою шкалою післяпологової депресії та направлення її до фахівця у разі позитивного результату опитування.

Л.Є. Туманова і співав. (2022) рекомендують активно застосовувати психодіагностичні методики для визначення наявних переживань, відношення до вагітності та майбутнього материнства під час обстеження та спостереження вагітних, виявляти жінок з високим рівнем тривожності та нестабільним психологічним станом та відносити їх до групи осіб, які потребують психологічної допомоги. Дослідження психоемоційного стану, на думку авторів, має бути невід'ємною складовою рутинного обстеження вагітної та проводитися

кожного триместру. Такий проактивний підхід має забезпечити жінку своєчасною та кваліфікованою психологічною допомогою [79].

З огляду на провідну роль магнієвого дефіциту в патогенезі розвитку наслідків довготривалого стресу, І.А. Жабченко і співав. (2019, 2022) розглядають призначення вагітним магнію у вигляді його пероральних форм як один з ефективних та доступних шляхів профілактики таких наслідків та ускладнень вагітності, пов'язаних з ними [6, 11]. Сьогодні не викликає сумнівів, що дефіцит магнію є однією з причин плацентарних порушень, які під час вагітності клінічно проявляються ЗРП та його дистресом, а також порушеннями когнітивних функцій в подальшому житті дитини [93, 94].

В умовах збройного конфлікту вагітні та жінки, що вигодовують дітей грудьми, стикаються з проблемами харчування як у вигляді недостатнього споживання калорій і необхідних поживних речовин, так і голодування, що призводить до найгірших наслідків саме у вагітних. Порушення мікронутрієнтного статусу, зокрема дефіцит вітаміну D та вітамінів групи B в комбінації з феродефіцитом, нестачею магнію та йоду сприяють маніфестації акушерських та перинатальних ускладнень під час вагітності [28, 33, 55, 61].

Враховуючи те, що переважна більшість жінок вступають у вагітність вже маючи мікронутрієнтний дефіцит, який маніфестує під час вагітності, вельми важливим є впровадження прекоцепційної підготовки жінок до вагітності. Покращення мікронутрієнтного статусу, як за рахунок комплексного споживання цих речовин з продуктами харчування, так і у формі лікарських засобів та дієтичних добавок доцільно починати за 3-4 місяці до настання, продовжувати під час усієї вагітності та періоду годування грудьми [95, 96]. Особливо небезпечним для матері та плода є порушення фолатного статусу напередодні та під час вагітності. Дефіцит фолієвої кислоти на момент запліднення може спричинити у плода дефекти спинного чи головного мозку, розщелини верхньої губи та твердого піднебіння; порушення фолатного статусу під час вагітності асоціюються з аутизмом та порушеннями поведінкових реакцій в подальшому житті дитини. Приймання жінкою препаратів фолієвої кислоти на

етапі преконцепційної підготовки, протягом усієї вагітності та під час годування грудьми забезпечує профілактику анемії та сприяє підготовці жінки до вагітності в майбутньому [36, 49, 61, 71].

Таким чином, перебування вагітної під впливом хронічного стресу війни сприяє погіршенню соматичного і психологічного здоров'я матері та дитини. Своєчасна профілактика наслідків довготривалого стресу на етапі підготовки до вагітності, під час вагітності та вигодовування немовляти грудьми шляхом відновлення порушень мікронутрієнтного статусу дозволить покращити соматичні та психологічні акушерські та перинатальні наслідки вагітності. Медичний супровід вагітності з використанням холістичного підходу у відповідності до Стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність» та проактивне виявлення психологічних порушень у вагітної сприятиме формуванню у жінок позитивного досвіду вагітності.

РОЗДІЛ 2 СТАН СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я МАТЕРІВ ТА ДІТЕЙ РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСТІ В УМОВАХ ДОВГОТРИВАЛОГО СТРЕСУ ВІЙНИ

2.1 Особливості соматичного здоров'я жінок Рівненської області під час вагітності в умовах війни.

Для виконання одного із завдань дослідження, яке посідало у вивченні стану соматичного здоров'я матерів Рівненської області в умовах довготривалого стресу війни, нами проведений ретроспективний клініко-статистичний аналіз форми №21 «Звіт про медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям» департаменту охорони здоров'я Рівненської обласної державної адміністрації за 2014 – 2024 роки.

Як свідчать результати дослідження, в Рівненській області в період 2014 – 2024р.р. перебувало під спостереженням 210651 вагітних жінок, водночас відбувалося прогресуюче щорічне зниження кількості вагітних, які отримували медичний супровід лікарями жіночої консультації (рис. 2.1).

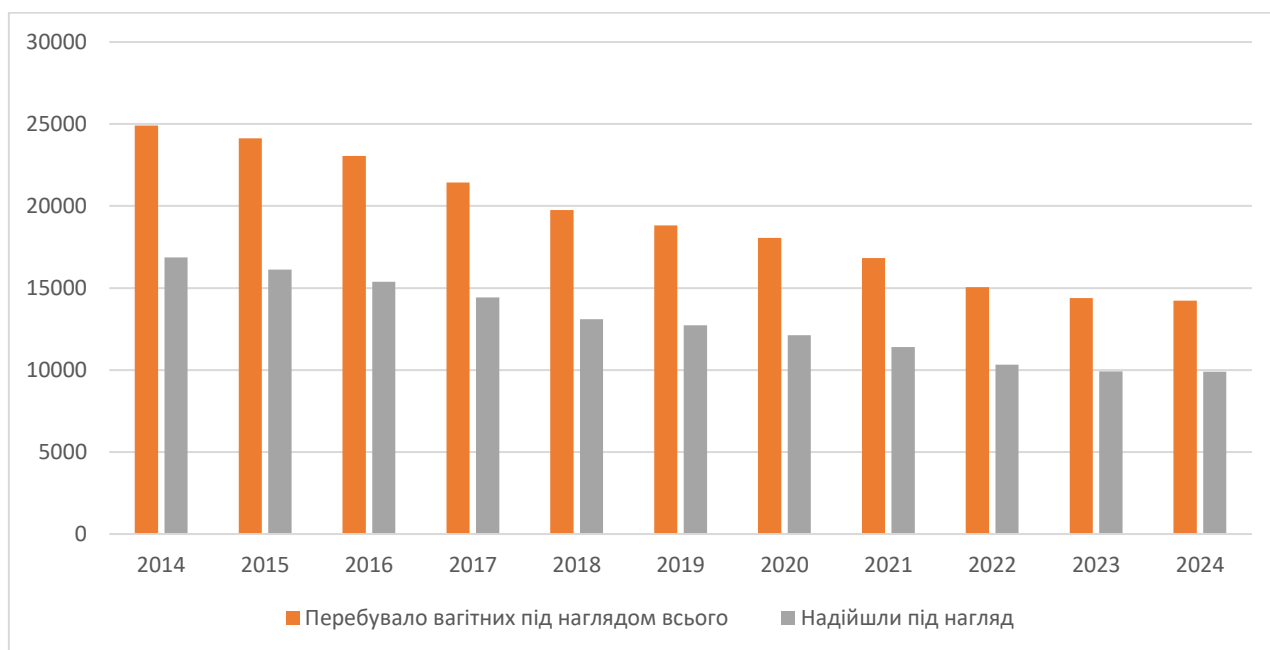


Рис. 2.1 Динаміка показників кількості вагітних, що перебували під наглядом та надійшли до нагляду в консультації Рівненської області, в 2014 – 2024 році.

Так, в 2014 році в жіночих консультаціях області здійснювався медичний супровід 25185 вагітних, в той час як в 2024 році їхня чисельність знизилася на 42,4% і сягала 14508. Відповідно на 41,3% відбулося зменшення й кількості вагітних, які щорічно надходили для медичного супроводу вагітності лікарями жіночих консультацій, з 16863 жінок у 2014 році до 9907 – у 2024. Найбільш несприятливими в цьому сенсі стали 2018 і 2022 роки, коли для медичного супроводу вагітності в жіночі консультації надійшла менше на 1320 і 1080 жінок відповідно.

Одним із якісних показників роботи консультації є кількість жінок, які надійшли під нагляд до 12 тижнів вагітності. Раннє охоплення вагітних медичним спостереженням дозволяє своєчасно оцінити стан здоров'я майбутньої матері, визначити ризики для матері та внутрішньоутробного плода, діагностувати наявність протипоказань для виношування вагітності, призначити ефективну профілактику найбільш вірогідних акушерських і перинатальних ускладнень [85]. Результати проведеного дослідження свідчать, що упродовж останнього десятиріччя сформувалася негативна тенденція до зменшення питомої ваги жінок, які надійшли під нагляд консультації до 12 тижнів, з 99,6% в 2014 році до 92,1% в 2024. Показник раннього спостереження 2024 року не відповідає критеріям якості, що свідчить про нагальну потребу підсилення санітарно-просвітницької роботи лікарями сімейної медицини та лікарями-акушерами з метою поширення знань про доказову можливість профілактики ускладнень вагітності та покращення здоров'я новонародженого ще на етапі прегравідарної підготовки та в першому триместрі вагітності, під час якого відбувається закладка органів і систем майбутньої дитини [85].

В часи найбільших військових та економічних проблем в Україні серед вагітних Рівненської області стала з'являтися категорія вагітних, яка уникає медичного супроводу вагітності, що робить цих жінок та їхніх малюків більш уразливими щодо великих акушерських ускладнень в пологах та несприятливих перинатальних наслідків: так, в 2014-2016 роках не перебували під наглядом жіночої консультації загалом 11 вагітних, в період з 2021 по 2024 рік – 5.

Не сприяє покращенню акушерських і перинатальних наслідків і міграція вагітних як в межах країни, так і за її кордони. Типовими маршрутами в середині країни є переміщення вагітних зі східних та південних регіонів, де існує обмежений доступ до медичної допомоги та дефіцит лікарських засобів, що знижує ефективність заходів прегравідарної підготовки або, навіть, зумовлює повну її відсутність. В переважній більшості це негативно відбивається та стані соматичного і психологічного здоров'я жінок та є преморбідним фоном для розвитку ускладнень вагітності, пологів, післяпологового періоду, стану плода та новонародженого. Водночас, така міграція вагітних створює умови для додаткового навантаження на заклади охорони здоров'я області.

За даними ретроспективного аналізу за досліджуваний період, надійшли з числа тих, які були під наглядом інших закладів, 4413 вагітних. Найсильніше навантаження на заклади охорони здоров'я відбувалося в 2015 і 2022 роках, коли для медичного спостереження надійшли, відповідно, 539 і 785 вагітних. Кількість вагітних, які вибули з-під нагляду лікарів жіночої консультації за досліджуваний період, коливалась від 539 в 2014 році до 563 в 2024. Тільки в рік початку війни кількість таких вагітних виросла майже в 2 рази, сягаючи 994 осіб, що свідчить про реальну загрозу поглиблення демографічної кризи як в області, так і в країні в цілому.

За досліджуваний період вагітність завершили 143483 жінки, що перебували під медичним спостереженням в консультаціях Рівненської області. З огляду на динаміку кількості вагітних, які перебували під наглядом консультації за досліджуваний період, цілком закономірними є й результатів вагітностей (рис. 2.2).

Пологами завершилися вагітності у 139756 (97,4%) жінок, що перебували під наглядом консультацій, з них 135186 (96,7%) мали термінові, 4475 передчасні (3,2%) і 95 (0,1%) запізнili пологи. Динаміка кількості пологів за роками свідчить про сформовану тенденцію до зменшення кількості пологів, що негативно відбивається на демографічних показниках області.

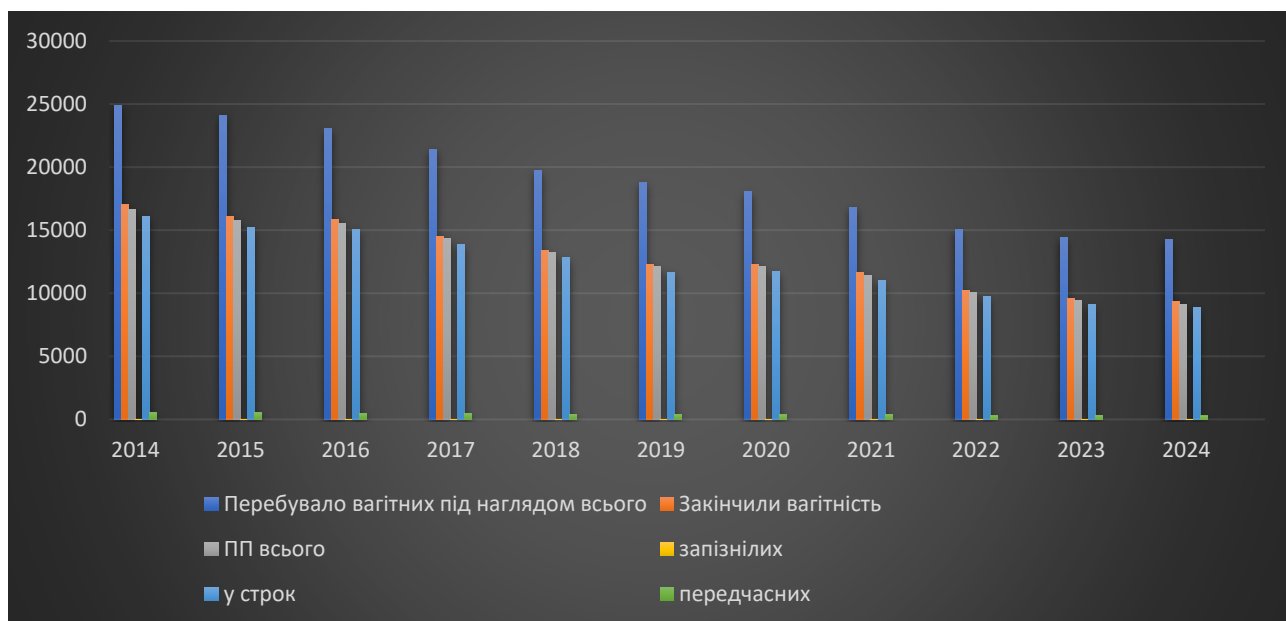


Рис. 2.2 Динаміка результатів закінчення вагітностей із числа жінок, що знаходились під наглядом лікарів жіночих консультацій Рівненської області

Одним із показників, що суттєво впливають на показники соматичного і психічного здоров'я матері та дитини є частота невиношування вагітності, зокрема ПП, частота яких в Україні, за даними експертів ВООЗ, зросла вже через шість місяців від початку повномасштабної війни [98]. В країнах, що знаходяться в стані війни, частота ПП є вищою, а наслідки для новонароджених – менш сприятливими. Недоношені новонароджені у 8 – 12 разів частіше народжуються мертвими, а народжені живими в 50 разів частіше помирають в перший місяць життя [99, 100, 101]. Проведений ретроспективний аналіз свідчить, що упродовж останнього десятиріччя частота ПП в загальній популяції породіль Рівненської області є практично постійною і коливається від 3,2% в 2014 році до 3,0% в 2024. За даними Корнієць Н.Г. в період з 2013 по 2023 роки в КП «Обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради при практично незмінних показниках частоти ПП відбувалися суттєві зміни в їх структурі в бік зростання частоти ранніх ПП. Автори також наголошують на формуванні стійкої тенденції до достовірного зростання частоти занадто ранніх ПП у мешканок віддалених від обласного центра територіальних громад і реалізацію переважної більшості ПП

упродовж першої доби госпіталізації на третій рівень надання медичної допомоги. Це свідчить про існуючі труднощі в логістиці медичного супроводу вагітних із групи високого ризику щодо невиношування [102].

Суттєвим фактором, що визначає психічне здоров'я матері, є переривання вагітності в терміні до 22 тижнів. Не зважаючи на те, що з точки зору фізичного здоров'я організм жінки після переривання вагітності відновлюється досить швидко, практично усі жінки, які зазнали самовільного або індукованого викидня за медичними показаннями, відрізняються зниженням стресостійкості та мають ті чи інші психічні розлади. Зазвичай ці розлади минають за 3 – 6 місяців, водночас у кожної десятої вони можуть тривати понад рік і потребують допомоги фахівців [103, 104]. За даними Т.Д. Перепелюк (2023), одразу після втрати вагітності у жінки на короткий час активізуються компенсаторно-пристосовні психологічні захисні механізми. Травма від втрати вагітності пом'якшується за рахунок відчуття полегшення та вирішеності проблеми. Проте з часом спостерігається виснаження захисних механізмів, що проявляється порушенням біологічних ритмів, швидкими змінами настрою, безпричинними сльозами, порушеннями сну, відсутністю апетиту. До психосоматичних розладів вельми часто приєднується мігрень, що значно погіршує якість життя і може призводити до серйозних психічних порушень. Найбільш часто у жінок, які зазнали переривання вагітності в терміні до 22 тижнів, зустрічаються відсторонення від людей, недовірливість, виникнення параної до розвитку психозу, які можуть тривати упродовж року, зростає ризик надмірного вживання психоактивних речовин, зокрема алкоголю, ліків тощо [104]. Скрипніков А.М. і співав. (2017) також вважають, що втрата вагітності в будь-якому її терміні призводить до руйнування тієї частини особистості жінки, що пов'язана саме з материнством [105, стор. 42 - 47]. Водночас, психологічна реакція жінки на втрату вагітності є суто індивідуальною і залежить від причин, які стали її тригером. Серед факторів, що підвищують ризик психологічних порушень після самовільного переривання вагітності, на особливу увагу заслуговують соціальна

незахищеність, обтяжений психічний анамнез, позитивне сприйняття власної вагітності тощо.

Помилковою є точка зору, що негативного впливу на психологічний стан від втрати вагітності зазнають лише жінки. Різноманітних психотравмуючих реакцій під час та після переривання вагітності у жінок зазнають також їхні чоловіки. Зміни психоемоційного стану чоловіків ніколи не є абсолютно однаковими з емоційними реакціями жінки, адже вони переживають різні фази гострого стресу. Виникає емоційна неконгруентність, яка сприяє руйнуванню сімейної гармонії, розвитку депресивних станів як у жінки, так і в чоловіка, що може стати провідною причиною руйнування сім'ї. Особливо яскраво ці негативні психологічні процеси реалізуються в умовах довготривалого стресу війни, коли втрата бажаної вагітності прирівнюється до людських втрат.

Як свідчать результати ретроспективного клініко-статистичного аналізу, в період з 2014 по 2024 роки у 3721 жінок, що складає 2,6% від загальної кількості закінчених вагітностей, зареєстровано переривання вагітності в терміні до 22 тижнів (рис. 2.3). Динамічні показники кількості переривання вагітності в терміні до 22 тижнів в період з 2014 до 2018 року відрізнялися стійкою тенденцією до зменшення (з 396 (15,6%) у 2014 році та 235 (9,3%) в 2018 році). Але, вже починаючи з 2021 року (370 випадків (14,6%)), спостерігалася зростання досліджуваного показника, який в 2024 році сягав 17,1% (435 випадків). Відсутність зменшення кількості переривань вагітності в терміні до 22 тижнів свідчить про наявність проблем в питаннях прегравідарної підготовки до вагітності жінок із соматичними та гінекологічними захворюваннями, які складають групу високого ризику щодо невиношування і недоношування вагітності.

Однією з причин переривання вагітності в терміні до 22 тижнів є виявлення під час рутинного обстеження вагітної ВВР плода. За даними форми № 21 «Звіт про медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям» департаменту охорони здоров'я Рівненської обласної державної адміністрації за 2014 – 2024 роки тільки в 2014 році під час планового ультразвукового дослідження виявлено 166

випадків ВВР плода, при цьому кожна друга жінка перервала вагітність за медичними показаннями.

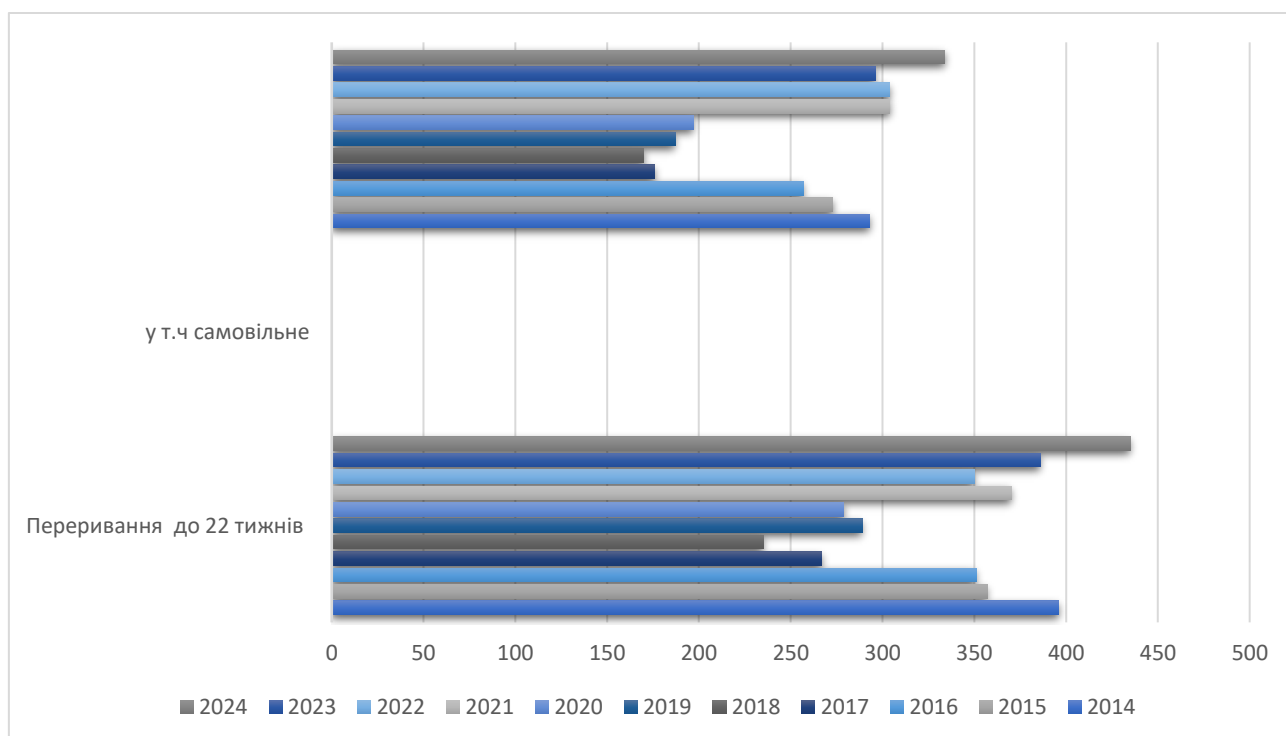


Рис. 2.3. Дані про динаміку кількості переривання вагітності в терміні до 22 тижнів у вагітних Рівненської області

Загалом за досліджуваний десятирічний період під час ультразвукового обстеження вагітних виявлено 1477 випадків ВВР плода. За медичними показаннями перервали вагітність до 22 тижнів 517 вагітних (35,0%), що сягає 13,9% від загальної кількості переривання вагітності.

Діагностика ВВР у ще живого плода створює вельми непросту ситуацію для обох батьків, коли процес переживання ними горя виникає ще до медичного втручання і тяжко травмує їхню психіку. Роздуми про власну відповідальність за стан внутрішньоутробного плода, звинувачення себе за легковажність під час запліднення та виношування плода своїми наслідками мають почуття скорботи з подальшим розвитком ПТСР. Нелегке остаточне рішення про переривання вагітності у разі наявності ВВР плода батьки приймають самі. І навіть за

наявності повної впевненості в правильності свого рішення, більша частина їх відчують провину за прийняте рішення та тривалий час страждають від докорів сумління і гнітючих сумнівів.

Вельми складним для батьків є рішення про збереження вагітності та виношування плода з ВВР. Проте результати ретроспективного аналізу свідчать, що 960 (75,0%) вагітних жінок із попередньо виявленими ВВР плода прийняли рішення про його виношування.

Сьогодні ультразвукове дослідження є «золотим стандартом» в діагностиці ВВР плода. Цей метод ефективно застосовується під час рутинного медичного супроводу вагітних. В поєднанні з біохімічним скринінгом, який проводиться планово в термінах з 11 тижнів 1 дня до 13 тижнів 6 днів та з 15 до 18 тижнів, ультразвукове дослідження забезпечує можливість виокремити вагітних, які потребують додаткового обстеження лікарем-генетиком для чіткої діагностики ВВР у плода.

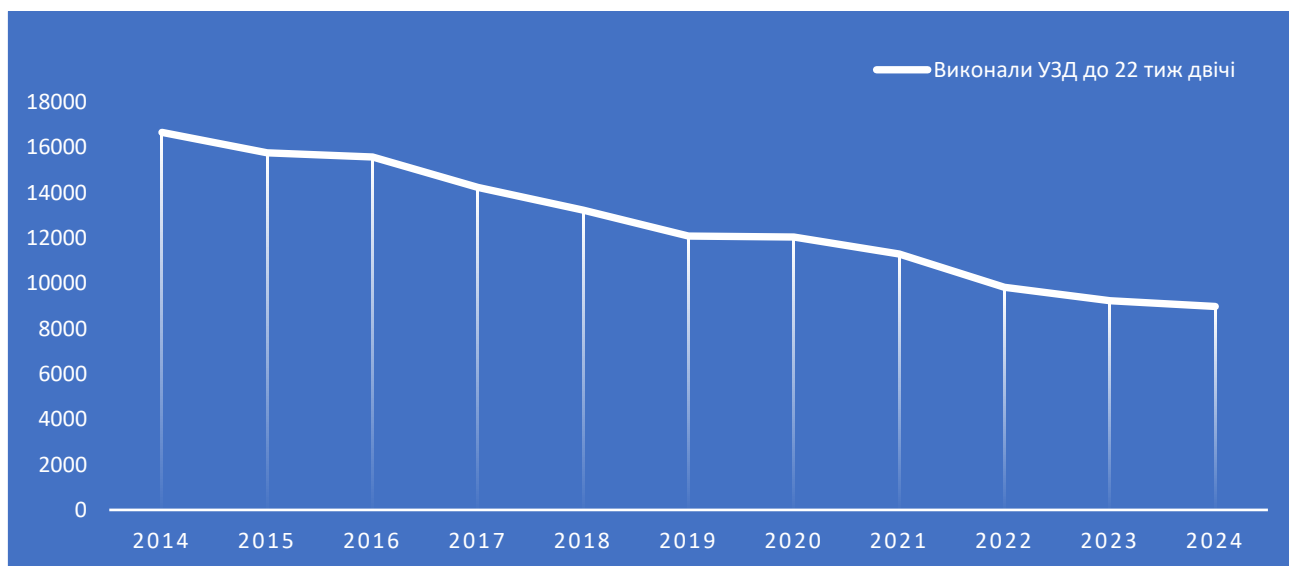


Рис. 2.4 Динаміка показника двократного ультразвукового дослідження до 22 тижнів вагітних Рівненської області

Так, за досліджуваний період в акушерських закладах Рівненської області двічі проведено 138883 ультразвукових дослідження в терміні до 22 тижнів, що складає 97,6% від загальної кількості жінок, що завершили вагітність. Щорічний

показник охоплення двократним ультразвуковим дослідженням до 22 тижнів вагітних (рис. 2.4) коливався в межах від 97,9% у 2014 році до 96,2% в 2024 році, що відповідає критеріям ефективності надання медичної допомоги вагітним [85].

Повномасштабна війна росії в Україні супроводжується зростанням кількості соціальних захворювань, серед яких інфікування ВІЛ / СНІДОМ, сифілісом тощо. Варто зазначити, що показник обстеження жінок з метою діагностики сифілісу упродовж усього досліджуваного періоду складає 100%; обстеженими до 30 тижнів були 137608 породіль (98,5%), що відповідає критеріям ефективності медичної допомоги вагітним та дозволило виявити захворювання, провести своєчасне лікування під час вагітності у 134 (0,1%) жінок.

Сьогодні ВІЛ / СНІД асоційований статус вагітних визначає не тільки стан здоров'я матері, а й плода та новонародженого [106]. Тому питання профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ інфекції від матері до дитини є одним із пріоритетних. «Золотим» діагностичним стандартом для виявлення ВІЛ / СНІД асоційований жінок під час вагітності за добровільної поінформованої згоди є виявлення ВІЛ-антитіл у сироватці крові шляхом імуноферментного аналізу. Як свідчать результати проведеного дослідження, 100% жінок (142483 жінки), що завершили вагітність, були обстежені для виключення ВІЛ / СНІД інфікування, в тому числі двічі – 97,6% (139109 жінок). ВІЛ позитивний статус виявлено у 486 вагітних, що складає 0,3%. На особливу увагу заслуговує факт зростання під час війни питомої ваги ВІЛ-асоційованих жінок в загальній популяції породіль Рівненської області. Так, за останнє десятиріччя кількість ВІЛ-асоційованих вагітних зросла на 176,4% (55 випадків в 2014 році, 152 випадки в 2024 році), що є ознакою низької обізнаності жителів області щодо шляхів інфікування та потребує перегляду напрямків санітарно-просвітницької роботи лікарів первинної та вторинної ланок надання медичної допомоги. Рання діагностика ВІЛ-асоційованого статусу в жінки під час вагітності є запорукою своєчасного початку антиретровірусної терапії, що разом з адекватною тактикою розродження та відмовою від природного вигодовування немовляти дозволяє

попередити вертикальну трансмісію ВІЛ інфекції від матері до дитини, знизити ризик його інфікування з 40% до 2% та зберегти здоров'я [106]. За результатами ретроспективного клініко-статистичного аналізу, від ВІЛ-асоційованих матерів народилося здоровими 137 (28,2%) новонароджених, що свідчить про високу якість надання медичної допомоги цій категорії вагітних.

Якість материнської яйцеклітини та спроможність до запліднення в першу чергу визначається станом соматичного здоров'я майбутньої матері. Навіть у разі повного соматичного здоров'я жінка потребує чотирьох місячної прегравідарної підготовки для забезпечення високої якості яйцеклітини, фізіологічного запліднення та ембріогенезу. Для жінок із соматичними захворюваннями, особливо у разі коморбідності, що передуює вагітності, прегравідарна підготовка має включати специфічні заходи, серед яких виключення лікарських засобів з тератогенними або несприятливими впливами на ембріон / плід, заміна їх, за показаннями, на безпечні, досягнення стану компенсації / ремісії соматичних захворювань під контролем профільних спеціалістів, визначення плану профілактики акушерських та перинатальних ускладнень. Не зважаючи на те, що медичний супровід таких жінок на етапі прегравідарної підготовки створює додаткове навантаження на систему охорони здоров'я області та країни, в цілому він є перспективним для формування позитивного досвіду вагітності та пологів та сприятиме збереженню соматичного та психологічного здоров'я матері та дитини.

За даними форми № 21 «Звіт про медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям» департаменту охорони здоров'я Рівненської обласної державної адміністрації за 2014 – 2024 роки у жінок зареєстровано 92793 окремих захворювання, які були або виникли під час вагітності (рис. 2.5). Оцінюючи показники соматичного здоров'я вагітних жінок області в досліджуваний період, ми звернули увагу на суттєве поширення у них захворюваності на анемію. Так, всього зареєстровано 35918 випадків захворюваності на анемію серед вагітних, що складає 38,7% від загальної кількості зареєстрованих захворювань.

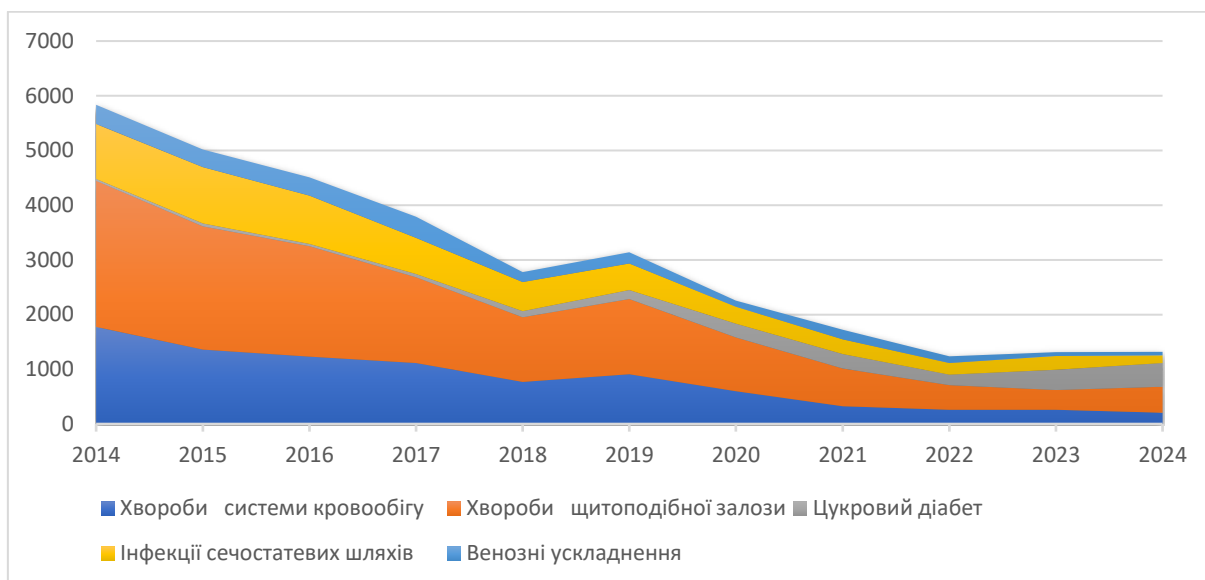


Рис. 2.5 Соматичні захворювання, які були або виявлені під час вагітності у жінок Рівненської області за період 2014 – 2024 р. р.

Водночас спостерігається стійка тенденція до зниження на 40,1% захворюваності на анемію серед вагітних: з 4152 випадків у 2014 році до 2485 – в 2024 році (рис. 2.6).

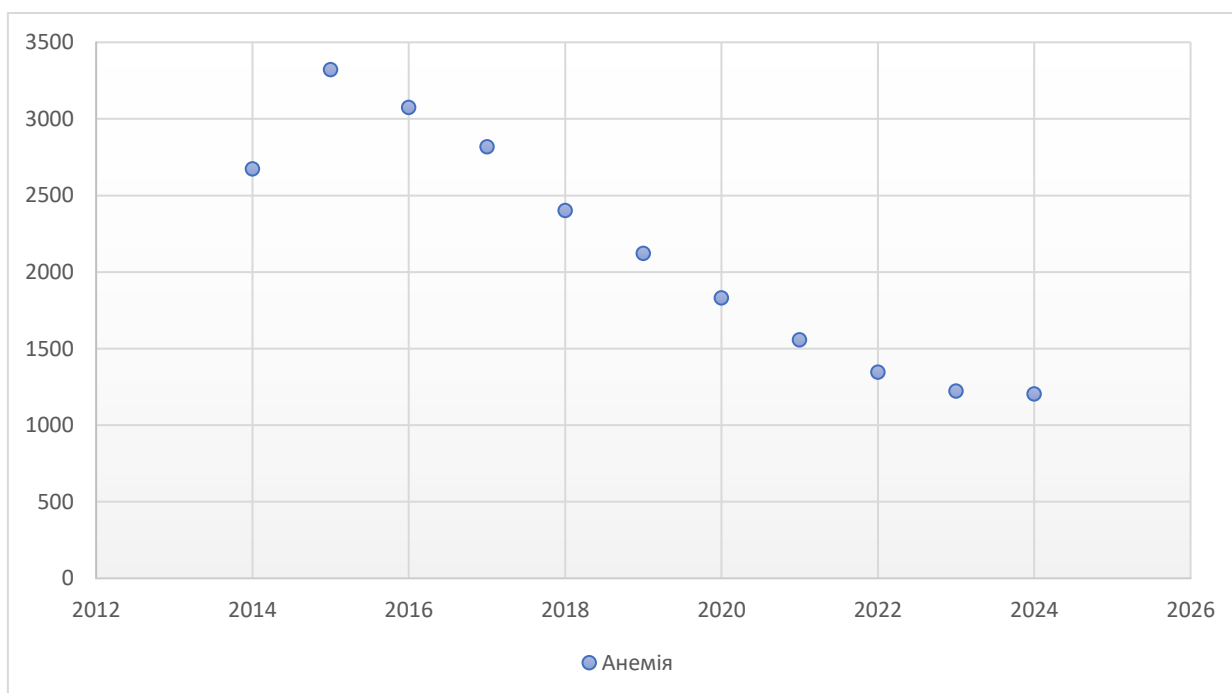


Рис. 2.6 Динаміка захворюваності на анемію серед вагітних Рівненської області в 2014 – 2024 р.р.

Аналогічні зміни відбуваються також із захворюваністю на інфекції сечостатевої системи: 16,0% (14859) вагітних області зазнали цих захворювань за десятирічний період, попри це загальний рівень захворюваності знизився на 46,3%: з 1952 в 2014 році до 1049 у 2024 році.

Останніми роками формується нестійка тенденція до зниження частоти захворювань серцево-судинної системи у вагітних жінок області, що є ознакою задовільного рівня їхнього медичного супроводу на прегравідарному етапі сімейними лікарями на первинній ланці медичної допомоги. Загалом частота захворювань серцево-судинної системи залишається доволі високою і сягає 14685 випадків, що становить 15,8% від загальної кількості зареєстрованих соматичних захворювань, які були або виявлені під час вагітності. Водночас зміни частоти захворюваності є більш динамічними, адже кількість вагітних із захворюваннями серцево-судинної системи знизилась на 58,4%: з 1704 у 2014 році до 709 у 2024 році, що становить (рис. 2.7).

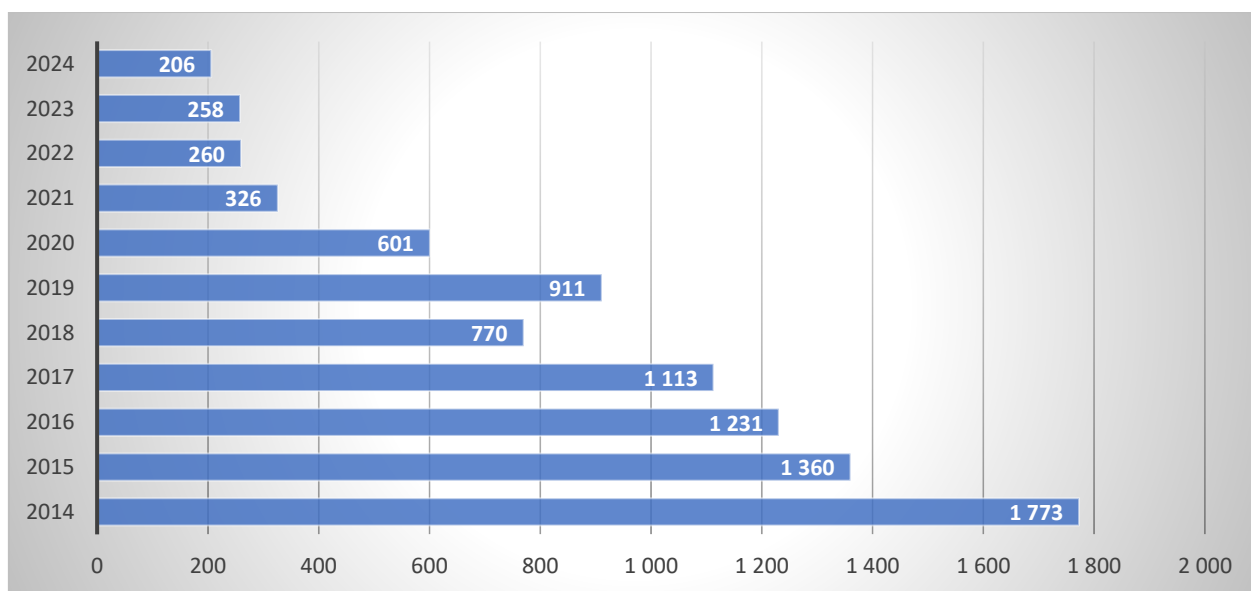


Рис. 2.7 Частота серцево-судинних захворювань, які були або виявлені під час вагітності у вагітних Рівненської області в 2014 – 2024 р.р.

Майже 19756 вагітних виношували вагітність на тлі захворювань щитоподібної залози, що становить 21,3% від загальної кількості зареєстрованих соматичних захворювань. При цьому майже 76,0% вагітних мали дифузний зоб І ступеню, негативний вплив якого на перебіг вагітності та пологів є мінімальним. Також відзначається суттєва позитивна динаміка частоти захворювань щитовидної залози серед вагітних Рівненської області у вигляді її зниження на 69,1%: з 2865 у 2014 році до 884 у 2024 році.

Практично не змінюється за останні десять років частота венозних захворювань під час вагітності. Максимальна кількість захворювань цієї групи зареєстрована у 2021 році (616), мінімальна – в 2024 (490). Загальна кількість зареєстрованих вагітних із венозними захворюваннями за 10 років дослідження складає 5948, що становить 6,4% від загальної кількості соматичних захворювань у вагітних.

Водночас спостерігається різке зростання, майже в 12 разів, частоти цукрового діабету у вагітних: з 33 випадків у 2014 році до 391 випадка в 2024. Загалом загальна кількість вагітних, що страждали на це захворювання, сягала 1575, що становить 1,7% від загальної кількості зареєстрованих соматичних захворювань під час вагітності (рис. 2.8).

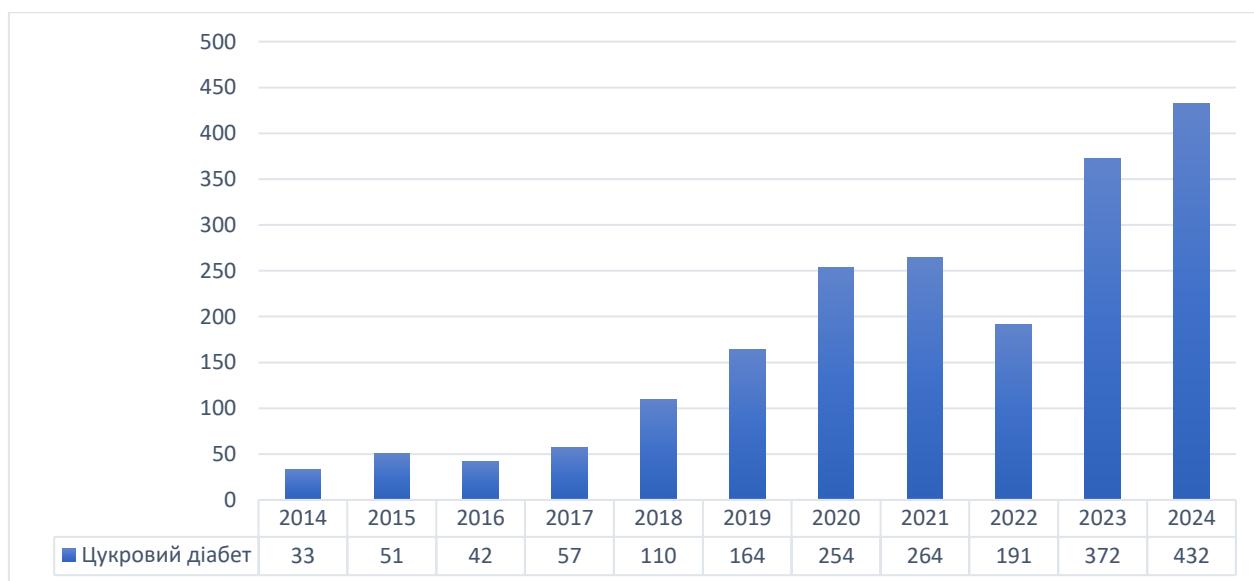


Рис. 2.8 Частота цукрового діабету, який був або виявлений під час вагітності у вагітних Рівненської області в 2014 – 2024 р.р.

Вагітні, що страждають на цукровий діабет, формують групу високого ризику щодо невиношування вагітності, артеріальної гіпертензії, порушень функції плаценти з негативними наслідками для внутрішньоутробного плода і новонародженого. Саме у вагітних із цукровим діабетом рано маніфестують великі акушерські ускладнення – важка прееклампсія, передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, які потребують передчасного розродження вагітної незалежно від терміну вагітності та життєздатності плода. У вагітних з цукровим діабетом частіше, ніж в загальній популяції породіль, виникають ВВР, ЗРП, діабетична фетопатія та загибель плода і новонародженого. Новонароджені від матерів з цукровим діабетом мають порушення вуглеводного обміну одразу після народження і потребують вживання реанімаційних заходів та виходжування у спеціалізованих відділеннях дитячих лікарень, що збільшує навантаження на лікарів та заклади охорони здоров'я області.

В цілій низці випадків лікарі – акушери та сімейні лікарі стикаються з поєднаною соматичною патологією у жінок під час вагітності, які є преморбідним фоном для розвитку акушерських і перинатальних ускладнень та сприяють погіршенню стану соматичного здоров'я матері, плода та новонародженого. Структура великих акушерських ускладнень вагітності у вагітних Рівненської області представлена в таблиці 2.1

Таблиця 2.1.

Структура акушерських ускладнень під час вагітності у жінок Рівненської області за 2014 – 2024 р.р.

Ускладнення вагітності	Показники	
	Абс.	%
Кровотеча у зв'язку з передлежанням плаценти	270	3,8
Кровотеча у зв'язку з передчасним відшаруванням плаценти	1019	14,4
Набряки, протеїнурія та гіпертензивні розлади	5783	81,8
у т.ч. прееклампсія, еклампсія	3416	59,1
у т.ч. важка прееклампсія, еклампсія	715	20,9
Всього	7072	

Таким чином, за результатами проведеного ретроспективного клінічно-статистичного аналізу упродовж десятирічного періоду (2014-2024 р.р.) в Рівненській області відбувається прогресуюче зниження на 42,4% загальної кількості вагітних, які перебували під медичним наглядом; залишаються незмінною частота переривання вагітності до 22 тижнів, при цьому 13,9% пізніх абортів виконуються за наявності ВВР плода, у 75,0% виявлених ВВР жінки приймають рішення про збереження вагітності; на 174,0% зросла кількість ВІЛ / СНІД асоційованих жінок в загальній популяції вагітних, проте 28,2% новонароджених цих матерів народилися здоровими; найбільш поширеними соматичними захворюваннями серед вагітних є анемія (38,7%), захворювання щитоподібної залози (21,3%), інфекції сечостатевої системи (16,0%) та захворювання серцево-судинної системи (15,8%); суттєво знизилася (40,1%) частота анемій, інфекцій сечостатевої системи (46,3%) та серцево-судинних захворювань (58,4%); частота венозних захворювань не має тенденції до змін; суттєво, майже в 12 разів, зросла серед вагітних кількість хворих цукровим діабетом.

2.2. Стан соматичного здоров'я та перебіг пологів і післяпологового періоду у жінок Рівненської області за 2014 – 2024 роки.

Для визначення стану соматичного здоров'я роділь / породіль, особливостей перебігу пологів і післяпологового періоду нами проведений ретроспективний клініко-статистичний аналіз форми № 21 «Звіт про медичну допомогу вагітним роділлям та породіллям» Департаменту цивільного захисту та охорони здоров'я населення Рівненської обласної ради за 2014 – 2024 роки. Як свідчать результати дослідження в пологодопоміжних закладах області за досліджуваний період прийнято усього 143090 пологів, проте зберігається загальна тенденція до зменшення щорічної кількості пологів. Так, в 2014 році загалом прийнято 17429 пологів, а вже у 2024 році – 9548, що на 45,2% менше.

Динаміка щорічної загальної кількості пологів за досліджуваний період представлена на рисунку 2.9

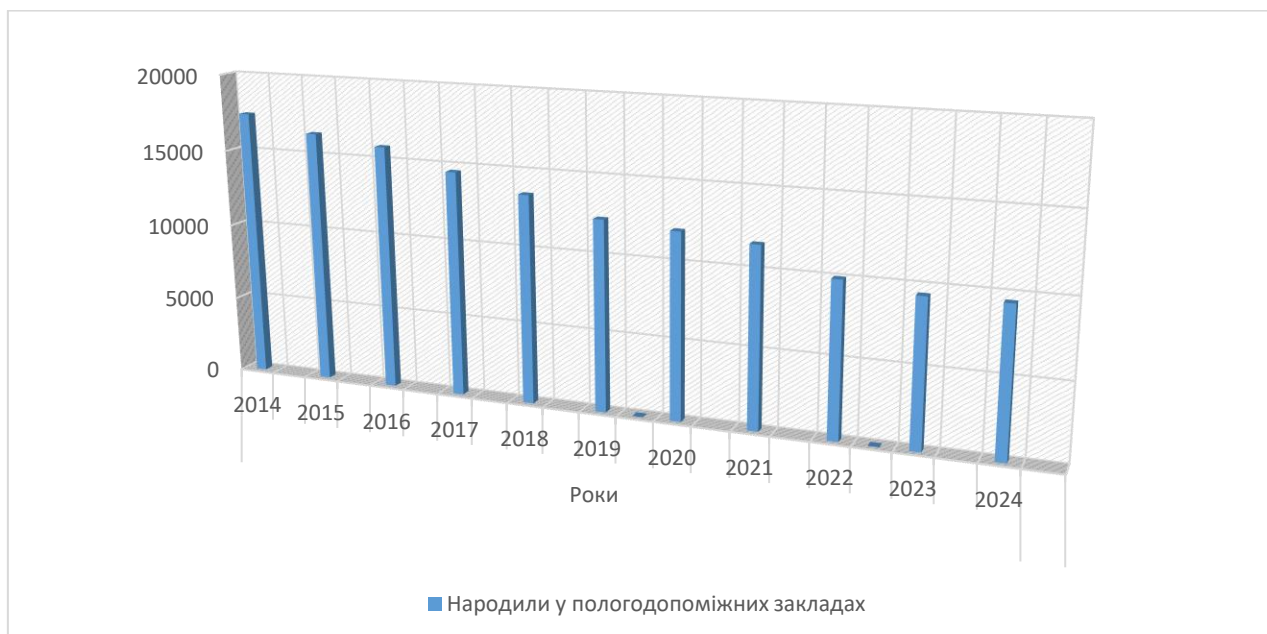


Рис. 2.9 Кількість пологів, прийнятих в пологодопоміжних закладах Рівненської області в 2014 – 2024 роках

Не може не турбувати зростання кількості пологів у жінок, які не перебували під наглядом лікарів під час вагітності, а також народжували поза пологовим відділенням. Питома вага таких пологів незначна і складає 0,1% і 0,15% відповідно, проте саме ці породіллі та їхні новонароджені складають групу високого ризику щодо акушерських і перинатальних ускладнень.

Переважає більшість жінок (130685 – 91,3%) народжували в найкращому для репродукції віці – з 18 до 34 років. Важливою є тенденція зменшення загальної кількості пологів у підлітків. За досліджуване десятиріччя відбулося всього 933 пологів у підлітків 14-17 років, проте в динаміці кількості таких пологів зменшилася більше ніж у 2 рази з 109 у 2014 році до 49 у 2024 році.

Аналізуючи паритет пологів у жінок Рівненської області, виявили нестійку тенденцію до зростання питомої ваги першороділь в загальній популяції породіль з 6169 (35,4%) у 2014 році до 6334 (40,0%) у 2016 році. В подальшому відбувається хвилеподібне коливання досліджуваного показника з тенденцією до

зниження: так, питома вага першороділь в 2017 році складала 38,0% (5561 роділля), в 2024 - 31,0% (2964).

Під час оцінки соматичного здоров'я визначено: у роділь / породіль Рівненської області загалом зареєстровано 56493 соматичних захворювання, що складає 39,5% від загальної кількості жінок. Структура соматичних захворювань роділь / породіль Рівненської області за 2014 – 2024 р.р. представлена на рис. 2.10

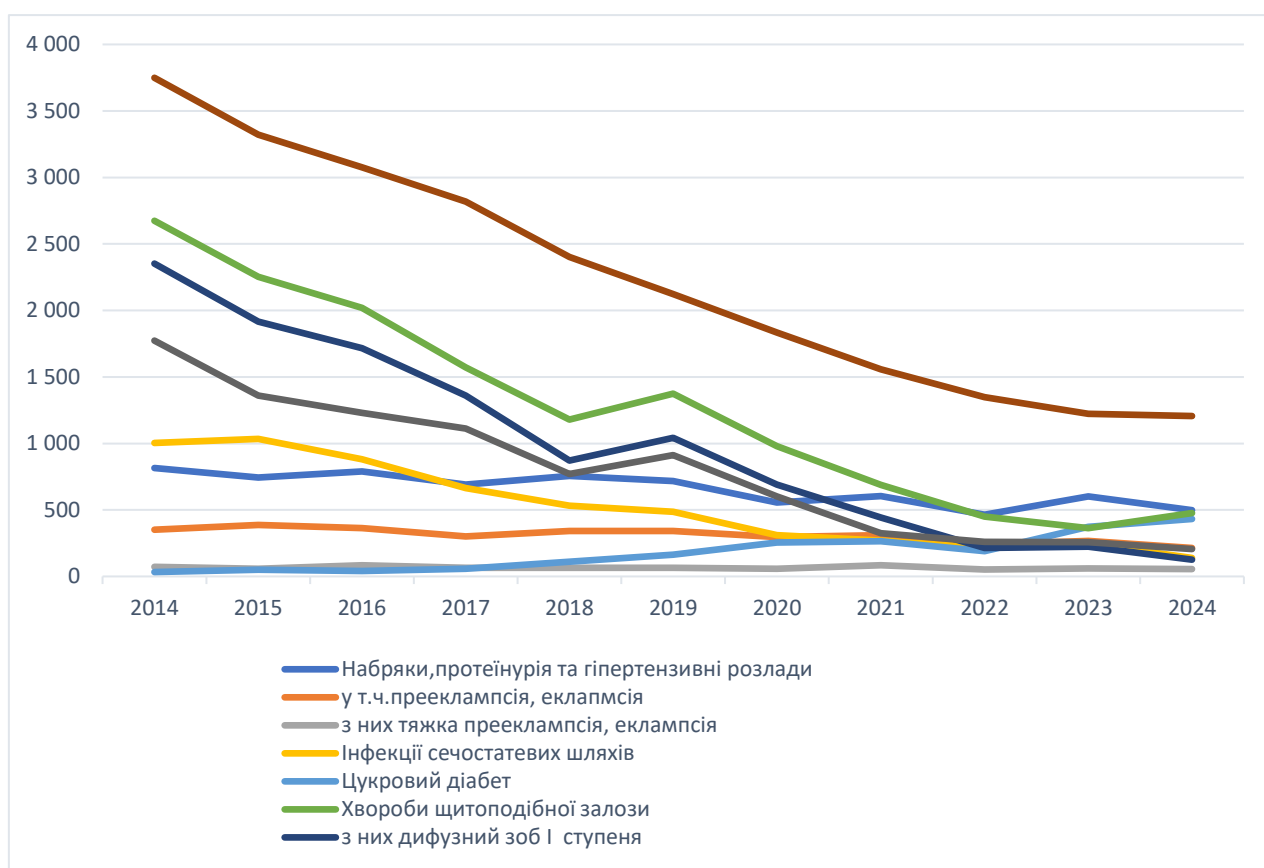


Рис. 2.10 Дані про соматичні захворювання роділь / породіль Рівненської області за 2014 – 2024 р.р.

Як свідчать наведені дані, найбільшу розповсюдженість під час пологів і в післяпологовому періоді має анемія, яка зареєстрована у 23581 жінок (16,5%). З початком гібридної війни у 2014 році показник захворюваності на анемію серед роділь / породіль досягає максимальних значень (3322 (20,2%)) у 2015 році, в

подальшому спостерігається стійка тенденція до його прогресуючого зниження до 1206 (12,6%) у 2024 році (рис. 2.11). Аналогічні тенденції в пологах і післяпологовому періоді зберігаються щодо хвороб системи кровообігу, щитовидної залози та інфекцій сечостатевої системи. Так, за роки спостереження частота хвороб системи кровообігу знизилася в 4,6 рази з 1773 (10,2%) у 2014 році до 206 (2,2%) у 2024 році; хвороб щитоподібної залози – в 3 рази з 2674 (15,3%) у 2014 році до 476 (5,0%) у 2024 році; інфекцій

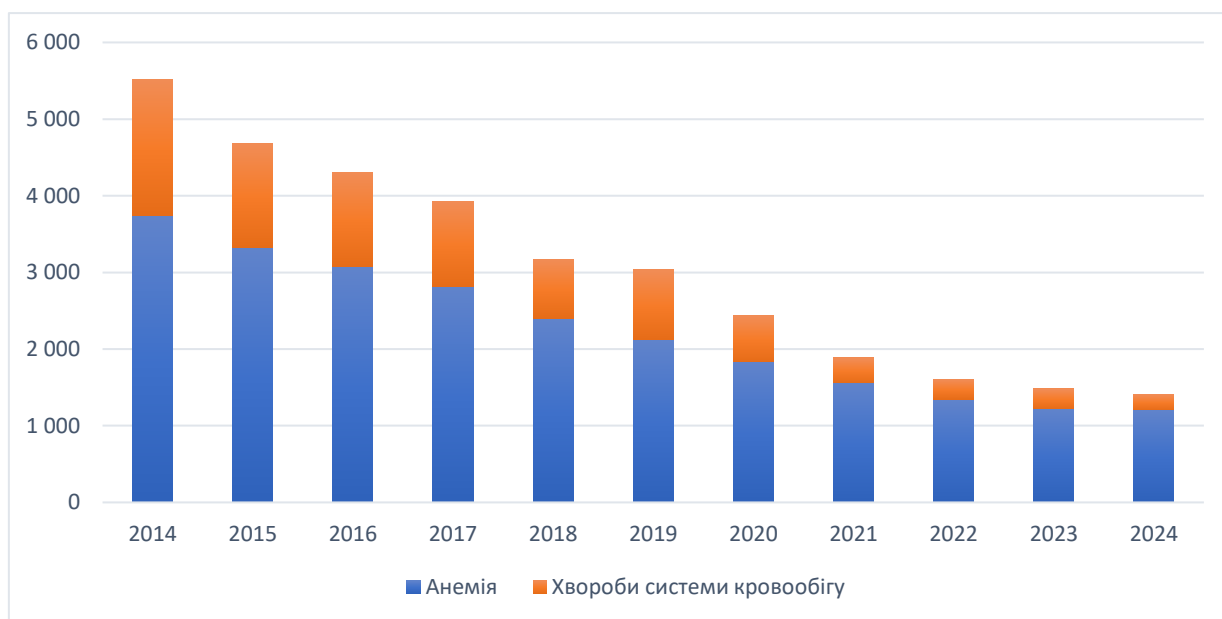


Рис. 2.11 Динаміка частоти захворюваності на анемію та хвороби системи кровообігу роділь / породіль Рівненської області за 2014 – 2024 р.р.

сечостатевої системи – у 3,9 рази з 1003 (5,8%) у 2014 році до 139 (1,5%) у 2024 році. Водночас спостерігається прогресуюче достовірне, майже у 22,5 рази, зростання захворюваності на цукровий діабет - з 33 (0,2%) випадків у 2014 році до 432 (4,5%) у 2024 році (рис. 2.12).

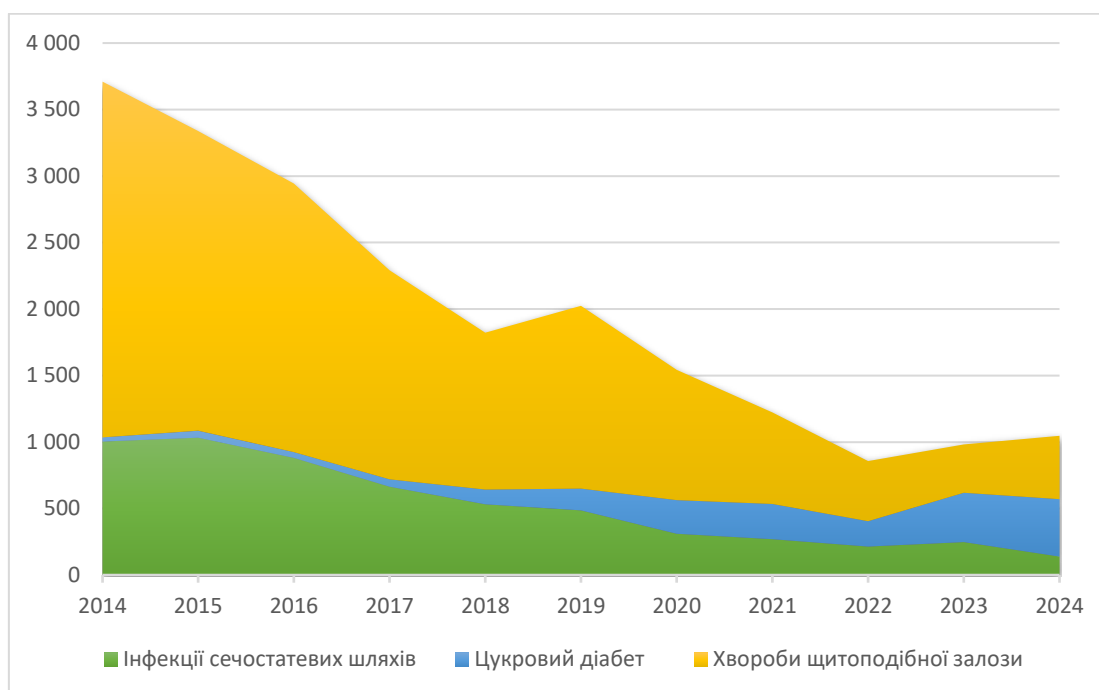


Рис. 2.12 Динаміка частоти захворюваності на цукровий діабет, хвороби щитовидної залози, інфекції сечостатевих шляхів роділь / породіль Рівненської області за 2014 – 2024 р.р.

Соматичні захворювання під час вагітності є преморбідним фоном для розвитку акушерських ускладнень під час пологів. Як свідчать результати ретроспективного клініко-статистичного аналізу, найбільш впливовими на стан здоров'я матері та якість її життя ускладненнями пологів і післяпологового періоду є пізні гестози (7234 випадка – 20,3%), кровотечі під час пологів, що зумовлені патологією розташування та відшарування плаценти (1289 випадків – 3,6%), аномалії скоротливої діяльності матки (6904 випадки – 19,4%), кровотечі в послідовому та ранньому післяпологовому періоді (1181 випадок – 3,3%), розрив промежини III – IV ступеню (33 випадки – 0,1%) та розриви матки (12 випадків – 0,03%) (рис. 2.13).

Для покращення уявлення про причини та недоліки в організації надання медичної допомоги є статистичні дані про структуру гіпертензивних розладів у роділь / породіль Рівненської області. Сьогодні преєклампсія та еклампсія під час вагітності, в пологах та післяпологовому періоді є найвпливовішими

ускладненнями, які мають віддаленні наслідки щодо серцево-судинних ускладнень в подальшому житті жінки.

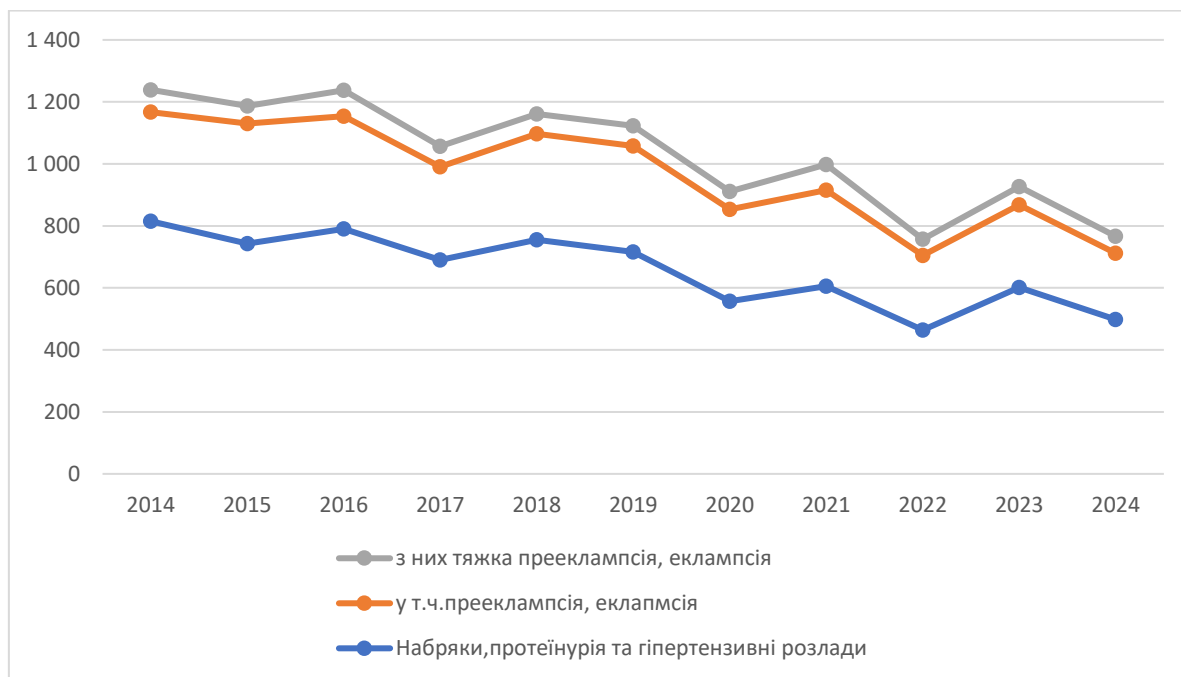


Рис. 2.13 Дані про акушерські ускладнення у роділь / породіль Рівненської області за 2014 – 2024 р.р.

Не зважаючи на постійне удосконалення тактики надання медичної допомоги жінкам з цією патологією, важка ПЕ та еклампсія традиційно посідають третє місце в структурі причин материнської смертності, а кожний третій новонароджений від матері з важкою преєклампсією та еклампсією народжується мертвим [107]. Проведені дослідження свідчать, що 20,3% (7234 випадків) жінок Рівненської області в пологах мали прояви будь-якої клінічної форми пізнього гестозу, серед яких набряки, протеїнурія, преєклампсія та еклампсія. Достовірно частіше виникала преєклампсія, яка зареєстрована у 3416 роділь / породіль (47,2%), при цьому в кожній п'ятій зареєстрована важка преєклампсія або еклампсія (відповідно 660 і 55 випадків – 19,3% і 1,6%). Не зважаючи на сучасні досягнення акушерської науки та практики упродовж десятирічного періоду спостереження частота преєклампсій в загальній структурі гіпертензивних розладів у породіль Рівненської області залишається

стабільною, незначно коливаючись в межах 43,2% (352 випадки 2014 рік) – 42,9% (214 випадків). Звертає на себе факт значного зростання числа прееклампсій та важких прееклампсій / еклампсій в 2014 році (випадків прееклампсії 352 - 43,5%, важкої прееклампсії / еклампсії 72 випадки – 20,5%) і в 2022 році (випадків прееклампсії 241 – 51,9%, важкої прееклампсії / еклампсії 55 випадків – 25,7%), що з великою долею вірогідності пов'язано зі значним психологічним напруженням в суспільстві на тлі воєнних дій та повномасштабного вторгнення окупантів в Україну.

Одним із провідних ускладнень пологів і післяпологового періоду, що визначають стан соматичного і психологічного здоров'я роділлі / породіллі є акушерські кровотечі, які можуть виникати як під час вагітності та пологів, так і в післяпологовому періоді. Масивні акушерські кровотечі в цілій низці випадків зумовлені станом соматичного здоров'я жінки та акушерськими ускладненнями, зокрема хронічними та гестаційними гіпертензивними розладами, прееклампсією, порушеннями коагуляції тощо. За досліджуваний період в пологодопоміжних закладах Рівненської області проведено 3022 (2,1%) пологів, які ускладнилися кровотечею. Аналіз частоти акушерських кровотеч в першому і другому періоді пологів показав, що таких кровотеч зареєстровано 1297 випадків, що складає 0,9% від загальної кількості пологів. Переважна більшість кровотеч зумовлена передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти, питома вага якої в загальному обсязі кровотеч сягала 78,6% (1019 випадків); в структурі причин акушерських кровотеч в пологах однією із провідних причин є передлежання плаценти (270 випадків – 20,8%) та порушення згортання крові (8 випадків – 0,6%). Кровотечі в послідовому та післяпологовому періодах зареєстровані у 1181 роділь / породіль, що складає 0,8% від загальної кількості пологів. Аналізуючи пологи та післяпологовий період у породіль з масивною акушерською кровотечею обсягом понад 1000 мл, питома вага яких сягає 21,7% від загальної кількості кровотеч в пологах і післяпологовому періоді (536), ми звернули увагу на тенденцію до щорічної стабілізації частоти таких пологів в межах 17,6% (47 випадків у 2014 році) –

19,7% (43 випадки в 2024 році) в загальній кількості кровотеч. Існуючі алгоритми надання невідкладної допомоги породіллям з ранніми гіпотонічними та атонічними кровотечами не завжди є ефективними, в цьому випадку задля збереження життя жінки виконується оперативне лікування з видаленням матки, яка є джерелом кровотечі [108]. Таких операцій упродовж досліджуваного десятиріччя виконано 117 (9,9% від загальної кількості випадків кровотеч в післяпологовому періоді). Це означає, що жінка назавжди втратила можливість виношування вагітності та народження дитини. Видалення матки є не просто фізичною травмою, вона має сильний психотравмуючий ефект, який стає причиною ПТСР та з високою долею вірогідності сприяє виникненню депресивних станів у породіль [110].

Як свідчать результати проведеного аналізу, в структурі пологів у жінок Рівненської області достеменно переважали нормальні пологи, щорічна кількість яких коливається від 13001 (74,6%) у 2014 році до 7358 (77,1%), а загальна чисельність за досліджуваний період становить 107 435 (75,1%) (рис. 2.14).

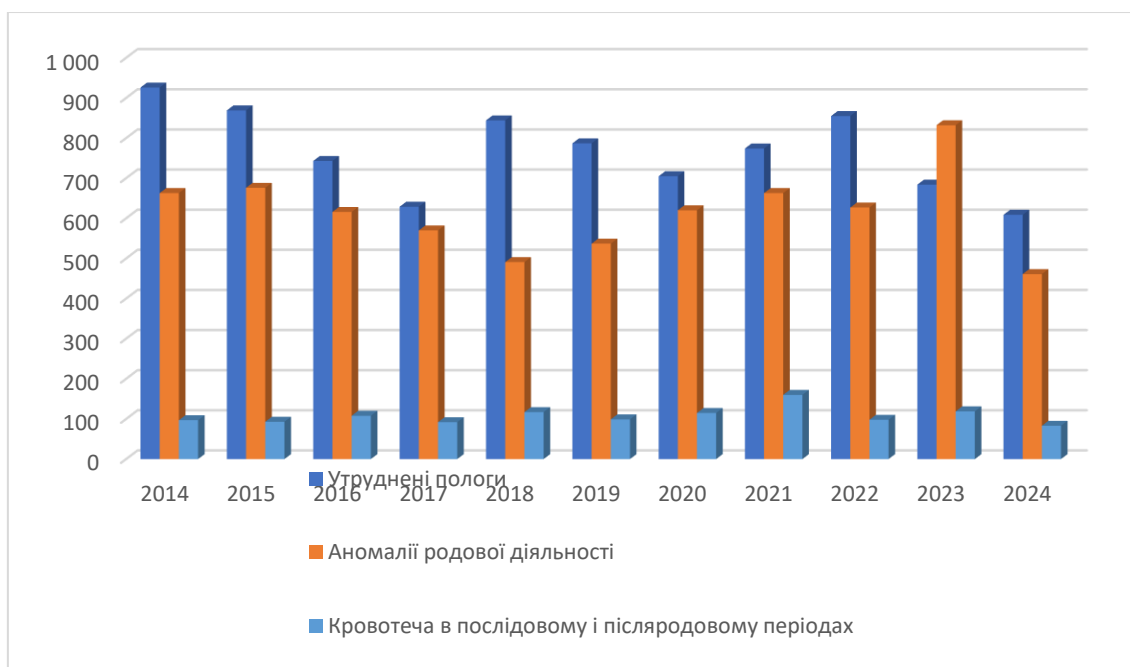


Рис. 2.14 Дані про структуру пологів у роділь / породіль Рівненської області за 2014 – 2024 р.р.

Такі показники відповідають критеріям ефективності надання медичної допомоги роділлям і породіллям [97]. Питома вага утруднених пологів через природні пологові шляхи складає 7049, що становить 4,9% від загальної кількості пологів, достовірно не змінюється і коливається від 4,3% (751 пологів) у 2014 році до 5,3% (509 пологів) у 2024.

Найбільш високий показник утруднених пологів зареєстрований в 2022 році (725 – 7,2%), що зумовлено як високим навантаженням на пологодопоміжні заклади області в зв'язку з різким зростанням чисельності ВПО, так і з дефектами / відсутністю їхнього медичного супроводу під час вагітності.

Особливістю акушерського сьогодення є поступове, але невпинне зростання частоти оперативного розродження роділь шляхом операції кесаревого розтину. Показання, умови та техніка виконання кесаревого розтину суворо регламентуються Стандартами надання медичної допомоги Міністерства охорони здоров'я України, а рішення про розродження вагітної або роділля операцією кесаревого розтину виважено приймається консилиумом лікарів [109]. Проведений рестроспективний аналіз свідчить, що кожні п'яті пологи в Рівненській області є оперативними (рис. 2.15).

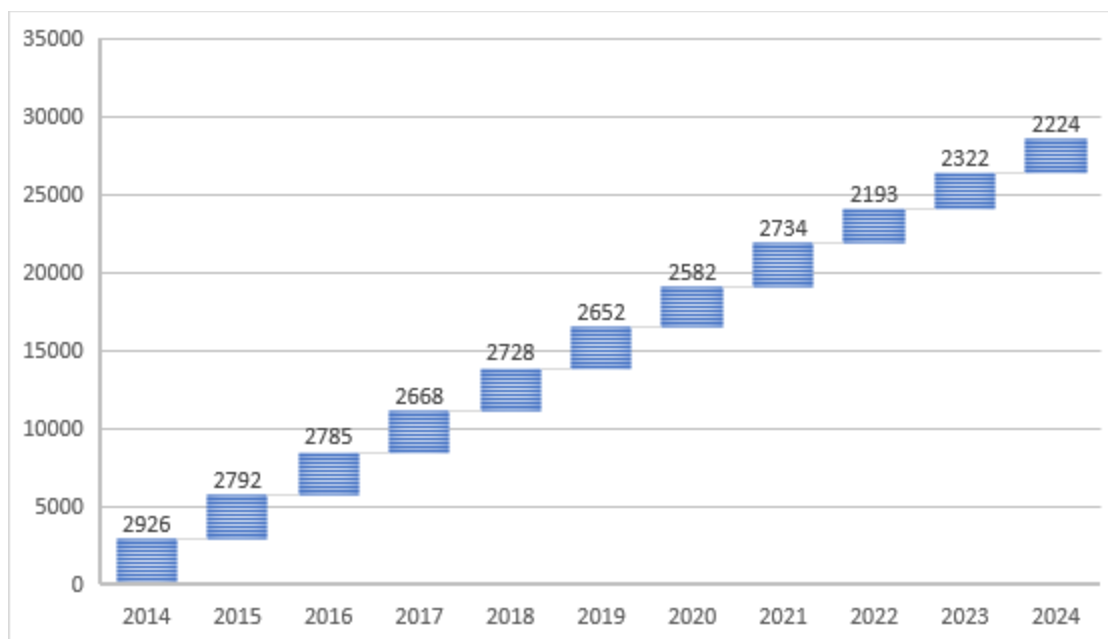


Рис. 2.15 Частота оперативного розродження операцією кесаревого розтину у роділь Рівненської області за 2014 – 2024 р.р.

Так, за досліджуване десятиріччя шляхом операції кесаревого розтину розроджено 28606 (20,0%) жінок. Частота абдомінальних пологів в пологових закладах області зростає з року в рік: в 2014 році питома вага операцій кесаревого розтину складала 16,8% (2926 пологів), в 2024 році – 23,3% (2224 пологів), тобто зросла майже у 1,5 рази. Зростання частоти оперативного розродження в сучасному акушерстві підвищує можливості позитивного досвіду пологів, забезпечує збереження здоров'я, а іноді навіть і життя, матері та новонародженому в разі виникнення серйозних акушерських або перинатальних ускладнень. Водночас підвищується частота ускладнень під час наступної вагітності та повторних операцій кесаревого розтину при наступних пологах. Сьогодні зменшення частоти оперативного розродження можливе тільки за умов покращення стану соматичного здоров'я матері на етапі прегравідарної підготовки, ретельного медичного супроводу планованої фізіологічної вагітності на підставах холістичного підходу.

Таким чином, аналіз форми № 21 «Звіт про медичну допомогу вагітним роділлям та породіллям» Департаменту цивільного захисту та охорони здоров'я населення Рівненської обласної ради за 2014 – 2024 роки показав, що в останнє десятиріччя в Рівненській області на 42,5% знизилась кількість пологів; 91,3% жінок народжувала в молодому і середньому репродуктивному віці, що сприяє народженню здорових нащадків; кожна третя роділля народжувала первістка; найбільш поширеними соматичними захворюваннями під час вагітності були анемія (16,5%), хвороби щитоподібної залози (9,8%), системи кровообігу (6,2%) та інфекції сечостатевої системи (4,0%), проте їхня частота мала тенденцію до зниження; в 22,5 рази зросла захворюваність роділь на цукровий діабет; типовими ускладненнями пологів і післяпологового періоду виявилися пізні гестози (20,3%), кровотечі під час пологів і післяпологового періоду (2,1%); у кожної п'ятої породіллі акушерська кровотеча набувала характеру масивної (20,7%); частота важких прееклампсій / еклампсій та акушерських кровотеч в пологах не має тенденції до зниження; питома вага нормальних пологів відповідає стандартам якості надання медичної допомоги під час пологів

(75,1%); частота оперативного розродження шляхом операції кесаревого розтину сягала 20,0% і мала тенденцію до зростання.

2.3. Особливості стану плода і здоров'я новонароджених матерів Рівненської області в умовах війни.

З метою вивчення стану соматичного здоров'я новонароджених та дітей першого року життя проведено ретроспективний клініко-статистичний аналіз форми №20 «Звіт про медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям» і форми №21-а «Звіт про медичну допомогу роділлям (породіллям), новонародженим та дітям першого року життя» Департаменту цивільного захисту та охорони здоров'я населення Рівненської обласної державної адміністрації за 2014 – 2024 р.р.

Як свідчать результати дослідження в період 2014 – 2024 р.р. в Рівненській області всього народилося 144867 немовлят, серед яких 144035 народилися живими (99,4%) і 832 (0,6%) мертвими (рис. 2.16).



Рис. 2.16. Дані про кількість новонароджених Рівненської області в 2014 – 2024 р.р

Розглядаючи терміни вагітності, в яких відбулися пологи, що є одним із визначальних факторів здоров'я немовлят одразу після народження і в перший рік їхнього життя, визначено, що в загальній популяції новонароджених Рівненської області за досліджуваний період часу 7246 (5,0%) немовлят народилося передчасно, серед них 6728 (92,9%) новонароджених народилося живими і 518 (7,1%) були мертвонародженими. Не зважаючи на широке застосування сучасних методів попередження і лікування ПП, сьогодні немає тенденції до зниження їхньої чисельності. Водночас саме недоношені новонароджені формують показники інвалідності з дитинства, перинатальної захворюваності та смертності.

Як свідчать дані проаналізованої форми №20 «Звіт про медичну допомогу вагітним, роділлям та породіллям», кожний п'ятий новонароджений, що народився хворим і захворів, є недоношеним (5541 – 19,1%). Найгірші наслідки виникають у глибоко недоношених новонароджених, масою тіла до 1000 г.: з 426 (7,7%) таких новонароджених 177 (41,5%) народилися мертвими, 167 (37,6%) померли від 0 до 6 діб життя. Отримані показники відповідають сучасним уявленням про частоту і перинатальні наслідки недоношування вагітності: в усьому світі недоношені діти у 8 – 12 разів частіше народжуються мертвими, а смертність недоношених немовлят в перші 168 годин життя у 50 разів вища, ніж у доношених новонароджених [102].

Особливістю захворюваності і смертності недоношених немовлят є поєднання декількох патологічних станів. Причини захворюваності та смерті недоношених новонароджених з урахуванням гестаційного віку та їхньої ваги при народженні відображені в таблиці 2.2

Отже, на одного малюка припадає від 3-4 до 5-6 коморбідних станів, що негативно впливає на наслідки його лікування та у цілій низці випадків призводить до його загибелі.

Серед недоношених новонароджених з масою тіла при народженні більше 1000 г народилися хворими і захворіли 5115 немовлят, що складає 70,6% від загальної кількості недоношених новонароджених. Також результати

ретроспективного аналізу свідчать: 229 (92,0%) недоношених масою більше ніж 1000 г при народженні, з числа тих, що народилися хворими і захворіли, не мали позитивного ефекту від лікування і померли, з них 174 (76,0%) померли в перші 0-6 діб життя. Для недоношених новонароджених, що народились хворими і захворіли, та під час народження мали масу тіла більше, ніж 1000 г, медична допомога виявилася неефективною у 147 випадках, що склало 2,9%, при цьому 115 з них (78,2%) померли у перші 0 - 6 діб.

На показники соматичного здоров'я та смертності недоношених новонароджених суттєво впливає наявність ізольованих вроджених вад мультифакторіального походження та хромосомні синдроми, частоту яких відображено в таблиці 2.2

Таблиця 2.2

Дані про частоту ізольованих вроджених вад мультифакторіального походження та хромосомні синдроми у недоношених новонароджених Рівненської області в 2014 -2024 р.р.

Найменування	Живонароджені вагою		Мертвонароджені вагою	
	500 – 999 г	1000 г більше	500 – 999 г	1000 г більше
Аненцефалія		6		6
Спинномозкова кила	1	51		2
Розщеплення губи і/або піднебіння		147		
Атрезія страховоду і ануса	1	57		
Редукційні вади кінцівок, полідактилія		223		
Множинні вади розвитку	3	66	2	12
Синдром Дауна		179		1
Синдром Патау		2	1	
Синдром Едвардса			1	1

Таблиця 2.3.

Дані про захворювання і причини смерті новонароджених Рівненської області у 2014 – 2024 р.р

Захворювання та причини смерті новонароджених	Недоношені новонароджені				Доношені новонароджені (n=21926)	
	маса тіла <1000 г (n=249)		маса тіла >1000 г (n=5115)			
	Абс.	%	Абс.	%	%	Абс.
Уроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення	13	2,8°	286	5,6	4669	21,3
Окремі стани, які виникають у перинатальному періоді	740	297,2*°	6300	123,2	30249	138,0
Родова травма	20	8,0	73	1,4	2484	11,3
Внутрішньоматкова гіпоксія і асфіксія у родах	21	8,4	267	5,2	700	3,2
Розлади дихальної системи, що виникають у перинатальному періоді	238	95,6*°	1448	28,3	3154	14,4
Уроджені пневмонії	37	14,9°	255	5,0	447	2,0
Бактеріальний сепсис	27	6,3°	80	1,6	39	0,2
Внутрішньошлуночкові та субарахноїдальні крововиливи	52	20,9	355	6,9	1969	9,0
Геморагічна хвороба	24	9,6*°	21	0,4	36	0,2
Легенева кровотеча	6	2,4	7	0,2	55	0,3
Гемолітична хвороба плода та новонародженого, водянка плода, обумовлена	2	0,8*°	912	17,8	1496	6,9

Аналізуючи стан здоров'я доношених новонароджених, які народилися в пологодопоміжних закладах Рівненської області у 2014 – 2024 р.р., привертає до себе увагу той факт, що кожний шостий живий доношений новонароджений або народився хворим, або захворів в найближчі години після народження. Загалом в пологових відділеннях Рівненської області за період з 2014 по 2024 рік народилося 138494 живих доношених новонароджених. За даними третьої частини форми №21-а «Звіт про медичну допомогу роділлям (породіллям), новонародженим та дітям першого року життя» Департаменту цивільного захисту та охорони здоров'я населення Рівненської обласної державної адміністрації за 2014 – 2024 р.р. народились хворими і захворіли 21926 немовлят, що склало 15,8% від загального числа живих доношених новонароджених. Структура захворювань доношених новонароджених представлена в таблиці 2.3.

Аналіз ефективності медичної допомоги новонародженим цієї групи є більш перспективним, оскільки загалом померло тільки 115 (0,5%) новонароджених, при цьому смертність в перші 0 – 6 діб життя також залишається високою і сягає 92,2% (106 новонароджених). Таким чином, аналізуючи терміни смерті новонароджених, що народилися хворими і захворіли, маємо висновок, що в усіх гестаційних групах новонароджених переважає рання неонатальна смертність, яка найчастіше за все є наслідком порушень стану плода і під час вагітності, і під час пологів.

З іншого боку, для захворюваності живих новонароджених, які народилися хворими і захворіли, незалежно від їхнього гестаційного віку та маси тіла на час народження, притаманний високий рівень коморбідності, що зумовлює необхідність переведення новонароджених для лікування в інші стаціонари, що підвищує навантаження на кадровий склад та фінансові витрати спеціалізованих лікувальних закладів. За даними проведеного ретроспективного аналізу за 10 років всього із 27290 новонароджених, що народилися хворими і захворіли, до інших стаціонарів і відділень, включаючи відділення патології і другий рівень виходжування недоношених, перевели 8073 новонароджених, що складає 29,6%.

Сьогодні не викликає сумнівів факт негативного впливу ускладненого перебігу вагітності, пологів та періоду ранньої неонатальної адаптації, який триває перші 168 годин життя дитини, на стан його здоров'я в подальшому житті. Про це яскраво свідчать дані форми №21-а «Звіт про медичну допомогу роділлям (породіллям), новонародженим та дітям першого року життя» Департаменту цивільного захисту та охорони здоров'я населення Рівненської обласної державної адміністрації за 2014 – 2024 р.р. Відомості про померлих до 1 року в стаціонарі з розподілом за вагою тіла при народженні в педіатричних та інших стаціонарах з числа переведених з акушерських стаціонарів або госпіталізованих та відомості про померлих до 1 року поза стаціонаром, що перебували під наглядом дитячих поліклінік (консультацій, кабінетів), відображені в таблицях 2.3. і 2.4 відповідно.

Як свідчать результати проведеного ретроспективного аналізу, із 8073 новонароджених, які були переведені в педіатричні та інші стаціонари Рівненської області у 2014 – 2024 р.р., упродовж року померло 468 дітей (5,8%). Найбільш вразливою виявилася група дітей, що народилися з вагою тіла 3000-3499 г, з яких 21,4% (100 випадків) померли у віці від 28 днів до 1 року життя (табл. 2.3). Загалом, найвищою є смертність дітей, незалежно від ваги тіла при народженні, саме у віці від 28 днів до 1 року життя, питома вага яких за десятирічний період спостереження сягала 52,8% (247 випадків). Найвища питома вага померлих дітей у віці до 1 року поза стаціонарами, що перебували під наглядом дитячих поліклінік (консультацій, кабінетів) Рівненської області у 2014 – 2024 р.р. (табл. 2.4), припадає на вік від 28 днів – до 1 року життя (87 випадків – 87,9%), водночас найбільш вразливими залишаються діти, які народилися з вагою тіла 3000-3499 г (35 – 35,4%).

Таким чином, проведений ретроспективний аналіз показників захворюваності та смертності новонароджених та дітей першого року життя свідчить, що 99,4% малюків народилися живими; питома вага недоношених новонароджених в загальній популяції новонароджених складає 5,0%, що відповідає світовим

Табл. 2.3

Відомості про померлих до 1 року з розподілом за вагою тіла при народженні з числа переведених з акушерських стаціонарів або госпіталізованих в педіатричні та інші стаціонари Рівненської області у 2014 – 2024 р.р.

Вік на момент смерті	Вага тіла при народженні в грамах																
	< 500		500-999		1000-1499		1500-1999		2000-2499		2500-2999		3000-3499		3500 і більше		Всього
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
Перші 0 - 6 діб життя	-	-	24	24,7	18	18,6	14	14,4	11	11,3	8	8,2	12	12,4	10	10,3	97
7 – 27 повних діб	-	-	24	19,3	23	18,5	17	13,7	11	8,9	14	11,3	20	16,1	15	12,1	124
28 діб – 1 рік	-	-	33	13,4	15	6,1	12	4,9	23	9,3	39	15,8	68	27,5	57	23,1	247
Всього	-	-	81	17,3	56	12,0	43	9,2	45	9,6	61	13,0	100	21,4	82	17,5	468

Табл. 2.4

Відомості про померлих до 1 року поза стаціонарів, що перебували під наглядом дитячих поліклінік (консультацій, кабінетів) Рівненської області у 2014 – 2024 р.р.

Вік на момент смерті	Вага тіла при народженні в грамах																
	< 500		500-999		1000-1499		1500-1999		2000-2499		2500-2999		3000-3499		3500 і >		всього
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	
Перші 0 - 6 діб життя	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3
7 – 27 повних діб	-	-	-	-	-	-	-	-	2	22,2	2	22,2	3	33,3	2	22,2	9
28 діб – 1 рік	-	-	-	-	1	1,1	5	5,7	8	9,2	19	21,8	31	35,6	23	26,4	87
	-	-	-	-	1	1,0	5	5,1	10	10,2	22	22,2	35	35,4	26	26,3	99

показникам; кожний п'ятий новонароджений, що народився хворим і захворів, є недоношеним (19,1%); загальна кількість недоношених немовлят, що народилися хворими і захворіли, сягає 70,6%; захворюваність у новонароджених характеризується високим показником коморбідності, що зумовлює, з одного боку, формування показників малюкової і дитячої смертності до року, а з іншого, потребує додаткових витрат під час їхнього лікування.

РОЗДІЛ 3 ПРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ, ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ, СТАНУ ПЛОДА І НОВОНАРОДЖЕНОГО У ЖІНОК РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Для виконання одного із завдань дослідження, яке полягало в проспективному дослідженні перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду, стану плода і новонародженого у жінок Рівненської області, які виявили бажання бути залученими до оцінки їхнього психологічного стану, проведено аналіз первинної облікової документації форми № 113/о «Обмінна карта пологового будинку, пологового відділення лікарні», форми № 096/о «Історія вагітності і пологів» 47 жінок та форми № 097/о «Медична карта новонародженого» 47 новонароджених. Усі жінки в період з 01 лютого по 30 квітня 2025 року знаходились на лікуванні та розродженні в КП «Обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради і були розподілені на основну (29 вагітних, близькі та рідні яких на час проведення опитування знаходилися в лавах ЗСУ) і групу співставлення (18 вагітних, близькі та рідні яких не служили у ЗСУ).

3.1. Клінічна характеристика жінок Рівненської області, які виявили бажання бути залученими до оцінки їхнього психологічного стану.

Виявили бажання бути залученими до оцінки психологічного статусу вагітні віком від 20 до 35 років. За середнім віком вагітні основної та групи співставлення не мали достовірних розбіжностей ($26,2 \pm 3,1$ та $28,5 \pm 3,1$ роки відповідно) (табл. 3.1.1).

Таблиця 3.1

Розподіл жінок за віком (роки) (абс. ч., %)

Вік жінок, роки	Значення показника	
	Основна група (n = 29)	Група співставлення (n = 18)
21 – 25	6 (20,7)	3 (16,7)
>25 – 30	16 (55,2)	10 (55,6)
> 30 – 35	7 (24,1)	5 (27,8)

За соціальним, сімейним та матеріальним станом вагітні обох груп були однорідними. Постійне працевлаштування мала переважна кількість обстежуваних вагітних (основна група 20 жінок (69,0%), група співставлення 11 (61,%), $p>0,05$). Усі вагітні перебували в офіційному шлюбі. Переважна більшість жінок мешкали в Рівненській області (основна група 22 (75,9%), група співставлення 13 (72,2%), $p>0,05$). Решта вагітних постійно проживала в м. Рівне.

Кожна друга вагітна досліджуваних груп (основна група 15 (51,7%) група співставлення 9 (50,0%), $p>0,05$) не мала в анамнезі інфекційних захворювань. Частота інфекційних захворювань у вагітних досліджуваних груп відображена в таблиці 3.1.2)

Таблиця 3.2

Відомості про перенесені інфекційні захворювання в анамнезі (абс. ч., %)

Показник	Значення показника	
	Основна група (n = 29)	Група співставлення (n = 18)
Вітряна віспа	7 (24,1)*	6 (33,3)*
Краснуха	2 (6,8)*	0 (0,0)
Вірусний гепатит	5 (17,2)*	0 (0,0)
Ангіна	1 (3,4)*	2 (11,1)*
Скарлатина	0 (0,0)	1 (5,6)*
Не мали захворювань	15 (51,7)*	9 (50,0)*
Примітка: * – вираховано від загальної кількості жінок групи ° достовірність відмінностей між основною і групою співставлення ($p<0,05$)		

За матеріалами форми № 113/о «Обмінна карта пологового будинку, пологового відділення лікарні. Талон 1. Відомості жіночої консультації про вагітну», під час першого візиту для медичного супроводу середнє значення ваги обстежених вагітних основної групи становило $65,6\pm 6,2$ кг, в групі співставлення цей показник сягав $67,3\pm 6,4$ кг ($p>0,05$), росту – $166,3\pm 7,2$ см і $165,5\pm 7,5$ см відповідно ($p>0,05$). Середнє значення індексу маси тіла (ІМТ) у досліджуваних вагітних знаходилось в межах фізіологічної норми і становило $24,2\pm 4,2$ кг/см³ і

24,8±4,4 кг/см³ відповідно ($p>0,05$) (табл. 3.1.3). Показник середньої загальної надбавки ваги за всю вагітність жінок основної групи склав 15,8 ± 1,2 кг, жінок групи співставлення 16,4± 1,4 кг ($p>0,05$).

Таблиця 3.3

Показники ІМТ у обстежених жінок (абс. ч., %)

Показник	Значення показника	
	Основна група (n = 29)	Група співставлення (n = 18)
< 18,5	3 (10,3)	1 (5,6)
18,5 – 24,9	15 (51,7)	10 (55,6)
25,0-29,9	9 (31,0)	5 (27,7)
> 30	2 (6,9)	2 (11,1)

Таким чином, кожна друга жінка під час першого візиту до жіночої консультації для медичного спостереження вагітності мала значення ІМТ, що відповідало нормі (основна група 9 (31,0%), група співставлення 10 (55,6%), $p>0,05$); в обох досліджуваних групах переважали вагітні з ІМТ, який свідчить про надмірну вагу (основна група 9 (31,0%), група співставлення 5 (27,7%), $p>0,05$). Патологічні показники ІМТ зареєстровані у 5 вагітних (17,2%) основної і 3 (16,7%) групи співставлення ($p>0,05$). Наявність патологічного показника ІМТ є одним із факторів ризику акушерських і перинатальних ускладнень, тому такі вагітні потребують особливої уваги під час контактів з лікарем-акушером, ретельних консультацій щодо гігієни харчування під час вагітності.

Усі вагітні основної та групи співставлення мали супутню соматичну патологію (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Соматичні захворювання в анамнезі у обстежених жінок (абс. ч., %)

Показник	Значення показника	
	Основна група (n = 29)	Група співставлення (n = 18)
Аденома гіпофіза	1 (3,4)*	0 (0,0)
Аутоімунний тиреоїдит	2 (6,9)*	1 (5,6)*

Варикозна хвороба вен	6 (20,7)*	4 (22,2)*
Гіпертонічна хвороба	9 (31,0)*	6 (33,3)*
Гломерулонефрит	1 (3,4)*	1 (5,6)*
Залізодефіцитна анемія хронічна	9 (31,0)*	9 (50,0)*
Системний червоний вовчак	3 (10,3)*	1 (5,6)*
Хронічний гепатохолецистит	8 (27,6)*	6 (33,3)*
Хронічний дуоденіт, пептична виразка шлунку	7 (24,1)*	3 (16,7)*
Хронічний пієлонефрит	9 (31,0)*	4 (22,2)*
Цукровий діабет	6 (20,7)*	3 (16,7)*
Хронічний гайморит	2 (6,9)*	1 (5,6)*
Ожиріння	2 (6,9)*	2 (11,1)*
Примітка: * – вираховано від загальної кількості жінок групи із соматичними захворюваннями ° достовірність відмінностей між основною і групою співставлення ($p < 0,05$)		

В окремих випадках (основна група 17 (58,6%), група співставлення 10 (55,6%), $p > 0,05$) у вагітних реєструвалася поєднана соматична патологія.

Найчастіше у вагітних досліджуваних груп соматичний анамнез виявився обтяженим гіпертонічною (основна група 31,0%, група співставлення 33,3%, $p > 0,05$) та варикозною хворобами (основна група 22,7%, група співставлення 22,2%, $p > 0,05$), захворюваннями шлунково-кишкового тракту, печінки та жовчовивідних шляхів (основна група 24,1% і 27,6%, група співставлення 16,7% і 33,3% відповідно, $p > 0,05$), кожна п'ята вагітна (20,7%) основної групи та кожна шоста (16,7%) групи співставлення мали цукровий діабет ($p > 0,05$).

Майже кожна друга вагітна досліджуваних груп (основна група 17 (58,6%), група співставлення 10 (55,6%), $p > 0,05$), мали до вагітності обтяжений гінекологічний анамнез (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Гінекологічні захворювання в обстежених жінок (абс. ч., %)

Показник	Значення показника	
	Основна група (n = 17)	Група співставлення (n = 10)
Запальні захворювання ОМТ	4 (23,5)*	3 (30,0)*
Захворювання ШМ	3 (17,6)*	1 (10,0)*

ІПСШ	5 (29,4)*	2 (20,0)*
Синдром склерополікістозу яєчників	2 (11,8)*	1 (10,0)*
Ендометріоз	3 (17,6)*	2 (20,0)*
Лейоміома матки	2 (11,8)*	2 (20,0)*
ПМЦ	2 (11,8)*	1 (10,0)*
Дисгормональні захворювання молочної залози	5 (29,4)*	3 (30,0)*
Примітка: * – вираховано від загальної кількості жінок групи із соматичними захворюваннями ° достовірність відмінностей між основною і групою співставлення ($p < 0,05$)		

Найбільш поширеними у жінок досліджуваних груп були дисгормональні захворювання молочних залоз (основна група 29,4%, група співставлення 30,3%, $p > 0,05$), запальні захворювання органів малого тазу та інфекції, що передаються статевим шляхом (основна група відповідно 23,5% і 29,4% , група співставлення 30,0% і 20,0%, $p > 0,05$).

Всі вагітні, які виявили бажання бути залученими до оцінки їхнього психологічного стану, були першовагітними.

Таким чином, проведений клінічний аналіз демонструє, що вагітні основної і групи співставлення за місцем проживання, віком, сімейним і соціальним станом, наявністю соматичних і гінекологічних захворювань в анамнезі були однорідними, що в подальшому дозволило вважати, що виявленні розбіжності зумовлені саме психологічним компонентом на тлі залучення близьких та рідних до лав ЗСУ.

3.2. Перебіг вагітності та пологів у жінок Рівненської області, які бажали бути залученими до оцінки їхнього психологічного стану.

Враховуючи безумовний вплив перебігу вагітності та пологів на формування позитивного досвіду і рівень благополуччя під час вагітності, на наступному етапі дослідження проведений проспективний клініко-статистичний аналіз форми № 096/о «Історія вагітності і пологів» 47 першовагітних жінок, які знаходились на лікуванні і розродженні в КП «Обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради з 01 лютого по 30 квітня 2025 року. Аналіз перебігу

першого триместру вагітності свідчить про його фізіологічний перебіг більше ніж в половини досліджуваних вагітних (основна група 17 (58,6%), група співставлення 10 (55,6%), $p>0,05$) (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Перебіг I триместру вагітності (абс. ч., %)

Показник	Значення показника	
	Основна група (n = 29)	Група співставлення (n = 18)
Фізіологічний перебіг	17 (58,6)	10 (55,6)
Ускладнений перебіг	12 (41,4)	8 (44,4)
Загроза самоабортів (больовий синдром)	5 (45,5)*	2 (40,0)*
Загроза самоабортів (геморагічний синдром)	2 (18,2)*	2 (20,0)*
Анемія вагітних	7 (63,6)*	6 (60,0)*
Блювання вагітних	3 (27,3)*	2 (20,0)*
Безсимптомна бактеріурія	2 (18,2)*	1 (10,0)*
Примітка: * – вираховано від загальної кількості жінок групи із соматичними захворюваннями ° достовірність відмінностей між основною і групою співставлення ($p<0,05$)		

Переважає більшість жінок з ускладненим перебігом вагітності потребувала стаціонарного лікування (основна група 7 (63,6%), група співставлення 6 (60,0%), $p>0,05$). Показанням для стаціонарного лікування у вагітних обох груп була загроза самовільного абортів. В структурі самовільного абортів превалювали звернення з приводу вираженого больового синдрому (основна група 5 (45,5%), група співставлення 2 (40,0%), $p>0,05$). У 2 (18,2%) вагітних основної групи та 2 (20,0%) групи співставлення в клінічній картині самовільного абортів превалював геморагічний синдром, що потребувало призначення гормональної та антифібринолітичної терапії. В групі співставлення госпіталізацію також здійснювали у разі блювання помірного ступеню, яке мали 2 (20,0%) вагітних. Провідним ускладненням першого триместру вагітності у жінок досліджуваних груп була анемія (основна група 7 (63,6%), група співставлення 6 (60,0%), $p>0,05$). В цілій низці випадків у жінок

обох груп спостерігалось поєднання ускладнень, що, звісно, не сприяло формування позитивного досвіду на цьому етапі вагітності.

Фізіологічний перебіг другого та третього триместрів вагітності спостерігався у недостовірно меншій кількості жінок (основна група 6 (20,7%), група співставлення 4 (22,2%, $p>0,05$). (табл.3.7).

Таблиця 3.7

Перебіг II і III триместрів вагітності (абс. ч., %)

Показник	Значення показника	
	Основна група (n = 29)	Група співставлення (n = 18)
Фізіологічний перебіг	6 (20,7)	4 (22,2)
Ускладнений перебіг	23 (79,3)	14 (77,8)
Анемія вагітних	16 (69,6)	9 (64,3)
Загроза невиношування	5 (21,7)	3 (21,4)
Гестаційна гіпертензія	3 (13,0)	2 (14,3)
Прееклампсія помірного ступеню	7 (30,4)	5 (35,7)
ПД без судинного компоненту	4 (17,1)	3 (21,4)
Бактеріальний вагіноз	8 (34,8)	6 (42,9)
Вагініт	5 (21,7)	4 (22,2)
Примітка: * – вираховано від загальної кількості жінок групи із соматичними захворюваннями ° достовірність відмінностей між основною і групою співставлення ($p<0,05$)		

Тільки незначна кількість вагітних основної (4 – 17,4%) і одна (7,1%, $p>0,05$) вагітна групи співставлення лікування ускладнень вагітності отримували в амбулаторних умовах, це були вагітні, які мали анемію легкого ступеню та / або запальні чи дисбіотичні зміни в піхві. Практично кожна третя вагітна досліджуваних груп мала випадки повторної госпіталізації (основна група 7 (30,4%), група співставлення 3 (28,6%), $p>0,05$), а у кожній другій (основна група 12 (52,2%), група співставлення 7 (50,0%), $p>0,05$) були випадки як амбулаторного, так і стаціонарного лікування. Усі вагітні були госпіталізовані у відділення патології вагітних, екстрагенітальної патології вагітності з ліжками невиношування в 38 тижнів вагітності для лікування та визначення плану розродження.

Таким чином, тільки незначна кількість вагітних жінок досліджуваних груп мала неускладнений перебіг вагітності. При цьому достовірних розбіжностей в числі та структурі ускладнень вагітності не виявлено. Провідним ускладненням на всіх етапах вагітності була анемія, частота якої у вагітних основної групи сягала 79,3% (група співставлення (83,3%, $p>0,05$). Однією з особливостей перебігу анемії виявилася її рефрактерність до лікування, адже усі вагітні досліджуваних груп упродовж усієї вагітності, незалежно від показників червоної крові, отримували замісну терапію препаратами заліза. Серед ускладнень першого триместру найбільш поширеним є самовільний аборт з геморагічними проявами (основна група 18,2%, група співставлення 20,0%, $p>0,05$), в другому і третьому на перший план виходять гестаційні гіпертензивні розлади (основна група 43,5%, група співставлення – 50,0%, $p>0,05$) та аномальні вагінальні виділення (основна група 56,5%, група співставлення 55,6%, $p>0,05$). Отже, за частотою і поширеністю ускладнень під час вагітності жінки досліджуваних груп були однорідними.

У всіх вагітних досліджуваних груп перші пологи настали спонтанно в терміні після 38 тижнів (середній термін пологів в основній групі сягав $39,2 \pm 0,5$ тижнів, група співставлення $40,3 \pm 0,3$ тижнів $p>0,05$), в умовах акушерського стаціонару. Основною причиною допологової госпіталізації жінок стали ускладнений перебіг вагітності (основна група 23 (79,3%), група співставлення 14 (77,8%), $p>0,05$) на тлі соматичної патології, решта жінок госпіталізовані у зв'язку з досягненням строку термінових пологів за наявності соматичної патології та бажанням жінок народжувати саме в цьому пологодопоміжному закладі (основна група 6 (20,7%), група співставлення 4 (22,2%), $p>0,05$). Кожна із вагітних мала заздалегідь узгоджений план ведення пологів, який включав партнерські пологи через природні пологові шляхи з адекватним знеболенням, активне ведення послідового періоду, дотримання принципів «теплового ланцюжка» для профілактики гіпотермії у новонародженого та раннє його прикладання до грудей.

Середня тривалість прелімінарного періоду у роділь досліджуваних груп сягала $6,8 \pm 0,2$ години та не мала достовірної різниці (основна група $7,1 \pm 0,2$ години, група співставлення $6,4 \pm 0,2$ години, $p > 0,05$). З початком активної та регулярної пологової діяльності роділлям пропонувалося знаходження в індивідуальній пологовій залі в присутності партнера. Динаміка прогресування пологів та оцінка стану плода оцінювалися за допомогою партограми.

Між роділлями основної та групи співставлення не було достовірної різниці в розкритті шийки матки під час розриву плідних оболонок. Так, в основній групі розрив плідних оболонок відбувся при середньому розкритті шийки матки на $8,6 \pm 0,3$ см, в групі співставлення – $8,1 \pm 0,4$ см ($p > 0,05$).

Під час оцінки пологового болю вже в латентній фазі першого періоду пологів на тлі адекватної пологової діяльності за ВАШ переважна більшість роділь основної та групи співставлення оцінювали її в 4 - 6 бали, що відповідає помірній інтенсивності больових відчуттів (основна група 18 (62,1%), група співставлення 11 (61,1%), $p > 0,05$); в активній фазі першого періоду пологів оцінили свій пологовий біль в 6 - 8 балів 34,5% (10) роділь основної та 27,8% (5) роділлі групи співставлення ($p > 0,05$); оцінку в 8-10 балів надали 65,5% (19) роділь основної та 72,2% (13) роділлі групи співставлення ($p > 0,05$) (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

Оцінка інтенсивності болю в динаміці першого періоду пологів
(абс.ч., %)

Показник	Значення показника	
	Основна група (n = 29)	Група співставлення (n = 18)
Латентна фаза першого періоду пологів		
0-1 балів – вкрай слабкий біль	0 (0,0)	0 (0,0)
2-4 бали – слабкий біль	11 (37,9)	7 (38,8)
4-6 бали – помірний біль	18 (62,1)	11 (61,1)
6-8 балів – сильний біль	0 (0,0)	0 (0,0)
8-10 балів – нестерпний біль		
Активна фаза першого періоду пологів		

0-1 балів – вкрай слабкий біль	0 (0,0)	0 (0,0)
2-4 бали – слабкий біль	0 (0,0)	0 (0,0)
4-6 бали – помірний біль	0 (0,0)	0 (0,0)
6-8 балів – сильний біль	10 (34,5)	5 (27,8)
8-10 балів – нестерпний біль	19 (65,5)	13 (72,2)

Усім роділлям, які оцінили свої больові відчуття в активній фазі першого періоду пологів як «сильний біль» та «нестерпний біль», за інформованої згоди проведено знеболення шляхом епідуральної анестезії, що дозволило знизити больові відчуття до помірних і слабких, що сприяло підвищенню рівня задоволеності жінок пологами та народженням дитини.

Ускладнення першого періоду пологів у роділь досліджуваних груп представлені в таблиці 3.9

Таблиця 3.9

Структура ускладнень першого періоду пологів (абс.ч., %)

Показник	Значення показника	
	Основна група (n = 29)	Група співставлення (n = 18)
Фізіологічний перебіг	22 (75,9)	8 (44,4)
Ускладнений перебіг	7 (24,1) ^о	10 (55,6)
Дистрес плода	2 (28,6)*	1 (10,0)*
Клінічно вузький таз	1 (14,3)*	2 (20,0)*
ПВНРП	1 (14,3)*	1 (10,0)*
Слабкість пологової діяльності	3 (42,9)*	4 (40,0)*
Примітка: * – вираховано від загальної кількості роділь групи з ускладненнями пологів		
^о достовірність відмінностей між основною і групою співставлення (p<0,05)		

Усім роділлям, які мали слабкість пологової діяльності, (основна група 3 (42,9%), група співставлення 4 (40,0%), p>0,05), проводилося підсилення пологової діяльності шляхом внутрішньовенної крапельної інфузії окситотичної суміші з повним ефектом. Роділлям, у яких під час пологів діагностовано дистрес плода (основна група 2 (28,6%), група співставлення 1 (10,0%), p>0,05), клінічно вузький таз (основна група 1 (14,3%), група співставлення 2 (20,0%), p>0,05) та

ПВНРП (основна група 1 (14,3%), група співставлення 1 (10,0%), $p>0,05$), пологи за поінформованої згоди завершили операцією кесаревого розтину (основна група 4 (57,1%), група співставлення 4 (40,0%), $p>0,05$).

Оцінюючи тривалість першого періоду пологів у жінок досліджуваних груп не виявлено достовірної різниці. Так, загальна тривалість першого періоду пологів у роділь основної групи сягала $11,3 \pm 1,2$ години, у роділь групи співставлення $10,5 \pm 1,4$ годин ($p>0,05$).

Враховуючи кількість роділь, які були розродженні шляхом кесаревого розтину за ургентними показаннями, перебіг другого періоду пологів аналізувався у 25 роділь основної та 14 роділь групи співставлення.

Другий період пологів проводився в індивідуальній пологовій залі в присутності партнера і чергової бригади, до складу якої входили лікар-акушер, лікар-неонатолог, лікар-анестезіолог, акушерка та медична сестра-анестезистка. Медична допомога роділлям надавалася у відповідності до стандартів медичної допомоги [97]. Під час потужної фази другого періоду пологів роділлі та медичний персонал надавали перевагу техніці неконтрольованих потуг.

Оцінюючи інтенсивність пологового болю за ВАШ, роділлі обох груп відзначали стійке утримання кількості випадків помірного болю (табл. 3.10)

Табл. 3.10

Оцінка інтенсивності болю в динаміці другого періоду пологів

(абс.ч., %)

Показник	Значення показника	
	Основна група (n = 25)	Група співставлення (n = 14)
0-1 балів – вкрай слабкий біль	0 (0,0)	0 (0,0)
2-4 бали – слабкий біль	0 (0,0)	0 (0,0)
4-6 бали – помірний біль	22 (88,0)*	12 (85,7)*
6-8 балів – сильний біль	3 (12,0%)*	2 (14,3)*
8-10 балів – нестерпний біль	0 (0,0)	0 (0,0)
Примітка: * – вираховано від загальної кількості роділь групи з пологами через природні пологові шляхи		

У роділь досліджуваних груп не спостерігалось достовірної різниці в тривалості другого періоду пологів (основна група $75,2 \pm 1,9$ хв., група співставлення $65,5 \pm 1,6$ хв., ($p > 0,05$). В другому періоді пологів у роділь досліджуваних груп не зареєстровано випадків сильного і нестерпного болю, адже всі роділлі знаходились під впливом епідуральної анестезії.

Всі роділлі заздалегідь обрали активну тактику ведення послідового періоду. Середня тривалість його у роділь досліджуваних груп не мала достовірних відмінностей і складала $8,2 \pm 1,1$ хв. у роділь основної групи та $9,1 \pm 1,2$ хв. у роділь групи співставлення ($p > 0,05$). У породіль досліджуваних груп спостерігався фізіологічний обсяг кровотечі. Враховуючи ускладнення першого і другого періодів пологів, а також число роділь, які розродженні шляхом операції кесаревого розтину в першому періоді, у породіль основної групи відбулося 22 (75,9%) (група співставлення 10 – 55,6%, $p > 0,05$) фізіологічних, 4 (13,8%) (група співставлення 4 – 22,2%, $p > 0,05$) патологічних і 3 (10,3%) (група співставлення 4 – 22,2%, $p > 0,05$) ускладнених пологів.

Таким чином, аналіз перебігу вагітності та пологів у жінок досліджуваних груп свідчить про відсутність достовірної різниці в перебігу вагітності і пологів. Серед досліджуваних жінок Рівненської області переважають породіллі, які мали фізіологічні пологи, кількість ускладнених та патологічних пологів у породіль обох груп не мала достовірної різниці.

3.3 Відомості про стан новонароджених у жінок досліджуваних груп.

Оцінка стану новонароджених проводилась з урахуванням випадків народження дітей шляхом кесаревого розтину в першому періоді пологів: основна група – 29 новонароджених, група співставлення – 18.

Середнє значення ваги немовлят на час народження (табл. 3.11) становило $3337,5 \pm 321,32$ г (основна група – $3254,03 \pm 325,08$ г, група співставлення – $3421,04 \pm 362,14$ г, $p > 0,05$), зросту – $52,5 \pm 2,2$ см (основна група – $52,6 \pm 2,3$ см, група співставлення – $52,4 \pm 2,7$ см, $p > 0,05$). Достовірної різниці в випадках народження дітей з вагою 4000 г і вище серед жінок досліджуваних груп

(основна група – 4 (13,8%), група співставлення – 3 (16,7%), $p>0,05$) не зареєстровано.

Таблиця 3.11

Відомості про вагу та зріст новонароджених

Показник	Значення показника	
	Основна група (n = 29)	Група співставлення (n = 18)
Вага новонароджених (г, абс.ч., %)		
3001,0-3500,0	9 (31,3)	6 (33,3)
3501,0-4000,0	16 (55,0)	9 (50,0)
Понад 4000,0	4 (13,8)	3 (16,7)
Зріст новонароджених (см, абс.ч., %)		
45 – 49	2 (6,9)	1 (5,5)
50 – 54	25 (86,2)	15 (83,3)
55 і більше	2 (6,9)	2 (11,1)

Аналіз результатів оцінювання новонароджених за шкалою Апгар (табл. 3.12) демонструє відсутність немовлят, що народилися в стані асфіксії, і бальна оцінка не має достовірних відмінностей в кількості новонароджених наприкінці першої та п'ятої хвилини.

Таблиця 3.12

Відомості про оцінювання новонароджених за шкалою Апгар (абс.ч.,%)

Показник	Значення показника	
	Основна група (n = 29)	Група співставлення (n = 18)
Перша хвилина		
9 балів і більше	8 (27,6)	5 (27,8)
8 балів	18 (62,1)	10 (55,6)
7 балів і менше	3 (10,3)	3 (16,7)
П'ята хвилина		
9 балів і більше	12 (41,4)	8 (44,4)
8 балів	27 (58,6)	10 (55,6)
7 балів і менше	0 (0,0)	0 (0,0)

Аналіз первинної форми № 097/о «Медична карта новонародженого» свідчить про відсутність патологічних станів в період ранньої адаптації у новонароджених досліджуваних груп. Усі новонароджені перебували сумісно з матір'ю, знаходились на природному вигодовуванні за вимогою.

Достовірної різниці серед випадків жовтяниці новонароджених не відзначено (основна група – 3 (10,3%), група співставлення – 2 (11,1%), $p > 0,05$).

Всіх новонароджених основної групи та групи порівняння виписано додому на третю-четверту добу разом з породіллями; випадки затримки виписки новонароджених зумовлені тільки станом матері.

Таким чином, аналіз стану новонароджених від породіль основної і групи співставлення свідчить про відсутність достовірної різниці у вагово-ростових показниках новонароджених, їхньої оцінці за шкалою Апгар та перебігу періоду ранньої неонатальної адаптації.

3.4. Психічне здоров'я матерів Рівненської області в умовах війни

Для виконання одного із завдань дослідження, яке посідало у визначенні психологічного стану та оцінки самопочуття матерів – мешканок Рівненської області проведено клінічне інтерв'ю 47 вагітних і породіль. Вагітним за поінформованої згодою проводили інтерв'ю в 38-39 тижнів вагітності та використовували опитувальник «Благополуччя під час вагітності» (додаток 1), питання якого складаються з трьох компонентів: задоволення вагітністю, впевненість у материнстві та занепокоєння щодо підтримки після народження. Загальна кількість питань сягала 12, відповідь на кожне з яких передбачала 4 можливих варіанти: «постійно», «більшість часу», «іноді», «ніколи». Відповіді вагітних на поставлені запитання конвертувалися в бали 10, 8, 6 або 4 відповідно за кожне твердження. За результатами суми балів визначався рівень добробуту: 100 - 75 балів – високий, 75 - 50 балів – середній, 50 балів і менше – низький [111].

Аналіз відповідей респонденток досліджуваних груп показав, що достовірних розбіжностей в середніх балах за кожен із блоків не виявлено (табл. 3.14).

Таблиця 3.13

Результати анкетування вагітних опитувальником «Благополуччя під час вагітності» (Well-being in Pregnancy - WIP) ($M \pm m$)

Блок питань	Основна група (n = 29)	Група співставлення (n = 18)
Позитивна вагітність	48,5 $\pm$ 2,2	50,75 $\pm$ 3,1
Впевненість у материнстві	49,3 $\pm$ 2,2	58,9 $\pm$ 2,8
Занепокоєння щодо підтримки після пологів	57,6 $\pm$ 3,1	67,2 $\pm$ 2,9

Таблиця 3.14

Результати опитування вагітних за допомогою опитувальника
«Благополуччя під час вагітності» (Well-being in Pregnancy - WIP) (абс. ч., %)

Запитання	Основна група (n = 29)				Група співставлення (n = 18)			
	Постійно	Більшість часу	Іноді	Ніколи	Постійно	Більшість часу	Іноді	Ніколи
1. Я дуже позитивно ставлюсь до вагітності	18 (62,1)	8 (27,6)	3 (10,3)	0 (0,0)	14 (77,8)	4 (22,2)	0 (0,0)	0 (0,0)
2. Я відчуваю зв'язок зі своєю дитиною	16 (55,2)	7 (24,0)	4 (13,8)	0 (0,0)	15 (68,3)	3 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
3. Я задоволена тим, як виглядаю під час вагітності	6 (20,7)	5 (17,2) [°]	15 (51,8)	3 (10,3)	6 (33,4)	12 (66,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
4. Я насолоджуюсь своєю вагітністю	5 (17,2) *	18 (62,1) [°]	6 (20,7)	0 (0,0)	14 (77,8)	4 (22,2)	0 (0,0)	0 (0,0)
5. Вагітність дає мені відчуття впевненості	6 (20,7) *	4 (13,8)	19 (65,5) •	0 (0,0)	15 (83,3)	3 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
6. У мене достатньо соціальних контактів із іншими людьми	16 (55,2)	10 (34,5)	3 (10,3)	0 (0,0)	14 (77,8)	4 (22,2)	0 (0,0)	0 (0,0)
7. Я відчуваю впевненість у догляді за своєю дитиною	9 (31,0) *	10 (34,5)	10 (34,5)	0 (0,0)	13 (72,2)	5 (27,8)	0 (0,0)	0 (0,0)
8. Я хвилююсь, що після народження дитини не матиму підтримки	4 (13,8) *	5 (17,2) [°]	17 (58,7)	3 (10,3)	9 (50,0)	9 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
9. Я почуваюсь готовою до материнства	5 (17,2)	19 (65,5)	1 (3,5)	4 (13,8)	6 (33,4)	12 (66,6)	0 (0,0)	0 (0,0)

10. Мене турбує, як я впораюся, коли народиться моя дитина.	7 (24,1)	14 (48,3)	5 (17,2)	3 (12,0)	7 (38,9)	11 (61,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
11. Я впевнена, що після народження дитини, мене підтримають	5 (17,2)	18 (62,1)	4 (13,8)	2 (6,9)	12 (66,6)	6 (33,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
12. Я хвилююсь, що після пологів мені не вистачить підтримки лікарів	4 (13,8)	14 (48,3)	8 (27,6)	3 (10,3)	12 (54,6)	6 (33,4)	0 (0,0)	0 (0,0)

Примітка:

- * – достовірні відмінності основної та контрольної груп в перших питаннях кожного блоку ($p < 0,05$)
- ° – достовірні відмінності основної групи та групи порівняння в других питаннях кожного блоку ($p < 0,05$)
- - достовірні відмінності основної групи та групи порівняння в третіх питаннях кожного блоку ($p < 0,05$)

Переважна більшість жінок основної та групи співставлення постійно дуже позитивно ставилась до вагітності і відчували зв'язок зі своєю дитиною. Так, серед вагітних основної групи постійно дуже позитивно ставились до вагітності 18 вагітних (62,1%, група співставлення 14 (77,8%), $p > 0,05$) і постійно відчували зв'язок із нею – 16 (55,2%, співставлення 15 (68,2%), $p > 0,05$) (табл. 3.14). Водночас 15 вагітних (51,7%) основної групи тільки іноді задоволені тим, як вони виглядають під час вагітності (в групі співставлення таких вагітних не було). Постійну задоволеність своєю зовнішністю під час вагітності продемонстрували 6 вагітних групи співставлення (33,3%, основна група 6 (20,7%), $p > 0,05$), а 12 (66,6%) вагітних цієї групи були задоволені своїм виглядом більшість часу (основна група 5 (17,2%) $p < 0,05$). Серед вагітних основної групи в 2,8 рази рідше вагітні насолоджувалися своєю вагітністю постійно (5 (17,2%), група співставлення 14 (77,8%), $p < 0,05$). Переважна кількість вагітних основної групи отримувала насолоду від вагітності більшість часу (18 (62,1%), група співставлення 4 (22,2%), $p < 0,05$). Отже середня кількість балів за блок питань «Позитивна вагітність» у вагітних основної групи склала $71,4 \pm 3,1$ (в групі співставлення $87,3 \pm 3,4$ ($p < 0,05$)). Таким чином, вагітні основної групи засвідчили середній рівень благополуччя, вагітні групи співставлення – високий.

Як свідчать результати опитування за ствердженнями блоку «Впевненість у материнстві», вагітні основної групи мали середній рівень впевненості у материнстві: середня кількість балів для основної групи склала $74,7 \pm 3,2$. Вагітні групи співставлення продемонстрували високий рівень впевненості у материнстві ($84,8 \pm 3,4$; $p < 0,05$). Проте серед респонденток основної групи (19 (65,5%), група співставлення 3 (16,5%); $p < 0,05$) переважна більшість опитаних на ствердження «Вагітність дає мені відчуття впевненості» застосувала відповідь «Іноді»; про постійне відчуття впевненості сповістили тільки 6 вагітних (20,7%, група співставлення 15 (83,3%); $p < 0,05$). Про високий рівень впевненості у догляді за своєю дитиною сповістила всього третина вагітних основної групи (9 (31,0%), група співставлення 13 (72,2%); $p < 0,05$), водночас 17 (58,6%) з них іноді хвилюються, що після народження дитини не матимуть

підтримки (в групі співставлення таких вагітних не було). Таким чином, вагітні групи співставлення мали більш високий рівень благополуччя за ствердженнями блоку «Впевненість у материнстві».

Аналіз відповідей респонденток досліджуваних груп на останній блок «Занепокоєння щодо підтримки після пологів» свідчить, що вагітні основної групи мали в 1,5 нижчу кількість середнього балу ($55,4 \pm 2,4$, група співставлення $82,3 \pm 3,3$; $p < 0,05$), проте може розцінюватися як наявність благополуччя середнього рівня. Водночас вагітні групи співставлення продемонстрували високий рівень благополуччя. Привертає увагу той факт, що достовірної різниці відповідей на ствердження блоку не виявлено, проте аналіз відповідей вагітних основної групи продемонстрував їхню більш високу занепокоєність щодо підтримки після пологів. Так, вагітні основної групи на ствердження «Мене турбує, як я впораюся, коли народиться моя дитина» (14 (48,3%), група співставлення 11 (61,1), $p > 0,05$), «Я впевнена, що після народження дитини, мене підтримають» (18 (62,1%), група співставлення 6 (33,3), $p < 0,05$), «Я хвилююсь, що після пологів мені не вистачить підтримки лікарів» (14 (48,3%), група співставлення 6 (33,3), $p > 0,05$) надали відповідь «більшість часу».

Таким чином, результати інтерв'ю досліджуваних вагітних за опитувальником «Благополуччя під час вагітності» продемонстрували наявність у жінок основної групи середній рівень благополуччя за всіма блоками питань «Занепокоєння щодо підтримки після пологів», в той час як вагітні групи співставлення мали високий рівень благополуччя. Вагітні основної групи достовірно частіше виношують теперішню вагітність з постійним задоволенням, вони достовірно більше часу задоволені своєю зовнішністю впродовж вагітності, водночас переважна більшість з них тільки іноді відчувається впевнено і хвилюються, що після народження дитини не матимуть підтримки.

Для оцінки наявності та рівня симптомів тривожності протягом останніх двох тижнів вагітним пропонувалося інтерв'ю за опитувальником GAD-7 (додаток 2). Відповідаючи на питання, які об'єднані в сім груп, вагітні використовували можливі варіанти відповідей: «ніколи» - 0 балів, «декілька

днів» - 1 бал, «більше половини часу» - 2 бали, «майже щодня» - 3 бали. Про мінімальний рівень тривожності свідчила наявність суми балів від 0 до 4, слабкий рівень тривожності мали вагітні з загальною сумою балів 5 - 9, сума балів 10 - 14 відповідала помірному рівню тривожності, 15 - 21 бал – високому [112].

Аналіз відповідей за окремими відповідями свідчить, що в основній групі вагітні достовірно частіше використовували відповіді «Майже щодня» (основна група 10 (5,8%), група співставлення 2 (1,3%); $p < 0,05$) і «Більше половини часу» (основна група 61 (34,9%), група співставлення 17 (11,0%); $p < 0,05$) (табл. 4.3). Вагітні основної групи майже в 2 рази рідше використовували відповідь «Ніколи» (основна група 53 (30,3%), група співставлення 103 (66,9%); $p < 0,05$) і майже в 2 рази частіше - «Декілька днів» (основна група 51 (29,1%), група співставлення 32 (79,2%); $p < 0,05$). Аналіз відповідей за окремими відповідями свідчить, що описуючи свої тривоги, нервування, неможливість розслабитися, вагітні основної групи вельми часто використовували відповіді «Майже щодня», в той час як вагітні групи співставлення такими відповідями не користувалися. Достовірно частіше на всі питання опитувальника вагітні групи співставлення надавали відповідь «Ніколи». Середній бал за відповіді за опитувальником GAD-7 у вагітних основної групи дорівнював $12,8 \pm 2,1$, що свідчить про високий рівень тривожності (групи співставлення $3,4 \pm 0,6$, $p < 0,05$, рівень тривожності низький).

Для оцінки наявності сформованого позитивного досвіду вагітності та вражень від пологів респондентки основної (29 породіль) та групи співставлення (18 породіль), які мали перші фізіологічні пологи, проінтерв'ювані за опитувальником «Задоволеність жінки пологами та народженням дитини» (додаток 3). Запропонований опитувальник включав 22 питання, які розділені на 4 підрозділи: власна спроможність (9 питань), професійна підтримка (5 питань), відчуття безпеки (6 питань), участь в пологах (3 питання). Під час аналізу відповідь на кожне питання оцінювалась за чотирьох бальною шкалою Лейкера:

оцінка в 4 бали (повністю згодна, повністю задоволена) і 3 бали (переважно згодна, переважно задоволена) відповідали високому рівню задоволеності, оцінки в 1 бал (повністю не згодна, повністю не задоволена) і 2 бали (переважно не згодна, переважно не задоволена) відповідали низькому рівню задоволеності. Середній показник (сума балів за відповіді, поділена на кількість пунктів у підрозділі) 2,5 і вище вказував на високу задоволеність жінки пологами та народженням дитини; 2,1-2,49 відповідав середньому рівню задоволеності; значення 2,0 і нижче розглядали як критерій незадоволеність жінки пологами та народженням дитини. Ступінь виразності больового синдрому та ефективність знеболення роділлі оцінювали за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) (додаток 4), конвертацію відповідей проводили наступним чином: від 1-3 – 1 бал, 4 - 5 – 2 бали, 6 - 7 – 3 бали, 8-10 – 4 бали [113].

За результатами аналізу відповідей респонденток на питання всіх розділів опитувальника «Задоволеність жінок пологами та народженням дитини» достовірної різниці в кількості балів не встановлено. Результати опитування респонденток представлені в таблиці 3.15.

Таблиця 3.16

Результати анкетування за допомогою опитувальника «Задоволеність жінки пологами та народженням дитини» ($M \pm m$, бали)

Показник	Значення показника (n)	
	Основна група (n = 29)	Група співставлення (n = 18)
Власна спроможність	3,5 $\pm$ 0,2	3,9 $\pm$ 0,3
Професійна підтримка	4,1 $\pm$ 0,3	3,6 $\pm$ 0,2
Відчуття безпеки	3,7 $\pm$ 0,2	3,9 $\pm$ 0,2
Участь в пологах	3,8 $\pm$ 0,3	3,6 $\pm$ 0,2

Таким чином, породіллі досліджуваних груп за показниками середнього балу мали високий рівень задоволеності пологами та народженням дитини, що є важливим результатом застосування холістичного підходу в практиці медичного

персоналу пологового відділення КП «Обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради.

Для дослідження психологічного стану на 2-3 добу після пологів породіллям пропонувалося добровільне інтерв'ю за опитувальником «Единбурзька шкала післяпологової депресії», який вміщує десять пунктів (додаток 4). Породілля мала обрати лише один варіант з чотирьох запропонованих відповідей, який є найближчим для відображення своїх почуттів упродовж останнього тижня. Оцінка відповідей проводилася за чотирьох бальною шкалою від 0 до 3. Пункти 3, 5 - 10 оцінювались в зворотному форматі від 3 до 0. Загальна сума балів визначалася за сумою оцінок за кожен із 10 пунктів, максимальна сума балів сягала 30. Результати в 12 і 13 балів розглядалися як пограничні. На особливу увагу заслуговувало питання за номером 10, суть якого пов'язана з наявністю у респондентки суїцидальних думок [97].

Результати опитування породіль на запитання «Единбурзької шкали післяпологової депресії» представлені в таблиці 3.17. Привертає увагу той факт, що жодна з респонденток (основна група 29 (100,0%); група співставлення 18 (100,0%); $p > 0,05$) не надала позитивної відповіді на ствердження 10 «Останнім часом у мене були думки заподіяти собі шкоду».

Водночас серед породіль основної групи в 1,7 рази менше спостерігалось жінок, які на ствердження «Я можу сміятися і деякі речі мене веселять» надали відповідь «Так само, як це було завжди» (15 (51,7%), група співставлення 16 (88,9%), $p < 0,05$) і в 3,8 разів частіше застосували відповідь «Зараз не так часто, як завжди» (6 (20,7%), група співставлення 2 (5,4%), $p < 0,05$).

Серед вагітних групи співставлення достовірно частіше на ствердження «Я звинувачувала себе без вагомих причин, коли щось йшло не так» породіллі відповідали «Ні, ніколи» (15 (83,3%), основна група 16 (55,2%), $p < 0,05$). Серед породіль основної та групи співставлення не було жінок які б дуже часто хвилювались або переживали без поважних причин, проте відповідь «Так,

інколи» та «Майже ніколи» жінки використовували відповідно в 2 і 3 рази частіше (відповідно основна група 8 (38,1%) і 6 (28,5%), група співставлення) (11,1%) і 3 (16,7%), $p < 0,05$). Також породіллі основної групи достовірно частіше інколи відчували страх чи паніку без вагомих підстав (21 (72,4%), група співставлення 2 (11,1%) $p < 0,05$).

Породіллі основної групи достовірно частіше інколи відчували страх чи паніку без вагомих підстав (21 (72,4%), група співставлення 2 (11,1%), $p < 0,05$); серед породіль групи співставлення жінки достовірно частіше відповідали на це ствердження «Ні, зовсім ніколи» (12 (66,7%), основна група 1 (3,4%), $p < 0,05$). Привертає увагу той факт, що серед породіль основної групи на ствердження «Останнім часом все дратує» достовірно переважали відповіді «Ні, у більшості випадків я можу з цим впоратись» (17 (58,6%), група співставлення 3 (16,7%) $p < 0,05$) та «Ні, я, як завжди, добре можу впоратись з цим відчуттям» (6 (20,7%), група співставлення 10 (55,6%), $p < 0,05$).

Відчуття себе нещасною у 20 (69,0%) породіль основної групи створювало умови для виникнення труднощів зі сном, про що сповістили респондентки відповідаючи на ствердження «Я настільки відчуваю себе нещасною, що маю труднощі зі сном»: 6,9% застосували відповідь «Так, більшість часу», 48,6% «Так, інколи». В групі співставлення 88,9% породіль ніколи не мали проблем зі сном (основна група 9 (31,0%), $p < 0,05$).

Під час аналізу відповідей респонденток обох груп на інші ствердження «Единбурзької шкали післяпологової депресії» достовірних відмінностей не виявлено. Сума балів відповідно до опитувальника «Единбурзької шкали післяпологової депресії» для породіль основної групи виявилася в 3,5 рази більшою ($7,3 \pm 2,3$, група співставлення $2,1 \pm 0,9$), що відповідає низькому рівню депресії. Виявлені розбіжності свідчать про більшу нестабільність психологічного стану породіль, близькі та рідні яких на час проведення інтерв'ю залучені до лав ЗСУ.

Таким чином, дослідження психологічного стану жінок, які знаходились на лікуванні та розродженні в КП «Рівненський обласний центр» Рівненської

обласної ради не виявили суттєвих відмінностей. Незалежно від стану соматичного здоров'я жінки, близькі та рідні яких на час опитування перебувають в лавах ЗСУ, демонструють середній рівень благополуччя та середній рівень тривожності під час вагітності. Про наявність позитивного досвіду вагітності та високий рівень задоволення пологами свідчать результати інтерв'ю породіль за опитувальником «Задоволення жінки пологами та народженням дитини», що може стати одним із факторів на користь відновлення репродуктивного досвіду в майбутньому. Водночас, опитування породіль за «Единбурзькою шкалою депресії» демонструє більш високу нестабільність психологічного стану жінок, близькі та рідні яких на час проведення інтерв'ю залучені до лав ЗСУ, хоча рівень післяпологової депресії у них відповідає низькому рівню.

Таблиця 3.17

Результати опитування породіль за допомогою опитувальника
«Единбурзька шкала післяпологової депресії» (абс.ч., %)

Запитання	Значення показника (n)	
	Основна група (n = 29)	Група співставлення (n = 18)
Я можу сміятися і деякі речі мене веселять		
Так само, як це було завжди – 0	15 (51,7)*	16 (88,9)
Зараз не так часто, як завжди – 1	6 (20,7) *	2 (5,4)
Зараз точно не так часто, як завжди – 2	(0,00)	0 (0,0)
Зовсім ні – 3	2 (6,9)	0 (0,0)
Я чекаю із нетерпінням на якісь події		
Так само, як колись – 0	17 (81,0)	14 (77,8)
Зараз менше, ніж раніше – 1	4 (19,0)	3 (16,7)
Однозначно менше, ніж раніше – 2	8 (38,1)	1 (5,6)
Навряд чи взагалі – 3	0 (0,0)	0 (0,0)
Я звинувачувала себе без вагомих причин, коли щось йшло не так		
Так, у більшості випадків – 3	0 (0,0)	0 (0,0)
Так, іноді – 2	8 (38,1)	0 (0,0)
Не дуже часто – 1	5 (17,2)	3 (16,7)
Ні, ніколи – 0	16 (55,2)*	15 (83,3)
Я хвилювалась або переживала без поважних причин		
Ні, зовсім не хвилювалась – 0	15 (71,5)	13 (72,2)
Майже ніколи – 1	6 (28,5) *	2 (11,1)
Так, інколи – 2	8 (38,1)*	3 (16,7)
Так, дуже часто – 3	0 (0,0)	0 (0,0)
Я відчувала страх чи паніку без вагомих підстав		
Так, досить часто – 3	0 (0,0)	0 (0,0)

Так, інколи – 2 Ні, не дуже часто – 1 Ні, зовсім ніколи – 0	21 (72,4) 7 (24,1) 1 (3,4)*	2 (11,1) 4 (10,8) 12 (66,7)
Останнім часом мене все дратує Так, більшість часу я не можу з цим впоратись взагалі – 3 Так, іноді я не справлялась з цим, як зазвичай – 2 Ні, у більшості випадків я можу з цим впоратись – 1 Ні, я, як завжди, добре можу впоратись з цим відчуттям – 0	0 (0,0) 10 (34,5) 17 (58,6)* 6 (20,7)*	0 (0,0) 5 (27,8) 3 (16,7) 10 (55,6)
Я настільки відчуваю себе нещасною, що маю труднощі зі сном Так, більшість часу – 3 Так, інколи – 2 Ні, не дуже часто – 1 Ні, зовсім ніколи – 0	2 (6,9) 14 (48,6) 4 (13,8)* 9 (31,0)*	0 (0,0) 0 (0,0) 2 (11,1) 16 (88,9)
Я відчуваю себе засмученою і нещасною Так, більшість часу – 3 Так, інколи – 2 Ні, не дуже часто – 1 Ні, зовсім ніколи – 0	0 (0,0) 8 (27,6) 5 (17,2) 16 (55,2)	0 (0,0) 0 (0,0) 2 (11,1) 16 (88,9)
Я відчуваю себе настільки нещасною, що плачу Так, більшість часу – 3 Так, досить часто – 2 Лише зрідка – 1 Ні, ніколи – 0	0 (0,0) 0 (0,0) 8 (38,1) 13 (61,9)	0 (0,0) 0 (0,0) 4 (22,2) 14 (77,8)
Останнім часом у мене були думки заподіяти собі шкоду Так, досить часто – 3 Іноді – 2 Майже ніколи – 1 Ніколи – 0	0 (0,0) 0 (0,0) 0 (0,0) 29 (100,0)	0 (0,0) 0 (0,0) 0 (0,0) 18 (100,0)
Примітка:* – достовірні відмінності основної та групи співставлення ($p<0,05$)		

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.

1. Усім жінкам репродуктивного віку із соматичною патологією, які мають репродуктивні плани, на прегравідарному етапі забезпечити медичний супровід профільним спеціалістом для досягнення стану компенсації захворювання, виявлення і корекції порушень мікронутрітивного статусу.
2. Враховуючи широке розповсюдження серед жінок репродуктивного віку із соматичною патологією анемії, проводити профілактику залізодефіциту упродовж 3 місяців прегравідарної підготовки.
3. Жінкам, рідні або близькі яких перебувають на службі в збройних силах України, проводити прегравідарне консультування медичним психологом.
4. До медичного супроводу вагітних із соматичною патологією, рідні або близькі яких перебувають на службі в збройних силах України, включити рутинне консультування медичним психологом не рідше, ніж один раз на триместр, а також в пологах та післяпологовому періоді.
5. В динаміці медичного супроводу вагітних виокремлювати жінок із соматичною патологією чи психологічними порушеннями та скеровувати їх для сумісного спостереження з профільним спеціалістом.
6. Вагітним, які перебувають під впливом довготривалого стресу, з метою профілактики порушень психоемоційного стану рекомендувати тривалу магнієву підтримку.

ВИСНОВКИ.

Під час виконання дослідження по темі кваліфікаційної роботи всі поставлені завдання були виконані.

1. Проведено збір, систематизацію та огляд публікацій провідних зарубіжних та вітчизняних науковців за темою дослідження.
2. Проведено ретроспективний клініко-статистичний аналіз перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду у жінок Рівненської області з урахуванням стану соматичного здоров'я за даними статформ. Встановлено, що в Рівненській області в період 2014 – 2024 р.р. відбулося прогресуюче зниження на 42,4% загальної кількості вагітних і на 45,2% кількості пологів; питома вага нормальних пологів сягає 75,1%; частота операцій кесаревого розтину сягала 20,0% і мала тенденцію до зростання; найбільш поширені соматичні захворювання під час пологів - анемія (16,5%), хвороби щитоподібної залози (9,8%), системи кровообігу (6,2%) та інфекції сечостатевого шляху (4,0%); в 22,5 рази зросла частота цукрового діабету; типові ускладнення вагітності та пологів - пізні гестози (20,3%), кровотечі під час пологів і післяпологового періоду (2,1%); частота масивних акушерських кровотеч 21,7%.
3. Досліджено особливості стану плода, новонародженого та дітей у віці до 1 року від матерів Рівненської області за даними статформ. Показано, що серед новонароджених 99,4% малюків народилися живими; питома вага недоношених новонароджених складає 5,0%; кожний п'ятий новонароджений, що народився хворим і захворів, є недоношеним (19,1%); загальна кількість недоношених немовлят, що народилися хворими і захворіли, сягає 70,6%; до інших стаціонарів і відділень перевели 8073 новонароджених 29,6%.
4. Вивчено проспективну оцінку перебігу вагітності, пологів, післяпологового періоду та стану плода і новонародженого породіль Рівненської області. Встановлено, що жінки віком від 20 до 35 років, які виявили бажання залучитися до оцінки їхнього психологічного статусу,

мали перші пологи; в 55,6% - 58,6% випадках мали поєднану соматичну патологію і обтяжений гінекологічний анамнез; фізіологічний перебіг першого триместру мали 36,4% основної і 40,0% групи співставлення, другого триместру – 20,7% і 22,2% відповідно; провідне ускладнення вагітності – анемія (основна 79,3%, група співставлення 83,3%; в структурі пологів переважали фізіологічні (основна група 75,9%, група співставлення 10 – 55,6%), питома вага патологічних (13,8% і 22,2%) і ускладнених (10,3% і 22,2%) не мала достовірної різниці; стан новонароджених під час народження та в період ранньої неонатальної адаптації не мав достовірних відмінностей.

5. Досліджено оцінку психоемоційного стану жінок Рівненської області під час вагітності, пологів та післяпологового періоду. Виявлено, що незалежно від стану соматичного здоров'я жінки, близькі та рідні яких на час опитування перебувають в лавах ЗСУ, демонструють середній рівень благополуччя та середній рівень тривожності під час вагітності; водночас вони мають високий рівень задоволення пологами та народженням дитини і демонструють більш високу нестабільність психологічного стану жінок в післяпологовому періоді при низькому ризику післяпологової депресії.
6. Підготовлено пропозиції щодо організації медичного супроводу вагітності та пологів в умовах персистентного стресу війни на підставі принципів холістичного підходу. Рекомендовано на етапі прегравідарної підготовки для формування позитивного досвіду вагітності, попередження акушерських та перинатальних ускладнень необхідно досягти стану компенсації соматичної патології, медикаментозну корекцію порушень мікронутрітивного статусу та забезпечити прегравідарне консультування психологом. Під час вагітності продовжувати медичний супровід вагітності медичним психологом з рутинним консультуванням раз на триместр, в пологах і в ранньому післяпологовому періоді; в динаміці вагітності виокремлювати можливі ризики під час вагітності та в пологах і призначати їхню профілактику та лікування у відповідності до Стандартів

медичної допомоги; з метою профілактики порушень психологічного стану під час вагітності призначати тривалу магнієву підтримку.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гичко М. Населення України через війну зменшилось на 8 млн: демограф спрогнозував, що буде далі. *Новини України - останні новини України сьогодні* - УНІАН. 21.04.2025. URL: <https://www.unian.ua/society/naselennya-ukrajini-cherez-viynu-zmenshilos-na-8-mln-demograf-sprognozuvav-shcho-bude-dali-12983829.html> (дата звернення: 03.05.2025).
2. Кобзар Ю. Україна потрапила в "ідеальний шторм" демографічної кризи, яку формують низька народжуваність, зростаюча смертність та загроза додаткових хвиль еміграції. *Новини України - останні новини України сьогодні* - УНІАН. 14.03.2025. URL: <https://www.unian.ua/society/skilki-lyudey-v-ukrajini-demografichna-situaciya-bude-pogirshuvatisya-12945660.html> (дата звернення: 03.05.2025).
3. Скільки дітей щороку народжувалося в Україні за період незалежності. *Слово і Діло*. 04.08.2023. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2023/08/04/infografika/suspilstvo/skilky-ditej-shhoroku-narodzhuvalosya-ukrayini-period-nezalezhnosti#:~:text=У%202015%20році%20народилося%20на,явилися%200277,8%20тисячі%20українців> (дата звернення: 03.05.2025).
4. Соколенко Є. Антирекорд в Україні: народжуваність може опуститись до найнижчого рівня у світі. *Новини України - останні новини України сьогодні* - УНІАН. 26.09.2023. URL: <https://www.unian.ua/society/antirekord-v-ukrajini-narodzhuvanist-mozhe-opustitis-do-naynizhchogo-u-sviti-rivnya-wsj-12405015.html> (дата звернення: 03.05.2025).
5. Просад А. Народжуваність в Україні скоротилася на третину від довоєнного рівня. *Forbes Ukraine*. 31.01.2024. URL: <https://forbes.ua/news/narodzhuvanist-v-ukraini-skorotilasya-na-tretinu-vid-dovoennogo-rivnya-opendatabot-31012024-18877> (дата звернення: 03.05.2025).

6. Жабченко І.А., Тертична-Телюк С.В., Корнієць Н.Г. Перинатальні аспекти збереження вагітності на тлі хронічного стресу. Репродуктивная эндокринология. 2019. № 1(45). С. 29-34.
7. Скрипченко Н.Я., Невишна Ю.В. Актуальні аспекти перебігу пологів у здорових жінок за даними ретроспективного аналізу. Буковинський медичний вісник. 2021. Т. 25. № 2(98). С. 109-113.
8. Chan J.C., Nugent B.M., Bale T.L. Parental Advisory: Maternal and Paternal Stress Can Impact Offspring Neurodevelopment. Biological Psychiatry. 2018. Volume 83. P. 886–894.
9. Фартушок Т.В., Фартушок Н.В., Мильо Х. Роль психо-емоційної сфери вагітної жінки у перебігу гестаційного процесу. International scientific journal «Grail of Science». 2021. № 2-3. С. 572-579. https://nor-ijournal.com/wp-content/uploads/2023/09/NJD_63_1.pdf
10. Носенко О.М., Ханча Ф.О. Психологічний компонент гестаційної домінанти у жінок пізнього репродуктивного віку з вагітністю, індукованою в циклах допоміжних репродуктивних технологій. Вісник морської медицини. 2023. № 2(99). С. 89-98.
11. Жабченко І.А., Корнієць Н.Г., Коваленко Т. М., Тертична-Телюк С.В., Ліщенко І.С., Бондаренко О.М. Війна, стрес, вагітність: як узгодити проблемні питання. Репродуктивне здоров'я жінки. 2023. № 1(64). С. 21–26.
12. Геряк С.М., Кучмій В.Ю., Буряк М. В., Багній Л. В. Особливості перебігу пологів у жінок-тимчасово переміщених осіб, які перенесли стрес внаслідок військової агресії. Репродуктивне здоров'я жінки. 2024. № 2(73). С. 18–23.
13. Ancheva I.A. Psychoprevention of stress during pregnancy and childbirth. Women's Health. 2017. № 121(5). P. 32-34. doi: 10.15574/HW.2017.121.32
14. Невишна Ю. Сучасні погляди на профілактику акушерських та перинатальних ускладнень у здорових вагітних (Огляд

- літератури). Репродуктивне здоров'я жінки, 2021. № 1. С. 49–53.
<https://doi.org/10.30841/2708-8731.1.2021.229715>
15. Доклад Международной конференции по народонаселению и развитию (5–13 сентября 1994 г., г. Каир). Каир, 1994. 195 с. URL: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_rus.pdf (дата звернення: 03.05.2025 р.)
 16. Сироїд Т.Л. Міжнародно-правові основи захисту сексуального та репродуктивного здоров'я жінок. *Juris Europensis Scientia*. 2020. Випуск 3. С. 151-155.
 17. Kovalchuk V.B., Komarnytska I.I., Rizenk O.V., Pasternak V.M., Kostiukova I.M. Public Health of Nation and Reproductive Violence. Репродуктивна ендокринологія. 2025. № 1(76). С. 57–64. DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2025.76.57-64>
 18. Балинская О.М, Теремецкий В.И, Жаровская И.М. Право пациента на конфиденциальность в сфере здравоохранения. *Медицинские новости Грузии*. 2021. № 12(321). С. 147–153.
 19. Sasmito P, Prasetya F.I., Yektingtyastuti Y. et al. Public Health Center Emergency Referral Quality Analysis: Based on National Standard. *International Journal of Public Health Excellence (IJPHE)*. 2024. Volume 3(2). P. 520–527. DOI: 10.55299/ijphe.v3i2.757
 20. Bowleg L. Evolving intersectionality within public health: From analysis to action. *American Journal of Public Health*. 2021. Volume 111(1). P. 88–90. DOI: 10.2105/AJPH.2020.306031.
 21. Sheeran N., Jenkins A., Humphreys T. et al. Investigating the Impact of Reproductive Coercion and Intimate Partner Violence on Psychological and Sexual Wellbeing. *J Interpers Violence*. 2025. Volume 40(3-4). P. 726–755.
 22. Yoshioka E., Palatino M., Nazareno J., Operario D. Intimate partner violence and sexual agency in a nationally representative sample of women and girls in the Philippines. *J Int Violence*. 2022. Volume 37(11–12). P. 8867–8889. DOI: 10.1177/0886260520976208.

23. Laverty C de Vos D. Reproductive Violence as a Category of Analysis: Disentangling the Relationship between ‘the Sexual’ and ‘the Reproductive’ in Transitional Justice, *Int J Transit Justice*. 2021. Volume 15(3). P. 616–635. DOI: 10.1093/ijtj/ijab022.
24. Blikhar M., Skovronska I., Shyshko V. et al. Institutional stability of public administration in the conditions of increasing economic and legal challenges and threats of financial and economic and socio-political crisis in Ukraine. *Financial and Credit Activity Problems of Theory and Practice*. 2023. Volume 3(50). P. 372–381. DOI: 10.55643/fcaptp.3.50.2023.4087
25. Жаровська, І., Бліхар, М., Матківська Р., Черкасова Л. Охорона репродуктивного здоров'я: міжнародний та вітчизняний досвід. *Репродуктивна ендокринологія*. 2022. № 66. С. 109–117. DOI: <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2022.66.109-117>
26. Юзько О. Репродуктивне здоров'я батьків: Огляд літератури. *Репродуктивна ендокринологія*. 2021. № 60. С. 72–76. DOI: <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2021.60.72-76>
27. Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Щербінський О.С., Білак-Лук'янчук В.Й. Наслідки війни з російською федерацією для громадського здоров'я України. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2022. № 8(63). С. 26–31. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.8.2022.273291>
28. Малачинська М.Й. Проблеми доступу до послуг охорони здоров'я в зонах воєнних конфліктів. *Репродуктивна ендокринологія*. 2024. № 3-4(73). С. 8–13. DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2024.73.8-13>
29. Вежновець Т.А., Короткий О.В., Орабіна Т.М., Гурянова В.Г., Геревич Н.В., Говсеєв Д.О., Вдовиченко Ю.П. Особливості організації перинатальної допомоги в Україні в умовах воєнного стану. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2024. № 8(79). С. 9–14. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.8.2024.320071>

30. Антипкін Ю. Г., Татарчук Т.Ф., Марушко Р.В., Дудіна О.О. Регіональні особливості здоров'я вагітних. Репродуктивна ендокринологія. 2021. № 1(57). С. 21–28. DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2021.57.21-28>.
31. Антипкін Ю.Г., Лапшин В.Ф., Марушко Р.В. Сучасний стан репродуктивного потенціалу жінок України. Репродуктивна ендокринологія. 2020. № 53. С. 9–18. DOI: 10.18370/2309-4117.2020.53.9-18.
32. Жабченко І.А. Феродефіцит і вагітність: що робити і коли почати? Репродуктивна ендокринологія. 2021. № 62. С. 42–46. DOI: <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2021.62.42-46>
33. Прокопчук Ю.С., Пирогова В.І. Мікронутієнтний статус: вплив на репродуктивне здоров'я жінки та вагітність (Огляд літератури). Репродуктивне здоров'я жінки. 2024. № 4(75). С. 88–92. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.4.2024.309000>
34. Мартич А.М., Явір В.С., Спічак К.О. Еволюція у поглядах на етіопатогенез розвитку прееклампсії. Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 2019. № 4(80). С. 69–74. DOI: 10.15574/PP.2019.80.69.
35. Марушко Р.В., Дудіна О.О. Сучасні аспекти перинатальної смертності в Україні. Український журнал “Перинатологія і Педіатрія”. 2020. № 2(82). С. 76–85. DOI: 10.15574/PP.2020.82.76
36. Коньков Д.Г., Бевз Г.В., Піскун А.О., Боднарчук О.В. Перспективні напрямки для створення стратегії ефективної медикаментозної профілактики прееклампсії (Огляд літератури). Репродуктивне здоров'я жінки. 2022. № 3(58). С. 49–60 DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.3.2022.262376>
37. Гур'єва В.М., Травкіна А.А., Матвєєв М.О., Морохотова Л.С., Котов Ю.Б., Семенова Т.А. Можливості профілактики прееклампсії: сьогодні і завтра. Репродуктивна ендокринологія. 2020. № 55. С. 99–104. DOI: <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2020.55.99-104>

38. Poon L.C., Shennan A., Hyett J.A., Kapur A., Hadar E., Divakar H., McAuliffe F., da Silva Costa F., von Dadelszen P., McIntyre H.D., Kihara A.B., Di Renzo G.C., Romero R., D'Alton M., Berghella V., Nicolaides K.H., Hod M. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019 May. № 145(1). P. 1-33. doi: 10.1002/ijgo.12802. Erratum in: *Int J Gynaecol Obstet.* 2019 Sep. Volume 146(3). P. 390-391. DOI: 10.1002/ijgo.12892. PMID: 31111484; PMCID: PMC6944283.
39. Коньков Д., Косьяненко С., Остреньук Р., Ловкіна О. Оптимізація профілактики перинатальної патології у жінок з гестаційною ендотеліопатією. *Репродуктивна ендокринологія.* 2022. № 66. С. 46–53. DOI: <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2022.66.46-53>
40. Deinichenko O.V., Siusiuka V.G., Krut' Yu.Ya., Gaidai N.V., Pavlyuchenko M.I., Puchkov V.A., Bohomolova O.A. Indicators of angiogenesis and hormonal profile in pregnant women with chronic hypertension in the first trimester. *Репродуктивне здоров'я жінки.* 2022. № 3(58). С. 34–38. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.3.2022.262372>
41. Кондратюк В.К., Кондратюк К.О., Гаспарян К.А., Горбань Н.Є., Трохимович О.В., Дзюба Г.А., Захурдаєва Л.Д. Сучасні можливості та перспективи збереження здоров'я жінки. *Репродуктивне здоров'я жінки.* 2022. № 5(60). С. 19–25. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.5.2022.265470>.
42. Мотедаен М., Рафієї М., Резаї Тавірані М. та ін. «Зв'язок між індексом маси тіла та прееклампсією: систематичний огляд і мета-аналіз». *Int J Reprod BioMed.* 2019. Volume 17. P. 463–472. DOI: 10.18502/ijrm.v17i7.4857
43. Булавенко О., Боднарчук О., Гончаренко О., Косьяненко С., Коньков Д. Динаміка маркерів ліпідного обміну під час комбінованої профілактичної терапії вагітних із ожирінням та зниженим вітамінним D

- статусом. Репродуктивна ендокринологія. 2022. № 66. С. 54–60. DOI: <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2022.66.54-60>
44. Берлінська Л., Марічереда В., Голубенко М., Павловська О. Материнські фактори розвитку преєклампсії. Репродуктивна ендокринологія. 2021. № 58. С. 102–106. DOI: <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2021.58.102-106>
 45. Лоскутова І.В., Бічевська Р.Г., Мацюк Н.В. Зміни цитокінового статусу в жінок із хронічною патологією печінки при репродуктивних втратах у першому семестрі. Репродуктивна ендокринологія. 2021. № 4(60). С. 60–65. DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2021.60.60-66>
 46. Лоскутова І.В., Бічевська Р.Г., Корнієць Н.Г. Нові аспекти в патогенезі невиношування вагітності. Репродуктивна ендокринологія. 2021. № 3(59). С. 40–44. DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2021.59.40-44>
 47. Леміш Н.Ю. Особливості акушерської та перинатальної патології у вагітних, які мали ускладнення з групи великих акушерських синдромів. Репродуктивне здоров'я жінки. 2022. № 2(57). С. 59–65. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.2.2022.261811>
 48. Шурпяк С.О., Пирогова В.І., Малачинська М.Й. Оцінка ефективності корекції дефіциту вітаміну D на етапі прегравідарної підготовки та під час вагітності засобом Девісол Стронг. Репродуктивна ендокринологія. 2021. № 3(59). С. 35–39. DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2021.59.35-39>
 49. Прокопчук Ю. С., Пирогова В.І. Мікронутрієнтний статус: вплив на репродуктивне здоров'я жінки та вагітність (Огляд літератури). Репродуктивне здоров'я жінки. 2024. № 4(75). С. 88-91. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.4.2024.309000>.
 50. Alves-Santos, Nadya Helena et al. Prepregnancy Dietary Patterns and Their Association with Perinatal Outcomes: A Prospective Cohort Study. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics. 2019. Volume 119, Issue 9. P. 1439-1451.
 51. Islam M.H., Nayan M.M., Jubayer A., Amin M.R. A review of the dietary diversity and micronutrient adequacy among the women of reproductive age in

- low- and middle-income countries. *Food Sci Amp Nutr*. 2024. Volume 12(3). P. 1367-1379. DOI: 10.1002/ fsn3.3855.
52. Chong M.F., Bui C.T., Jaisamrarn U., Pacquing-Songco D., Shaw S.W., Tam C.T., Bardosono S. A landscape of micronutrient status in women through the reproductive years: Insights from seven regions in Asia. *Womens Health (Lond)*. 2020 Jan-Dec. Volume 16:1745506520973110. DOI: 10.1177/1745506520973110. PMID: 33243091; PMCID: PMC7705789.
 53. Stephenson J., Heslehurst N., Hall J., Schoenaker DAJM, Hutchinson J., Cade J.E. et al. Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. *Lancet*. 2018. Volume 391(10132). P. 1830-1841. doi:10.1016/S0140-6736(18)30311-8.
 54. Манасова Г.С., Андрієвський А.Г., Діденкул Н.В., Шпак І.В., Турчин М.І., Кузьмін Н.В. Роль гормональної системи «Вітамін D/рецептори вітаміну D» у формуванні деяких ускладнень вагітності. *Репродуктивна ендокринологія*. 2020. № 51. С. 65–68. <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2020.51.65-68>
 55. Garner T.B., Hester J.M., Carothers A., Diaz F.J. Role of zinc in female reproduction. *Biol Reprod*. 2021. Volume 104(5). P. 976-994. DOI: 10.1093/biolre/ioab023.14.
 56. Wu S., Wang M., Deng Y., Qiu J., Zhang X., Tan J. Associations of toxic and essential trace elements in serum, follicular fluid, and seminal plasma with In vitro fertilization outcomes. *Ecotoxicol Environ Saf*. 2020. Volume 204:110965. doi: 10.1016/j.ecoenv.2020.110965.
 57. Podolskyi V.V., Kozar V.Y. Reproductive health disorders in women of childbearing age in iodine-deficient regions of Ukraine. *Obst Gynecol Gen*. 2019. № 3-4(5). P. 6. DOI: 10.11603/24116-4944.2009.1.9654.
 58. Yang Y., Cai Z., Zhang J. The effect of prepregnancy body mass index on maternal micronutrient status: a metaanalysis. *Sci Rep*. 2021. Volume 11(1):18100. DOI: 10.1038/s41598-021-97635-3.

59. Gonçalves D.R., Braga A., Braga J., Marinho A. Recurrent pregnancy loss and vitamin D: A review of the literature. *Am J Reprod Immunol*. 2018 Nov. Volume 80(5):e13022. DOI: 10.1111/aji.13022. Epub 2018 Jul 27. PMID: 30051540.
60. Adaikalakoteswari A., Wood C., Mina T.H., Webster C., Goljan I., Weldelessie Y. et al. Vitamin B12 deficiency and altered one-carbon metabolites in early pregnancy is associated with maternal obesity and dyslipidaemia. *Sci Rep*. 2020. Volume 10(1):11066. DOI: 10.1038/s41598-020-68344-0
61. Руденко І.В., Міщенко В.П. Патогенетичне обґрунтування персоніфікованої корекції порушень фолатного циклу за допомогою комплексу з метафоліном для профілактики вроджених вад розвитку. *Репродуктивна ендокринологія*. 2020. № 2(52). С. 69–72. DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2020.52.67-72>.
62. Геряк С.М., Петренко Н.В., Добрянська В.Ю. Плацентарні фактори розвитку передчасних пологів у вагітних з коморбідністю. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2022. № 8(63). С. 6-9. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.8.2022.272543>
63. Кравченко О.В. Алгоритм діагностики та лікування первинної плацентарної дисфункції у вагітних групи ризику. *Репродуктивна ендокринологія*. 2021. № 5(61). С. 33–38. DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2021.61.33-38>.
64. Борзенко І.Б. Прогнозування та рання діагностика плацентарної дисфункції (огляд літератури). *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2020. Т. 5, № 2(24). С. 7–17.
65. Кравченко О.В. Плацентарна дисфункція як базова патологія перинатальних ускладнень. *Репродуктивна ендокринологія*. 2021. № 2(58). С. 107–112. DOI: <http://dx.doi.org/10.18370/2309-4117.2021.58.107-112>.
66. Puchkov V. A., Siusiuka V. G., Deinichenko O. V., Sergiyenko M. Yu., Boguslavskaya N. Yu., Babinchuk O. V.. The current state of the problem, clinical-pathogenetic approaches to the diagnosis and management tactics of fetal growth

- restriction. Репродуктивне здоров'я жінки. 2024. № 5(76). С. 74-82. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.5.2024.310397>.
67. Степаненко Т.О. Затримка росту плода – новітні молекулярні механізми (Огляд літератури). Репродуктивне здоров'я жінки. 2024. № 8(79). С. 106-111. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.8.2024.320093>
68. Moresi S., Martino C., Salvi C. Perinatal outcome in gestational hypertension: Which role for developing preeclampsia. A population-based cohort study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2020. Volume 251. P. 218-222. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.05.064.
69. Посохова С.П., Широка А.Д. Нейророзвиток дітей із затримкою росту плода у жінок з гіпертензивними розладами. Репродуктивне здоров'я жінки. 2024. № 3(74). С. 28-32.
70. Лахно І.В., Малікова С.Є. Затримка неврологічного дозрівання є причиною дистресу під час затримки розвитку плода. Репродуктивна ендокринологія. 2020. № 53. С. 82–85. DOI: <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2020.53.82-85>
71. Резніченко Х., Резніченко Ю. Інозит і фолати у відновленні репродуктивної функції у жінок і профілактиці вроджених вад розвитку: Огляд літератури. Репродуктивна ендокринологія. 2021. № 61. С. 95–100. DOI: <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2021.61.95-100>
72. Бурка О., Черевашко В., Мартинова Д., Іщенко Г., Максіян О., Книжицька С. Можливості пренатальної діагностики хромосомних аномалій: що змінилося з впровадженням неінвазивного пренатального тесту (NIPT)? Огляд літератури. Репродуктивна ендокринологія. 2021. № 60. С. 21–30. DOI: <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2021.60.21-30>
73. Коваленко Т. В. Академічні лекції з акушерства та гінекології / ред. акад. Ю.Г. Антипкіна. 2-ге вид. Київ : ТОВ «КРІЕЙТІВ МЕДІА», 2023. 424 с.
74. Glover V., O'Connor T. G. Prenatal stress and its impact on early development. Early Human Development. 2020. Volume 146: 105034.

75. Корнієць Н.Г., Овчаренко М.О., Ліньов О.М., Нечепорук Н.П., Шаповалов В.А.. Післяпологова депресія: реальна проблема? Акушерство, гінекологія, генетика. 2019. Том 5. № 3-4. С. 33–36.
76. King S., Dancause K., Turcotte-Tremblay A. Impact of prenatal maternal stress on childhood outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2021. Volume 24(2). P. 103-120.
77. Берегуляк С.О., Якимчук Ю.Б., Берегуляк О.О. Вплив стресу на вагітність в умовах сьогодення. *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології*. 2022. № 2. С. 97–100. DOI 10.11603/24116-4944.2022.2.13458
78. Siusiuka V.H., Guba N.O., Soloviova N.M., Shevchenko A.O., Kyryliuk O.D., Sergienko M.Yu. Clinical and psychological aspects of reproductive losses. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2025. № 1(80). С. 22-27. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.1.2025.323705>
79. Туманова Л.Є., Коломієць О.В. Особливості психоемоційного стану вагітних із різними видами безплідності в анамнезі. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2022. № 1(56). С. 52-58. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.1.2022.258139>
80. Muller M., Knight A. The relationship between positive birth experiences and maternal mental health outcomes. *Women and Birth*. 2021. Volume 34(4). P. 323-329.
81. Almond P., Jeffries A. Postpartum depression: A comprehensive review of the biological, psychological, and social factors. *Psychiatric Clinics of North America*. 2020. Volume 43(3). P. 419-432.
82. Cohen L., Waugh L. Psychosocial interventions for postpartum depression. *Current Psychiatry Reports*. 2015. Volume 17(6). P. 1-7.
83. Postpartum depression: Symptoms, causes, and treatment. National Institute of Mental Health. 2022. URL: <https://www.nimh.nih.gov/research/research-conducted-at-nimh/research-areas/clinics-and-labs/sbe/participate-in-research/postpartum-depression> (дата звернення: 03.05.2025 р.)
84. Кутько И.И., Панченко О.А., Линев А.Н. Посттравматическое стрессовое расстройство у перенесших вооруженный конфликт. *Клиническая*

- динамика, диагностика, лечение и реабилитация. Український медичний часопис. 2016. № 1. С. 24-27. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh_2016_1_7.
85. Стандарти медичної допомоги «Нормальна вагітність»: Наказ від 09.08.2022 № 1437. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/08/2022_1437_smd_nv.pdf
86. Черепехіна О. А., Турубарова А. В., Горшкова Г. В., Буланов В. А. Образ майбутньої дитини у вагітних у III триместрі українських жінок під час війни в Україні у контексті їхнього репродуктивного здоров'я (регіон Поділля). Репродуктивне здоров'я жінки. 2023. № 7(70). С. 20-33. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.7.2023.292598>
87. Камінський А.В., Харун І.Л. Обґрунтування взаємозв'язку та «ефекту замкненого циклу» між посттравматичним стресовим розладом та звичним невиношуванням вагітності». Репродуктивне здоров'я жінки. 2023. № 3(66). С. 18-33. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.3.2023.283319>.
88. Lachmi-Epstein A, Mazor M, Bashiri A. Psychological and mental aspects and «tender loving care» among women with recurrent pregnancy losses. Harefuah. 2012 Nov. Volume 151(11). P. 633-637, 654. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23367735/>
89. Tavoli Z, Mohammadi M, Tavoli A, Moini A, Effatpanah M, Khedmat L. et al. Quality of life and psychological distress in women with recurrent miscarriage: a comparative study. Health Qual Life Outcomes. 2018. Volume 16(1):150. DOI: 10.1186/s12955-018-0982-z
90. Turton P., Hughes P., Evans C.D., Fainman D. Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. Br J Psychiatry. 2001. Volume 178. P. 556-560. DOI: 10.1192/bjp.178.6.556.
91. Бондаренко Ю. Особливості імуногістохімічних маркерів стовбурових клітин CD-117, CD-44 жіночих плацент на фоні хронічного стресу. Репродуктивна ендокринологія. 2022. № 65. С. 71–79. URL: <https://doi.org/10.18370/2309-4117.2022.65.71-79>

92. Miller S., Gunn A. Maternal and child mental health: Redefining the relationship and its role in public health. *American Journal of Public Health*. 2018. Volume 108(1). P. 22-29.
93. Goker T.U., Tasdemir N., Kilic S., Abali R., Celik C., Gulerman H.C. Alterations of ionized and total magnesium levels in pregnant women with gestational diabetes mellitus. *Gynecol Obstet Invest*. 2015. Volume 79(1). P. 19-24. doi: 10.1159/000365813.
94. Schlegel R.N., Cuffe J.S., Moritz K.M., Paravicini T.M. Maternal hypomagnesemia causes placental abnormalities and fetal and postnatal mortality. *Placenta*. 2015. Volume 36(7). P. 750-758. doi: 10.1016/j.placenta.2015.03.011
95. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization. Geneva: WHO. 2017. 120 p.
96. Nutritional interventions update: Multiple micronutrient supplements during pregnancy. WHO antenatal care recommendations for a positive pregnancy experience. World Health Organization. Geneva; WHO. 2020. 34 p.
97. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи»: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26.01.2022. №170. С. 7-46. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/01/2022_170_ykpm_d_fizpology.pdf
98. Грубрина А. Кожна десята дитина народжується передчасно. Як вагітним в Україні запобігти раннім пологам. *Вікна. Ексклюзив*. 16.12.2023. URL: <https://vikna.tv/dlia-tebe/batkivstvo/peredchasni-pology-v-ukrayini-yak-vijna-vplynula-na-yih-kilkist/>
99. Голяновський О., Морозова О., Супрунюк К., Фролов С. Роль істміко-цервікальної недостатності у невиношуванні вагітності. Репродуктивне здоров'я жінки. 2023. № 7. С. 53–60. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.7.2022.272473>

- 100.Петренко Є., Струбчевська К. Передчасні пологи: питання прогнозування, профілактики та ведення (Огляд літератури). Репродуктивне здоров'я жінки. 2021. № 3. С. 57–64. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.3.2021.234245>
- 101.Мосендз О. Тактика ведення дуже ранніх передчасних пологів. Репродуктивне здоров'я жінки. 2021. № 7-8. С. 45–50. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.7-8.2021.250832>.
- 102.Корнієць Н., Єнікеева В., Тертична-Телюк С., Карпенко Є. Клініко-статистичний аналіз перебігу передчасних пологів за матеріалами комунального підприємства «Обласний перинатальний центр Рівненської обласної ради» за 2013–2023 рр. Репродуктивне здоров'я жінки. 2024. № 6. С. 44–50. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.6.2024.313545>
- 103.Phillip D.A., Carr M.L. Normal and medically complicated pregnancies. In Stewart D, Stotland N (eds): Psychological Aspects of Women's Health Care. Washington, DC: APA Press, 2021. P. 13–18.
- 104.Перепелюк Т. Д. Аборти – психологічний стан жінки та вплив на наступну вагітність. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. 2023. № 3. С. 59-62. DOI: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.3.11>
- 105.Скрипніков А.М., Герасименко Л.О., Ісаков Р.І. Перинатальна психологія. Київ: Ізд-во дом Медкнига, 2017. 168 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/200102236.pdf>
- 106.Стандарти медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26.04.2022. № 692 URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/04/2022_692_smd_pp_vil.pdf
- 107.Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги "Гіпертензивні розлади під час вагітності". Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24.01.2022. № 151. URL:

https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/01/2022_151_ykpmg_giprozlvagitn.pdf

- 108.Внесення змін до наказів Міністерства охорони здоров'я України № 782 від 29 грудня 2005 року та № 676 від 31 грудня 2004 року. «Акушерські кровотечі». Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24.03.2014. № 205. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0205282-14#Text>
- 109.Клінічний протокол з первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги "Кесарів розтин"». Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.01.2022. № 8. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/01/2022_08_ykpmg_kesar_roztyn.pdf
- 110.Проценко О.М., Венцківська І.Б. Вплив гістеректомії з приводу лейоміоми на психологічний статус жінки. Репродуктивне здоров'я жінки. 2023. № 1(64). С. 36-40. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.1.2023.276247>
- 111.Alderdice F., McNeill J., Gargan P., Perra O. Preliminary evaluation of the Well-being in Pregnancy (WiP) questionnaire. J Psychosom Obs Gynaecol. 2017. № 38. P. 133-142.
- 112.Алексіна Н., Лавриненко Д., Герасименко О., Савченко О. Українська адаптація шкали для оцінки генералізованого тривожного розладу GAD-7: досвід діагностики в умовах воєнного стану. Insight: the psychological dimensions of society. 2024. № 11. С. 77-103. DOI:10.32999/2663-970X/2024-11-5
- 113.Говсєєв Д.О., Романенко А.М. Жіночий досвід у перинатальному періоді. Український журнал Перинатологія і Педіатрія. 2023. № 2(94). С. 51-56.

Опитувальник «Благополуччя під час вагітності»
(Well-being in Pregnancy – WIP)

Блок «Позитивна вагітність»

1. Я дуже позитивно ставлюсь до вагітності

Постійно - 10 балів

Більшість часу – 8 балів

Іноді – 6 балів

Ніколи – 4 бали

2. Я відчуваю зв'язок зі своєю дитиною

Постійно - 10 балів

Більшість часу – 8 балів

Іноді – 6 балів

Ніколи – 4 бали

3. Я задоволена тим, як виглядаю під час вагітності

Постійно - 10 балів

Більшість часу – 8 балів

Іноді – 6 балів

Ніколи – 4 бали

4. Я насолоджуюсь своєю вагітністю

Постійно - 10 балів

Більшість часу – 8 балів

Іноді – 6 балів

Ніколи – 4 бали

Блок «Впевненість у материнстві»

1. Вагітність дає мені відчуття впевненості

Постійно - 10 балів

Більшість часу – 8 балів

Іноді – 6 балів

Ніколи – 4 бали

2. У мене достатньо соціальних контактів із іншими людьми

Постійно - 10 балів

Більшість часу – 8 балів

Іноді – 6 балів

Ніколи – 4 бали

3. Я відчуваю впевненість у догляді за своєю дитиною

Постійно - 10 балів

Більшість часу – 8 балів

Іноді – 6 балів

Ніколи – 4 бали

4. Я хвилююсь, що після народження дитини не матиму підтримки

Постійно - 10 балів

Більшість часу – 8 балів

Іноді – 6 балів

Ніколи – 4 бали

Блок «Занепокоєння щодо підтримки після народження»

1. Я почуваюсь готовою до материнства

Постійно - 10 балів

Більшість часу – 8 балів

Іноді – 6 балів

Ніколи – 4 бали

2. Мене турбує, як я впораюся, коли народиться моя дитина

Постійно - 10 балів

Більшість часу – 8 балів

Іноді – 6 балів

Ніколи – 4 бали

3. Я впевнена, що після народження дитини, мене підтримають

Постійно - 10 балів

Більшість часу – 8 балів

Іноді – 6 балів

Ніколи – 4 бали

4. Я хвилююсь, що після пологів мені не вистачить підтримки лікарів

Постійно - 10 балів

Більшість часу – 8 балів

Іноді – 6 балів

Ніколи – 4 бали

Опитувальник GAD-7

Як часто за останні два тижні Вас турбували наступні проблеми?

1. Ви нервували, відчували тривогу або були дуже напружені
Ніколи – 0 балів
Декілька днів – 1 бал
Більше половини часу – 2 бали
Майже щодня – 3 бали
2. Ви не могли зупинити або контролювати своє хвилювання
Ніколи – 0 балів
Декілька днів – 1 бал
Більше половини часу – 2 бали
Майже щодня – 3 бали
3. Ви занадто хвилювались через різні речі
Ніколи – 0 балів
Декілька днів – 1 бал
Більше половини часу – 2 бали
Майже щодня – 3 бали
4. Вам було важко розслабитись
Ніколи – 0 балів
Декілька днів – 1 бал
Більше половини часу – 2 бали
Майже щодня – 3 бали
5. Ви були настільки неспокійні, що Вам було важко всидіти на одному місці
Ніколи – 0 балів
Декілька днів – 1 бал
Більше половини часу – 2 бали
Майже щодня – 3 бали
6. Вам було легко дошкулити або роздратувати

Ніколи – 0 балів

Декілька днів – 1 бал

Більше половини часу – 2 бали

Майже щодня – 3 бали

7. Ви відчували страх, неначе щось жахливе може статися

Ніколи – 0 балів

Декілька днів – 1 бал

Більше половини часу – 2 бали

Майже щодня – 3 бали

Опитувальник «Задоволеність жінки пологами та народженням дитини»

Розділ «Власна спроможність»

1. Пологи та народження дитини пройшли, як Ви планували ?
2. Ви відчували себе сильною під час пологів ?
3. Ви відчували себе впевненою під час пологів ?Ви відчували себе втомленою ?
4. Ви відчували себе щасливою під час пологів ?Ви відчували, що добре справлялися з ситуацією ?
5. Ви відчували, що контролюєте пологи ?
6. Наскільки Вам було боляче під час пологів, якщо порахувати від 0 до 10 ?
7. Як Ви оціните враження від пологів в цілому?

Розділ «Професійна підтримка»

1. Медична команда приділяла достатньо уваги та інформувала про все моїх близьких, що відбувалося під час пологів ?
2. Медична команда створювала атмосферу комфорту та теплоти ?
3. Медична команда розуміла мої потреби під час пологів ?
4. Ви відчували належний догляд та допомогу від медичної команди ?
5. Як Ви оціните допомогу доули/партнера/близьких під час ваших пологів?

Розділ «Відчуття безпеки»

1. Ви відчували себе наляканою або тривожною під час пологів ?
2. У Вас залишилося багато позитивних спогадів після народження дитини ?
3. У Вас залишилося багато негативних спогадів після народження дитини ?
4. Деякі спогади під час пологів роблять вас депресивною ?
5. Моє враження щодо професійних здібностей команди створювало для вас відчуття безпеки ?

6. Наскільки в цілому безпечно ви відчували себе під час пологів ?

Розділ «Участь в пологах»

1. Ви бажали, щоб медична команда приділяла Вам більше уваги та інформувала про все, що відбувалося під час пологів ?
2. Ви відчували, що можете висловити своє побажання змінити положення?
3. Ви відчували, що можете висловити своє побажання та вибрати метод знеболення?



Единбурзька шкала післяпологової депресії
(Edinburgh Postnatal Depression Scale)

Інструкція для користувача

1. Оберіть відповідь, яка найбільше відповідає Вашому самопочуттю впродовж попередніх 7 днів (а не сьогодні).
2. Необхідно заповнити усі 10 пунктів шкали.
3. Слід уникати обговорення своїх відповідей з іншими.
4. Необхідно власноруч заповнити шкалу, якщо тільки Ви не є людиною з інвалідністю.
5. Шкалою можна користуватися під час вагітності або через 6-8 тижнів після пологів.

За останній тиждень:

1. Я можу сміятися і деякі речі мене веселять:

Так само, як це було завжди ____ (0)

Зараз не так часто, як завжди ____ (1)

Зараз точно не так часто, як завжди ____ (2)

Зовсім ні ____ (3)

2. Я чекаю із нетерпінням на якісь події:

Так само, як колись ____ (0)

Зараз менше, ніж раніше ____ (1)

Однозначно менше, ніж раніше ____ (2)

Навряд чи взагалі ____ (3)

3. Я звинувачувала себе без вагомих причин, коли щось йшло не так:

Так, у більшості випадків ____ (3)

Так, іноді ____ (2)

Не дуже часто ____ (1)

Ні, ніколи ____ (0)

4. Я хвилювалась або переживала без поважних причин:

Ні, зовсім не хвилювалась ____ (0)

Майже ніколи ____ (1)

Так, інколи ____ (2)

Так, дуже часто ____ (3)

5. Я відчувала страх чи паніку без вагомих підстав:

Так, досить часто ____ (3)

Так, інколи ____ (2)

Ні, не дуже часто ____ (1)

Ні, зовсім ніколи ____ (0)

6. Останнім часом мене все дратує:

Так, більшість часу я не можу з цим впоратися взагалі ____ (3)

Так, іноді я не справлялась з цим, як зазвичай ____ (2)

Ні, у більшості випадків я досить добре можу з цим впоратись ____ (1)

Ні, я, як завжди, доволі добре можу впоратись з цим відчуттям ____ (0)

7. Я настільки відчуваю себе нещасною, що маю труднощі зі сном:

Так, більшість часу ____ (3)

Так, інколи ____ (2)

Ні, не дуже часто ____ (1)

Ні, зовсім ніколи ____ (0)

8. Я відчуваю себе засмученою і нещасною:

Так, більшість часу ____ (3)

Так, інколи ____ (2)

Ні, не дуже часто ____ (1)

Ні, зовсім ніколи ____ (0)

9. Я відчуваю себе настільки нещасною, що плачу:

Так, більшість часу ____ (3)

Так, досить часто ____ (2)

Лише зрідка ____ (1)

Ні, ніколи ____ (0)

10. Останнім часом у мене були думки заподіяти собі шкоду: *

Так, досить часто ____ (3)

Іноді ____ (2)

Майже ніколи ____ (1)

Ніколи ____ (0)

