

Особливості перебігу пологів у жінок–тимчасово переміщених осіб, які перенесли стрес внаслідок військової агресії

С. М. Геряк, В. Ю. Кучмій, М. В. Буряк, Л. В. Багній

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

Негативний вплив стресу на жінок–тимчасово переміщених осіб (ТПО) супроводжується розвитком акушерських ускладнень та перинатального стресу. При цьому відсутність системності та єдиного доказового підходу до ведення таких вагітних часто призводить до абсолютно протилежних рекомендацій щодо лікування та реабілітації.

Мета дослідження: вивчення характеру проявів та можливостей корекції психоемоційних розладів, а також особливостей перебігу пологів у вагітних–ТПО.

Матеріали та методи. Проведений ретроспективний аналіз та проспективне перехресне дослідження 569 історій вагітності та пологів: жінок–ТПО та 30 роділь, які постійно проживали в області (контрольна група).

Відповідно до проведення допологових заходів психопрофілактики та знеболювання під час пологів жінок–ТПО було розподілено на дві групи: 409 роділь (основна група), яким проводили профілактику стресу під час пологів та медикаментозне знеболювання, та 130 пацієнток (група порівняння), яким не проводили психопрофілактичних заходів. Оцінювання психоемоційного стану проводили шляхом визначення індексу стресостійкості, рівнів кортизолу та серотоніну у крові.

Результати. Установлено, що у жінок–ТПО через повномасштабну війну під час вагітності та пологів спостерігається зниження показників індексу стресостійкості порівняно зі здоровими жінками, що проявляється високим рівнем тривожності та низьким рівнем функціональних можливостей психічної адаптації до пологів і дуже низьким порогом больової чутливості. Під час вагітності у цих жінок спостерігали виражені клінічні прояви стресу та хвилювання, що супроводжувалось підвищеним рівнем стрес-асоційованих гормонів серотоніну та кортизолу як до пологів, так і у післяпологовий період.

Підвищений рівень тривожності під час пологів і до їхнього закінчення відзначали 93,1% жінок–ТПО, що підвищувало частоту оперативного розродження за екстремними показаннями (дистрес плода, аномалії пологової діяльності, відшарування плаценти).

Проведення психотерапевтичної корекції до пологів сприяло стабілізації психоемоційного стану та нормалізації концентрації стрес-асоційованих гормонів (серотоніну та кортизолу), що проявлялося у збільшенні кількості жінок з високим та помірним рівнем стресостійкості і нормальним перебігом пологів, зниженням частоти акушерських та перинатальних ускладнень втричі порівняно з вагітними, яким не проводили психотерапії під час вагітності та пологів.

Висновки. У вагітних–тимчасово переміщених осіб, які перенесли стрес внаслідок військової агресії, спостерігається зниження показників індексу стресостійкості, що супроводжується підвищеним рівнем стрес-асоційованих гормонів серотоніну та кортизолу як до пологів, так і у післяпологовий період та зумовлює підвищення частоти акушерських і перинатальних ускладнень під час пологів.

Проведення психотерапевтичної корекції та медикаментозного знеболювання пологів сприяє стабілізації психоемоційного стану, нормалізації концентрації стрес-асоційованих гормонів (серотоніну та кортизолу), підвищенню рівня стресостійкості та зниженню частоти акушерських та перинатальних ускладнень втричі порівняно з вагітними, яким не проводили психотерапії під час вагітності та пологів.

Ключові слова: пологи, вагітні та роділлі–тимчасово переміщені особи, стрес внаслідок військової агресії, стресостійкість, кортизол, серотонін, акушерські ускладнення, перинатальні порушення.

Characteristics of childbirth in women–temporarily displaced persons who have experienced stress as a result of military aggression

S. M. Heryak, V. Yu. Kuchmiy, M. V. Buryak, L. V. Bahniy

The negative impact of stress on women-temporarily displaced persons (TDP) is accompanied by the development of obstetric complications and perinatal stress. At the same time, the lack of systematicity and a single evidence-based approach to the management of such pregnant women often leads to completely opposite recommendations for treatment and rehabilitation.

The objective: to study the features of manifestations and the possibilities of correction of psycho-emotional disorders, as well as the features of the course of childbirth in pregnant women-TDP.

Materials and methods. Retrospective analysis and prospective cross-sectional study of 569 histories of pregnancy and childbirth: TDP women and 30 pregnant women who permanently lived in the region (control group) were conducted.

In accordance with the implementation of antenatal measures of psychoprophylaxis and analgesia during childbirth, women-TDP were divided into two groups: 409 women in labor (main group), who had stress prevention during childbirth and medical analgesia, and 130 patients (comparison group), who did not have psychoprophylactic measures. Assessment of the psycho-emotional state was carried out by determining the index of stress resistance, cortisol and serotonin levels in the blood.

Results. It was established that, due to a full-scale war during pregnancy and childbirth, women-TDP there is a decrease of stress resistance index compared to healthy women, which is manifested by a high level of anxiety and a low level of functional possibilities of mental adaptation to childbirth and a very low threshold of pain sensitivity. During pregnancy these women had pronounced clinical manifestations of stress and anxiety, accompanied by increased levels of the stress-associated hormones serotonin and cortisol both before childbirth and in the postpartum period.

An increased level of anxiety during childbirth and before its end was found in 93.1% of women-TDP, which increased the frequency of operative delivery for emergency indications (fetal distress, labor abnormalities, placental abruption).

Conducting psychotherapeutic correction before childbirth contributed to the stabilization of the psycho-emotional state and the normalization of the concentration of stress-associated hormones (serotonin and cortisol), which was manifested in an increase in the number of women with a high and moderate level of stress resistance and a normal course of childbirth, a decrease in the frequency of obstetric and perinatal complications three times compared to pregnant women without psychotherapy during pregnancy and childbirth.

Conclusions. In pregnant women who are temporarily displaced persons and experienced stress as a result of military aggression, there is a decrease in the index of stress resistance, which is accompanied by an increased level of the stress-associated hormones serotonin and cortisol both before childbirth and in the postpartum period and leads to an increase in the frequency of obstetric and perinatal complications during delivery.

Conducting psychotherapeutic correction and medical analgesia during childbirth helps to stabilize the psycho-emotional state, normalize the concentration of stress-associated hormones (serotonin and cortisol), increase the level of stress resistance, and reduce the frequency of obstetric and perinatal complications three times compared to pregnant women who did not receive psychotherapy during pregnancy and childbirth.

Keywords: labour, pregnant women and postpartum – temporarily displaced persons, stress as a result of military aggression, stress resistance, cortisol, serotonin, obstetric complications, perinatal disorders.

Важливою умовою сприятливого перебігу вагітності, розвитку плода та фізіологічного розродження є позитивне налаштування на пологи та стійкий психоемоційний стан жінки під час вагітності. Вагітні є найбільш чутливими до впливу патогенних чинників довкілля, оскільки їхні адаптаційно-приспосувальні реакції окрім адаптації функціональних систем організму до вагітності повинні налаштуватися на навантаження під час пологів та впливів навколишнього середовища [1, 2].

Особливого значення проблема перинатального стресу набуває сьогодні в Україні. Демографічний стан країни вразливий і через статево-вікову структуру населення, яка характеризується малою чисельністю дітей та молоді порівняно зі старшим поколінням. Це означає, що найближчими роками у репродуктивний вік увійде менше жінок. Навіть за умови народження середньої кількості дітей (до двох на родину) населення не збільшиться, бо фертильних жінок вже менше.

При цьому сьогодні реальна кількість населення України невідома через переміщення громадян та приховування реальних втрат на полі бою. Однак Інститут демографії та соціальних досліджень припускає: станом на 1 січня 2023 року чисельність населення України становила від 28 до 34 млн. Згідно зі звітом Європейської комісії, навіть за умови перемоги України, швидкого повоєнного відновлення та переважання внутрішньої міграції над зовнішньою населення скоротиться на 21% [3]. Німецькі та американські психоаналітики дійшли висновку про негативний вплив хронічного стресу вагітної під час війни на формування особистості майбутньої дитини [4].

Також однією з особливостей надання медичної допомоги в Україні сьогодні є поява нової групи населення – тимчасово переміщених осіб, загальна кількість яких, за даними Міністерства соціальної політики України, досягла на 5 грудня 2023 року 4 965 000 чоловік. За міжнародними оцінками, кількість тимчасово переміщених громадян вже переви-

щує 7 млн. Ще понад 4 млн біженців зареєструвалися для отримання тимчасового захисту у Європі [5–7].

Ці люди тією чи іншою мірою зазнали прямої військової агресії. Проте, навіть подолавши екстремальні ситуації, пов'язані з окупацією та військовою агресією на сході України, вони отримали психічні травми, які будуть довго нагадувати про себе. Такі реакції можуть проявитись навіть на тлі загального благополуччя через тривалий час після події, що характеризується як посттравматичний синдром (ПТС) і проявляється порушеннями в емоційній сфері, поведінці, реакції на фізичне навантаження та може турбувати людину протягом багатьох років. При цьому наявність ПТС проявляється руйнуванням системи індивідуальних бар'єрів захисту організму та значних порушень життєдіяльності людини [8].

Тому не викликає сумнівів, що негативний вплив стресу у вагітних–тимчасово переміщених осіб (ТПО) супроводжується розвитком акушерських ускладнень та перинатального стресу [9].

Під час вагітності і пологів жінка повинна пройти етапи психічної адаптації, яка на тлі перенесеного гострого стресу може супроводжуватися психоемоційним зривом чи психічним розладом, а не лише психоемоційним стресом [2, 4]. Водночас відсутність послідовності та єдиного науково обґрунтованого підходу до ведення таких вагітних часто призводить до призначення діаметрально протилежних рекомендацій лікування та реабілітації [13, 14]. Ось чому проведення аналізу психоемоційного стану під час вагітності та його впливу на перебіг пологів привертає сьогодні особливу увагу.

Мета дослідження: вивчення характеру проявів та можливостей корекції психоемоційних розладів, а також особливостей перебігу пологів у вагітних–ТПО.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження виконане на базі пологового відділення Тернопільського обласного клінічного перинатального центру (ТОКПЦ) «Мати і дитина» та

акушерських відділень районних лікарень Тернопільської області у 2022–2023 рр. Це дослідження є фрагментом комплексної науково-дослідної роботи кафедри акушерства та гінекології № 2 Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України «Комплексний підхід до контролю симптомів, безпосереднього і віддаленого прогнозу в умовах коморбідної патології в клініці внутрішніх хвороб та практиці сімейного лікаря» (номер державної реєстрації 0118U000361).

Комісією з біоетики Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України встановлено, що матеріали цього дисертаційного дослідження щодо обстеження пацієнтів та проведення наукових досліджень відповідають вимогам норм та принципів біоетики. Під час виконання дослідження були дотримані правила із забезпечення безпеки для здоров'я пацієнток, дотримання їхніх прав, людської гідності, морально-етичних норм відповідно до Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини (1964–2000 рр.) та наказів МОЗ України [10].

У всіх учасниць наукового дослідження після детального роз'яснення про мету, завдання, термін виконання отримана письмова інформована згода на обстеження, проведення лікування та оприлюднення його узагальнених результатів зі збереженням конфіденційності особистих даних.

Проведений ретроспективний аналіз медичної документації (особистих карт вагітних) та проспективне когортне дослідження 569 історій вагітності та пологів: жінок–ТПО, які народжували у ТОКПЦ «Мати і дитина» (404 пацієнтки за 2022 р. та 135 – за 2023 р.) і 30 роділь (контрольна група), які постійно проживали в області та мали неускладнені термінові пологи.

Загальний інформаційний масив відповідно до проведення допологових заходів психопрофілактики та знеболювання під час пологів було поділено на дві групи. До основної групи було включено 409 роділь (304 жінки за 2022 р. та 105 – за 2023 р.), яким проводили профілактику стресу під час пологів та медикаментозне знеболювання. До групи порівняння увійшли 130 пацієнток (100 роділь за 2022 р. та 30 – за 2023 р.), яким не проводили психопрофілактичних заходів перед пологами. Обстеження вагітних та роділь проводили згідно з наказами МОЗ України [11, 12].

Оцінювання психоемоційного стану проводили шляхом анкетування вагітних та породіль за допомогою тестів індивідуальних рівнів стресогенних навантажень. Для кожної жінки визначали суму балів, яка характеризує її адаптивність, тривожність та емоційність. За одержаними даними для кожної особи визначали індекс стресостійкості (I_c): жінки при $I_c=1$ характеризуються високою стресостійкістю (СС), при I_c від 0,5 до 0,99 – помірною СС, а при $I_c<0,5$ – низькою СС.

Соціально-демографічний стан і показники стресогенних факторів, що виникли під час цієї вагітності, визначали із застосуванням Ульмського соціодемографічного опитувальника. Оброблення

отриманих результатів за опитувальником проводили за допомогою інтернет-сервісу. Рівень кортизолу та серотоніну у крові визначали за допомогою тест-системи Immunotech (Чехія) та флюорометричним методом [13, 14].

Статистичне оброблення одержаних даних проводили методами дисперсійного аналізу із використанням програмного забезпечення Statistica 10.0, а для оцінювання достовірності різниць між середніми величинами розраховували Т-критерій Стьюдента–Фішера. Різницю вважали достовірною при значенні $p<0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Стрес можна розділити на три категорії: сильний, помірний та легкий. Також він може бути інтенсивним, гострим і хронічним та зумовлювати проблеми під час вагітності [15]. Перше дослідження психічного статусу проводили безпосередньо перед пологами, друге – через 3–6 днів після пологів. Середній вік жінок в основній групі становив $25,19\pm 4,72$ року, у групі порівняння – $24,16\pm 5,05$ року.

Результати соціально-демографічного аналізу обох груп продемонстрували відсутність достовірних розбіжностей у показниках рівня освіти, виду професійної діяльності, сімейного положення, особливостей проживання та сімейних стосунків. Слід зазначити, що тільки 49% членів сімей вагітних–ТПО мали роботу на момент обстеження, інші отримували соціальну допомогу від держави, що може свідчити про соціально-економічне неблагополуччя родин ТПО.

Жодна жінка до цієї вагітності не зверталася по допомогу до психіатрів. Серед роділь–ТПО 44 (8,2%) жінки повідомили про смерть члена сім'ї, а 107 (19,9%) зазнали обстрілу або бомбардування свого будинку. Близько половини були свідками обстрілів і бомбардувань у своєму районі – 221 (41,0%) жінка, а чверть – 126 (23,4%) – вбивства (56,4%). При цьому це були переважно роділлі, що народжували у 2022 р.

В основній групі у 100% випадків вагітність була бажаною, у 77,9% випадків вагітність була запланованою, у 22,1% випадків – ні. Однак більш детальний аналіз ставлення жінок до вагітності в основній групі за допомогою опитування засвідчив неоднозначність переживання щодо вагітності, зокрема наявність амбівалентного ставлення.

Самостійні пологи відбулись у 368 (68,3%) обстежених жінок. У 171 (31,7%) жінки пологи відбулись шляхом кесарева розтину за різними показаннями. При цьому у майже третини жінок відбулись передчасні пологи – у 151 (28,0%). Жінки з передчасними пологами під час цієї вагітності перебували під спостереженням та народжували дітей у перинатальних центрах другого та третього рівня м. Тернопіль. Виявлено, що під час вагітності у цих жінок спостерігалися виражені клінічні прояви стресу та хвилювання. Вони скаржилися на підвищену втому, дратівливість, нестійкість настрою, плаксивість, тривожність, порушення сну, зниження уваги.

Найімовірніше, структура показань до кесарева розтину у роділь–ТПО мала як соціальні, так і психологічно зумовлені особливості. Зокрема, у жінок-переселенок основним показанням до кесарева розтину під час пологів був дистрес плода, на другому місці – сідничне передлежання плода і лише потім – наявність рубця на матці.

Тазове передлежання і рубець на матці як показання до кесарева розтину належать до так званих перинатальних показань, за яких можливі вагінальні пологи per vias naturales [16]. Але усі жінки–ТПО з тазовим передлежанням і рубцем на матці написали письмові відмови від спроби вагінальних пологів, незважаючи на відсутність абсолютних протипоказань.

Аномалії пологової діяльності, що призвели до кесарева розтину, виникли у 35,7%, кровотеча під час пологів (передчасне відшарування плаценти) – у 13,5% роділь. При цьому не відзначено підвищення частоти інших видів показань до оперативного розродження, що можна пояснити також стресогенним впливом на їхній генез.

Структура основних показань до кесарева розтину під час пологів у контрольній групі практично відповідала даним по Тернопільській області: аномалії пологової діяльності – 16,7%, кровотеча під час пологів (передчасне відшарування плаценти) – 13,3%, вагітність з рубцем на матці – 28,6%, сідничне передлежання – 20,0%, дистрес під час пологів – 16,7%.

Підвищений рівень тривожності під час пологів і до їхнього закінчення відзначала 121 (93,1%) жінка–ТПО. У групі здорових вагітних лише 2 (6,7%) жінки мали скарги невротичного характеру, а в цілому здорові вагітні характеризувалися психічною рівновагою, емоційною стійкістю, низьким рівнем неспокою і тривожності.

Розподіл обстежених вагітних за рівнем СС представлено у табл. 1.

Отримані дані свідчать про значні зміни у показниках Іс у вагітних, які стали переселенками внаслідок повномасштабного російського вторгнення. З огляду на наведені зміни, простежено, як змінюється СС у цих жінок після пологів, коли були проведені психологічна допологова підготовка та знеболювання під час пологів. Тому усім жінкам, обстеженим під час вагітності, через 3–6 днів після пологів було запропоновано відповіді на запитання анкети повторно.

Установлено, що у здорових жінок до пологів високий рівень СС спостерігався у 83,3%, а у перший тиждень після пологів залишався майже на тому самому рівні у 86,7%. У той самий час у групі вагітних–ТПО лише в окремих жінок (6,9%) спостерігався високий рівень СС, і вони змогли адаптуватися до

нових умов, а після пологів цей показник відповідно становив 22,3%, що свідчить про часткову та незначну стабілізацію психоемоційного стану після пологів. При цьому така несприятлива прогностично структура рівня тривожності характерна для показників як ситуативної, так і особистісної тривожності.

Це не можна пояснити тільки фактом очікування пологів, а, швидше, є відображенням рівня соціальної тривожності, що також проявляється у недостовірному збільшенні кількості жінок з помірним рівнем СС вдвічі (з 34,6 до 44,6% після пологів) та незначному зменшенні кількості жінок з низьким рівнем СС (з 58,5 до 33,1%). Водночас у здорових вагітних – місцевих жительок низький рівень СС визначали лише у 6,7%, а помірний – у 10% обстежених.

При цьому у групі, де вагітним провели психопрофілактику стресу під час вагітності та медикаментозне знеболювання пологів, відзначено достовірно кращі показники СС, що свідчить про стабілізацію психосприйняття до початку пологів та позитивний вплив цієї підготовки на результат розродження.

Так, високий рівень СС після пологів спостерігався у 79,2% породіль основної групи, що достовірно не відрізнялося від контролю. Кількість жінок, що мали помірний рівень СС, зменшилася втричі (з 66,2 до 19,3% після пологів), низький рівень СС мали лише 6 породіль (1,5%).

Протягом тижня після пологів психоемоційний стан жінки стабілізується за рахунок нейроендокринної та психофізіологічної адаптації, яка великою мірою залежить від підтримки медичного персоналу та членів сім'ї, нормального стану дитини та відсутності у неї захворювань, наявності молока. За нашими спостереженнями, покращення психоемоційного стану жінок–ТПО після пологів порівняно з періодом вагітності спостерігається і внаслідок усвідомлення самого факту материнства.

Відхилення у психічному стані вагітних, які стали біженками внаслідок повномасштабної війни з росією, супроводжувались змінами вмісту стресорних гормонів.

Дані щодо концентрації гормонів представлені у табл. 2.

Як видно з табл. 2, у вагітних–ТПО показники концентрації кортизолу та серотоніну достовірно вищі, ніж у здорових вагітних, що характеризує напруження компенсаторно-приспосувальних можливостей стресреалізуючих та стрес-лімітувальних систем.

Слід зазначити, що вагітні-переселенки, яким проводили психокорекцію шляхом попереднього навчання та спілкування у школі материнства та індивідуаль-

Таблиця 1

Рівень стресостійкості у жінок–ТПО залежно від проведення профілактичних заходів, n (%)

Група вагітних	n	Високий рівень		Помірний рівень		Низький рівень	
		До пологів	Після пологів	До пологів	Після пологів	До пологів	Після пологів
Порівняння	130	9 (6,9)*	29 (22,3%)*	45 (34,6)*	58 (44,6%)	76 (58,5)*	43 (33,1%)*
Основна	409	103 (25,2)**	324 (79,2%)^	271 (66,2)**	79 (19,3%)**	35 (8,6)^	6 (1,5%)^
Контрольна	30	25 (83,3)	26 (86,7)	3 (10,0)	3 (10,0)	2 (6,7)	1 (3,3)

Примітки: * – різниця статистично достовірна щодо контролю (p<0,05); ^ – різниця статистично достовірна щодо показників групи порівняння (p<0,05).

Концентрація стрес-асоційованих гормонів (нмоль/л) у крові жінок–ТПО у динаміці дослідження

Група вагітних	n	Серотонін, М±m		Кортизол, М±m	
		До пологів	Після пологів	До пологів	Після пологів
Порівняння	130	3,86±0,08*	2,26±0,07^	726,4±15,5*	486,4±15,5^
Основна	409	2,41±0,09^	1,76±0,012^	357,2±17,3^	298,1±13,9^
Контрольна	30	1,38±0,07	1,44±0,06	469,3±24,7	348,6±25,5
Нормативні показники		1,41–3,703		140–700	

Примітки: * – різниця статистично достовірна щодо контролю (p<0,05); ^ – різниця статистично достовірна щодо показників до пологів (p<0,05).

но, демонстрували виражену зміну своєї поведінкової стратегії у формі підвищеної довіри до лікаря, зменшення конфліктності, сприйняття себе в активній ролі виношування вагітності, навчалися способів саморегуляції сприйняття стресу і адекватного застосування методик знеболювання під час пологів.

Оскільки під час вагітності відхилення у психоемоційному стані супроводжувались порушеннями концентрації стрес-асоційованих гормонів (кортизолу, серотоніну), було проведено повторний їхній аналіз після пологів. Як видно, у жінок–ТПО після пологів концентрації кортизолу та серотоніну відповідали нормі і були у межах середніх нормативних показників. Це розцінено як стабілізацію психоемоційного стану жінок, усунення у них хворобливого стану у результаті благополучного завершення пологів, впливу психопрофілактичних заходів, адекватного знеболювання, що сприяло зниженню рівня стрес-асоційованих гормонів та ліквідації нашарування гострого стресу на хронічний.

Отже, підвищення рівня СС у вагітних та роділь відбувається за рахунок нормалізації нейроендокринної та психічної адаптації під час пологів, що також позитивно впливає на перебіг післяпологового періоду.

Правильно проведена допологова підготовка відобразилася у характеристиці результатів перебігу пологів: вдвічі знизилась частота аномалій пологової діяльності, збільшилася кількість фізіологічних пологів та зменшилися показники оперативних втручань (практично відповідали частоті у контрольній групі), причому за рахунок зниження частоти ургентного кесарева розтину. Загалом частота ускладнень під час пологів знизилася майже вдвічі.

Можна вважати, що сформований правильно алгоритм пологів є основним чинником їхньої фізіології та забезпечує відповідальне ставлення роділлі до свого стану, допомагає адекватно, без зайвої тривожності реагувати на будь-які проблеми, що можуть виникати під час пологів, і їх долати. Програма психокорекційної підготовки, яку проходили жінки – ТПО, сприяла не тільки зміні їхнього психологічного статусу, а й покращувала стосунки з близькими у сім'ї – понад 80% пологів були партнерськими.

Важливо звернути увагу, що під час вибору методу знеболювання пологів необхідно зважати на те, що методи знеболювання не мають порушувати пологову діяльність, негативно впливати на плід і новонародженого, бути легкодоступними і легкокоро-

ваними, препарати, які використовуються, повинні бути малотоксичними, з низьким ступенем проникності крізь плаценту, чинити здебільшого анальгезувальну дію, без вираженого наркотичного ефекту [17, 18]. При цьому вагітні повинні мати свободу вибору способу знеболювання пологів, який, на їхній розсуд, краще допоможе їм під час пологів [19–23].

В усіх випадках за наявності відчуття сильного болю та за бажання жінки проводили анестезію пологів методом медикаментозного знеболювання, у тому числі епідуральної аналгезії. Сьогодні епідуральна аналгезія вважається «золотим стандартом» знеболювання пологів і використовується у більшості країн більше ніж у 60% пологів [24, 25].

Загалом у Перинатальному центрі рівень забезпечення медикаментозним знеболюванням на сьогодні досягає 92%. У жодної пацієнтки з груп дослідження, яким проводили епідуральну аналгезію, не було виявлено ускладнень після медикаментозного знеболювання.

ВИСНОВКИ

1. Установлено, що у жінок–тимчасово переселених осіб через повномасштабну війну під час вагітності та пологів спостерігається зниження показників індексу стресостійкості порівняно зі здоровими жінками, що проявляється високим рівнем тривожності та низьким рівнем функціональних можливостей психічної адаптації до пологів і дуже низьким порогом больової чутливості (p<0,05).

2. Здорові жінки під час вагітності та пологів мають переважно високий рівень стресостійкості, який характеризується низьким рівнем неспокою та тривожності, емоційною стійкістю та психічною рівновагою, що дозволяє їм фізіологічно адаптуватись до перебігу пологів та мати переважно високий поріг больової чутливості.

3. У жінок, які виїхали із зон бойових дій чи прилеглих до них територій у відносно безпечні регіони для тимчасового перебування, проведення психотерапевтичної корекції до пологів приводить до стабілізації психоемоційного стану та нормалізації концентрації стрес-асоційованих гормонів (серотоніну та кортизолу), що проявляється у збільшенні кількості жінок з високим та помірним рівнем стресостійкості (p<0,05).

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Відомості про авторів

Геряк Світлана Миколаївна – д-р мед. наук, проф., завідувачка, кафедра акушерства та гінекології № 2, Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; тел.: (050) 377-43-17. *E-mail: heryak@tdmu.edu.ua*

ORCID: 0000-0002-7894-1009

Кучмій Вікторія Юрївна – д-р філософії, асистентка, кафедра акушерства та гінекології № 1, Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України; тел.: (067) 700-77-51. *E-mail: kuchmii@tdmu.edu.ua*

ORCID: 0000-0001-8631-4438

Буряк Марія Василівна – магістр, кафедра акушерства та гінекології № 2, Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України. *E-mail: ml_buriak_mariia@tdmu.edu.ua*

Багній Ліна Вікторівна – д-р філософії, асистентка, кафедра акушерства та гінекології № 2, Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України. *E-mail: bahni@tdmu.edu.ua*

ORCID: 0000-0002-4224-0657

Information about the authors

Heryak Svitlana M. – MD, PhD, DSc, Professor, Head of Obstetrics and Gynecology Department No. 2, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University Ministry of Health of Ukraine; tel.: (050) 377-43-17. *E-mail: heryak@tdmu.edu.ua*

ORCID: 0000-0002-7894-1009

Kuchmii Viktoriia Yu. – MD, PhD, Assistant of Professor, Obstetrics and Gynecology Department No. 1, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University Ministry of Health of Ukraine; tel.: (067) 700-77-51. *E-mail: kuchmii@tdmu.edu.ua*

ORCID: 0000-0001-8631-4438

Buryak Mariya V. – Master, Obstetrics and Gynecology Department No. 2, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University Ministry of Health of Ukraine. *E-mail: ml_buriak_mariia@tdmu.edu.ua*

Bahniy Lina V. – MD, PhD, Assistant of Professor, Obstetrics and Gynecology Department No. 2, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University Ministry of Health of Ukraine. *E-mail: bahni@tdmu.edu.ua*

ORCID: 0000-0002-4224-0657

ПОСИЛАННЯ

- Ancheva IA. Psychoprevention of stress during pregnancy and childbirth. *Women's Health*. 2017;121(5):32-4. doi: 10.15574/HW.2017.121.32.
- Nevishna Yu. Modern views on the prevention of obstetric and perinatal complications in healthy pregnant women (Literature review). *Women's Reprod Health*. 2021;(1):49-53. doi: 10.30841/2708-8731.1.2021.229715.
- Ukrinform. The population of Ukraine varies from 28 to 34 million - demographers [Internet]. 2023. Available from: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3692466-ciselnist-naselenna-ukraini-varietsa-vid-28-do-34-miljoniv-demografi.html>.
- McFarlane J, Symes L, Binder BK, Maddoux J, Paulson R. Maternal-child dyads of functioning: the intergenerational impact of violence against women on children. *Matern Child Health J*. 2014;18(9):2236-43. doi: 10.1007/s10995-014-1473-4.
- Publication «Facts». Over the year, the number of IDPs increased by 300,000 people – Vereshchuk [Internet]. 2023. Available from: <https://fakty.com.ua/ua/ukraine/suspilstvo/20230901-za-rik-killist-vpo-zbilshylasya-na-300-tys-osib-vereshhuka/amp/>.
- Ukrinform. 4,867,106 migrants were officially registered in Ukraine [Internet]. 2023. Available from: <https://www.ukrinform.ua/amp/rubric-society/3649695-v-ukraini-oficijno-zareestruvali-4-867-106-pereselenciv.html>.
- Shvidenko A. Work + motherhood + volunteering: challenges for women during the war [Internet]. Legal newspaper online. 2024;775-8(17-20). Available from: <https://jur-gazeta.com/dumka-eksperta/robota--materinstvo--volonters-tvo-vikliki-dlya-zhinki-pid-chas-viyini.html>.
- Bryant RA. Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*. 2019;18(3):259-69. doi: 10.1002/wps.20656.
- World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: WHO; 2018. 238 p. Available from: <https://www.who.int/publications/item/9789241550215>.
- World Medical Association. The Declaration of Helsinki of the World Medical Association «Ethical principles of medical research involving human subjects as research subjects», adopted by the 18th General Assembly of the WMA [Internet]. 1964. Document No. 990_005; 1964 June 01. Available from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_005#Text.
- Ministry of Health of Ukraine. On the approval of the Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized), tertiary (highly specialized) medical care «Physiological childbirth» [Internet]. 2022. Order No. 170; 2022 Jan 26. Available from: <https://www.dec.gov.ua/mtd/fiziologichni-pology/>.
- Ministry of Health of Ukraine. About the approval of the Standards of medical care «Normal pregnancy» [Internet]. 2022. Order No. 1437; 2022 June 09. Available from: <https://www.dec.gov.ua/mtd/normalna-vaginitist/>.
- Moncrieff J, Cooper RE, Stockmann T, Amendola S, Hengartner MP, Horowitz MA. The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. *Mol Psychiatry*. 2023;28(8):3243-56. doi: 10.1038/s41380-022-01661-0.
- Slavich GM, Sacher J. Stress, sex hormones, inflammation, and major depressive disorder: Extending Social Signal Transduction Theory of Depression to account for sex differences in mood disorders. *Psychopharmacol (Berl)*. 2019;236(10):3063-79. doi: 10.1007/s00213-019-05326-9.
- Olufsen IS, Sørensen ME, Bjorvatn B. New diagnostic criteria for insomnia and the association between insomnia, anxiety and depression. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2020;140(1). doi: 10.4045/tidsskr.19.0041.
- Ishchenko GI, Demenina NK. Dynamics of operative delivery in modern obstetrics (Literature review). *Perinatal Pediatr*. 2019;2(78):54-7.
- Scarth E, Smith S. *Drugs in anaesthesia and intensive care*: 5th ed. England: Oxford University Press; 2016. 390 p. doi: 10.1093/med/9780198768814.001.0001.
- Vdovichenko SYU. Prevention of obstetric and prenatal pathology when using family-oriented technologies during pregnancy and childbirth. *Women's Health*. 2017;2:78-82.
- Makarenko MV, Hovseev DO, Sokol IV, Berestovoy VO, Voron RM. The maternity center is a new link of obstetric care in Ukraine. *Women's Health*. 2018;7(133):17-9.
- Levett KM, Smith CA, Bensoussan A, Dahlen HG. Complementary therapies for labour and birth study: a randomised controlled trial of antenatal integrative medicine for pain management in labour. *BMJ Open*. 2016;6(7):e010691. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010691.
- Xue WL, Shorey S, Wang W, He HG. Fathers' involvement during pregnancy and childbirth: An integrative literature review. *Midwifery*. 2018;62:135-45. doi: 10.1016/j.midw.2018.04.013.
- Ranjbaran M, Khorsandi M, Matouroyour P, Shamsi M. Effect of Massage Therapy on Labor Pain Reduction in Primiparous Women: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Clinical Trials in Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2017;22(4):257-61. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_109_16.
- Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Developing strategies to be added to the protocol for antenatal care: an exercise and birth preparation program. *Clinics*. 2015;70(4):231-6. doi: 10.6061/clinics/2015(04)02.
- American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. Practice guidelines for obstetric anesthesia: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. *Anesthesiology*. 2007;106(4):843-63. doi: 10.1097/01.anes.0000264744.63275.10.
- Mazza MG, De Lorenzo R, Conte C. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain Behav Immun*. 2020;89:594-600. doi: 10.1016/j.bbi.2020.07.037.

Стаття надійшла до редакції 06.02.2024. – Дата першого рішення 09.02.2024. – Стаття подана до друку 11.03.2024