

Особливості психоемоційного стану вагітних із вродженими вадами серця

К. М. Огородник¹, А. О. Огородник², А. Є. Гусєва¹, І. М. Грицай¹

¹ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ

²Київський обласний перинатальний центр

Вроджена вада серця (ВВС) – це патологія, що характеризується порушенням будови серця. Вагітні з ВВС потребують допомоги мультидисциплінарної команди лікарів до, під час та після вагітності. Кількість вагітних із ВВС зросла протягом останніх десятиліть. Стрес є невід’ємною складовою сучасного життя, і особи з ВВС мають вищий ризик виникнення емоційних, поведінкових і соціальних проблем. Сучасні дослідження вказують на необхідність комплексного підходу до ведення вагітності в жінок із ВВС на всіх етапах.

Мета дослідження: аналіз психоемоційного стану вагітних із ВВС.

Матеріали та методи. Обстежено 180 вагітних із ВВС. Основна група (ОГ) – 150 жінок: підгрупа А – 30 вагітних із неоперованими вадами серця та серцевою недостатністю (СН) II–III функціонального класу (ФК) за класифікацією New York Heart Association (NYHA) і легеневою гіпертензією, підгрупа Б – 60 вагітних з оперованими ВВС та СН II–III ФК, підгрупа В – 60 вагітних із неоперованими вадами серця та СН I ФК. Контрольна група (КГ) – 30 жінок із фізіологічним перебігом вагітності без встановленої кардіальної патології. Для психологічного тестування застосовували спостереження, бесіду, інтерв’ю, а також методики, що визначають рівень депресивності (тест PHQ-9), тривожності (тест Спілберґера) та емоційної прив’язаності між матір’ю та плодом. Статистична обробка результатів і графічне оформлення проводилися за допомогою програм Microsoft Excel 2016 та Statistica 10 for Windows.

Результати. У 74% жінок (n = 37) підгрупи Б спостерігали знижений настрій, підвищену плаксивість, що може бути пов’язано з тривалим перебуванням у стаціонарі. Для жінок КГ характерний підвищений рівень реактивної тривожності за нормального рівня особистісної тривожності. У 100% жінок підгрупи А виявлено страх смерті під час або після пологів. 33,3% (n = 10) жінок цієї підгрупи майже не планують своє майбутнє, тоді як 66,7% (n = 20) вагітних мають впевненість у тому, що все буде добре, але сподіваються на допомогу близьких. У 18% (n = 27) жінок ОГ спостерігали підвищені показники депресивності за тестом PHQ-9, а у 22% (n = 33) – граничні значення. Аналіз малюнків учасниць дослідження виявив спільні ознаки: підвищену тривожність, невпевненість у собі та конфліктність.

Висновки. Психоемоційний стан вагітних із ВВС потребує не лише медичного, а й психологічного супроводу. У зв’язку з цим виникає гостра потреба в розробці програми психологічного супроводу та комплексної підготовки до пологів для жінок із цієї патологією.

Ключові слова: вагітність, вроджені вади серця, пологи, психоемоційні реакції, тривожність, депресія, страх, серцева недостатність.

Peculiarities of the psychoemotional state of pregnant women with congenital heart diseases

К. М. Огородник, А. О. Огородник, А. Є. Гусєва, І. М. Грысай

Congenital heart disease (CHD) is a pathology which is characterized by heart structure malformations. Pregnant women with CHD require the medical help of a doctor's multidisciplinary team before, during and after pregnancy. The number of pregnant women with CHD has increased over the past decades. Stress is an integral part of the present time, and people with CHD have a higher risk of emotional, behavioral and social problems. Current results indicate the need for a holistic approach focused on pregnant women with CHD during the whole pregnancy.

The objective: to analyze the psychoemotional state of pregnant women with CHD.

Materials and methods. 180 pregnant women with CHD were examined. The main group (MG) – 150 women: subgroup A – 30 pregnant women with unoperated heart defects and heart failure (HF) II–III functional class (FC) of the New York Heart Association (NYHA) and pulmonary hypertension, subgroup B – 60 pregnant women with operated CHD and HF II–III FC, subgroup C – 60 pregnant women with unoperated heart defects and HF I FC. Control group (CG) – 30 women with a physiological course of pregnancy without cardiac pathology. For psychological testing the observation, conversation, interview and methods for determination of the levels of depression (PHQ-9 test), anxiety (Spilberger test) and the formation of emotional attachment between mother and fetus. Statistical processing of results and graphic design were carried out using Microsoft Excel 2016 and Statistica 10 for Windows.

Results. 74% of women (n = 37) in subgroup B had low mood and tearfulness, which can mostly be explained by a long stay in the hospital. Women in the CG were characterized by an increased level of reactive anxiety with a normal level of personal anxiety. In subgroup A 100% of pregnant women had a fear of death during childbirth or after childbirth. 33.3% (n = 10) of women in this subgroup practically did not make plans for the future, 66.7% (n = 20) of pregnant women were confident that everything will be fine, but constantly hoped for help from the partners. 18% (n = 27) of women in the MG had increased depression indicators according to the PHQ-9 test, and 22% (n = 33) of pregnant women in this group had borderline values. Having analyzed the pictures of women, we can conclude that there are common features in all the results: anxiety, self-doubt, conflict.

Conclusions. The psycho-emotional state of pregnant women with CHD requires both medical and psychological support. In this regard, there is an urgent need to develop a program of psychological support and comprehensive preparation for childbirth for women with this pathology.

Keywords: pregnancy, congenital heart disease, childbirth, psychoemotional reactions, anxiety, depression, fear, heart failure.

Вроджена вада серця (ВВС) – це захворювання, що характеризується порушенням будови серця. Деякі ВВС не потребують лікування, тоді як інші є складними та вимагають корекції, іноді навіть кількох оперативних втручань. ВВС діагностують приблизно у 1% новонароджених, що становить близько 40 000 випадків щороку [1].

Вагітність є важливим періодом у житті жінки, проте для тих, хто має серцево-судинні захворювання (ССЗ), вона пов'язана з додатковими ризиками, що потребують особливої уваги. Сучасна медицина дозволяє більшості дівчат із ВВС досягати дітородного віку та забезпечує можливість реалізації материнства. Своєчасне оперативне втручання сприяє покращенню перебігу вагітності, однак не всі жінки вступають у вагітність із коригованою ВВС. Це зумовлює необхідність ведення таких випадків мультидисциплінарною командою лікарів до, під час і після вагітності [2].

Протягом останніх десятиліть кількість вагітних із ВВС збільшилася та, за прогнозами, продовжить зростати [3, 4]. Вагітність і пологи спричиняють важливі гемодинамічні зміни, включно зі збільшенням серцевого викиду, підвищенням центрального венозного тиску та частоти серцевих скорочень [5–7]. У жінок із серцево-судинною патологією ці зміни можуть ускладнювати перебіг вагітності.

У пацієнток із певними типами ВВС частота спонтанних абортів і внутрішньоутробної загибелі плода є вищою, становлячи 15–25%, а частота передчасних пологів – 10–12% [8, 9].

Для оцінки ризиків було розроблено кілька шкал стратифікації ризику вагітності в жінок із ССЗ. Однак ці шкали мають певні обмеження, оскільки їх інформативність залежить від особливостей популяції.

Нещодавнє проспективне дослідження показало, що модифікована класифікація серцево-судинного ризику Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) є найбільш надійним інструментом для прогнозування серцево-судинних ускладнень у жінок із ВВС [10]. У зв'язку з цим розроблено спеціальні рекомендації щодо ведення вагітності в жінок із ССЗ, що сприяє наданню кваліфікованої допомоги під час вагітності [11].

Стрес є невіддільною частиною сучасного життя, і чим раніше він чинить вплив на здоров'я жінки, тим більше негативних наслідків виявляється у майбутньому. Дослідження демонструють, що стрес матері та стресові життєві події під час вагітності можуть підвищувати ризик розвитку ВВС у нащадків [12].

З іншого боку, розвиток ВВС у дитини, необхідність хірургічного втручання та тривалого лікування в стаціонарі значно підвищують рівень стресу і тривожності в батьків. Це може спричинити розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР). З прогресуванням хвороби психологічний тиск на здоров'я батьків зменшується, однак ризик тривалих психоемоційних проблем залишається високим [13]. Діти, які зростають в умовах

надмірної батьківської опіки та підвищеного рівня стресу, можуть у дорослому віці мати підвищений рівень тривожності. Дівчата, які досягають дітородного віку, часто вступають у вагітність уже з наявним стресом, зумовленим не лише самою вагітністю, а й емоційними переживаннями щодо своєї хвороби. Адже додатковим стресом під час вагітності є соматична патологія жінки [14].

Люди із серйозними захворюваннями, зокрема з ВВС, мають підвищений ризик емоційних, поведінкових і соціальних проблем [15]. Близько 50% дорослих із ВВС у певний період життя відчувають тривогу або депресію [15].

Пренатальний стрес є складним біопсихосоціальним явищем, що виникає у вагітних під впливом різних стресогенних факторів [16–18]. Більшість жінок під час вагітності мають високий рівень тривожності [19, 20], особливо у віці 31–40 років [21]. Оскільки сучасні жінки все частіше планують вагітність на більш пізній вік, стресові чинники посилюються, що може ускладнювати перебіг вагітності. Психологічні розлади та стрес під час вагітності можуть призводити до негативних наслідків як для матері, так і плода [22, 23].

Ретроспективна оцінка показала, що перед пологами рівень емоційного стресу є високим (47,0%) і досягає піка після народження дитини. Під час материнства рівень емоційного стресу значно зменшується (24,1%, $p < 0,001$) [24].

Сучасні клінічні спостереження підкреслюють важливість цілісного підходу до ведення вагітності в жінок із ВВС на всіх етапах.

Мета дослідження: аналіз психоемоційного стану вагітних із ВВС.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження є ретроспективним. Обстежено 180 вагітних із ВВС, які спостерігалися та народжували у відділенні внутрішньої патології вагітних ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології ім. акад. О.М. Лук'янової НАМН України» у період 2013–2020 років. Учасниць дослідження було розподілено на основну (ОГ) та контрольну (КГ) групи.

До ОГ увійшли 150 вагітних, яких поділено на 3 підгрупи:

- підгрупа А – 30 вагітних із неоперованими вадами серця та серцевою недостатністю (СН) II–III функціонального класу (ФК) за класифікацією New York Heart Association (NYHA) у поєднанні з легеневою гіпертензією;
- підгрупа Б – 60 вагітних з оперованими ВВС та СН II–III ФК;
- підгрупа В – 60 вагітних із неоперованими вадами серця та СН I ФК.

КГ сформували 30 жінок із фізіологічним перебігом вагітності без встановленої кардіальної патології.

У процесі проведення дослідження дотримувалися принципів біоетики та деонтології. Усі пацієнтки підписали інформовану згоду на участь у дослідженні.

Дослідження проводили в терміні 16–24 тиж. вагітності. Такий період було обрано для забезпечення коректності результатів, оскільки саме в цей час у жінок із нормальним перебігом вагітності без екстрагенітальної патології спостерігається найбільший психологічний спокій [25]. Для психологічного тестування застосовували основні методи психодіагностики, зокрема психологічне спостереження, бесіду та інтерв'ю. Також використовували спеціально сформований психодіагностичний інструментарій, що включав такі методики:

- тест PHQ-9 (Patient Health Questionnaire – скринінгове дослідження рівня депресії) – для оцінки рівня депресивності;
- тест Ч. Д. Спілбергера – для оцінки рівня тривожності;
- малюнковий тест «Я і моя дитина» – для оцінки сформованості емоційної прив'язаності між матір'ю та дитиною.

У дослідженні взяли участь жінки віком від 24 до 35 років. Середній вік становив $29,4 \pm 7,3$ року (ОГ – $29,0 \pm 6,2$ року, КГ – $29,8 \pm 8,4$ року). Усі жінки ОГ народжували вперше, з них 7 – вагітні повторно. Зважаючи на специфіку перебігу вагітності в жінок із СН на тлі ВВС, пацієнтки з оперованими вадами серця (підгрупа Б) були поділені ще на дві підгрупи: І – 53 (27,2%) вагітні, яким корекцію вади проводили в різні терміни до настання вагітності; ІІ – 7 (6,1%) вагітних, яким корекцію вади виконували безпосередньо під час вагітності.

При оцінюванні малюнків тесту враховувалися такі аспекти: наявність на малюнку матері та дитини, образ дитини та її вік, наявність спільної діяльності, присутність інших членів родини, а також характер ліній, розмір малюнка і його розташування. Усі характеристики поділялися на сприятливі та несприятливі ознаки щодо емоційної близькості між матір'ю та дитиною. Аналіз малюнків жінок дозволив зробити узагальнений висновок про наявність спільних рис у всіх отриманих результатах: ознак тривоги, невпевненості в собі та конфліктності. Особливістю також було часте зображення дитини в дорослому віці, що може свідчити про відсутність розуміння «малої» дитини та несформованість емоційної прив'язаності через порушення у структурі материнської ідентичності. Крім того, це може вказувати на страх дозволити собі фантазувати про період немовляти, оскільки тяжка екстрагенітальна патологія здатна вплинути на перебіг вагітності та пологів.

Для виявлення достовірних відмінностей кількісних показників між КГ та ОГ використовували t-критерій Стюдента. Також застосовували z-критерій Колмогорова – Смирнова, обчислення середнього значення та статистичної похибки.

Статистичну обробку результатів і графічне оформлення виконували за допомогою програм Microsoft Excel 2016 та Statistica 10 for Windows.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За допомогою методу спостереження та психологічного інтерв'ю були отримані такі результати: у 61,7% ($n = 37$) жінок підгрупи Б виявлено знижений настрій і підвищену плаксивість, що, ймовірно, пояснюється три-

валим перебуванням у стаціонарі. Некритичне ставлення до власного захворювання спостерігалось у 20% ($n = 12$) пацієнток, попри систематичні роз'яснення лікарів щодо їхнього стану здоров'я та плода. У 16,7% ($n = 10$) випадків у стаціонарі постійно перебували родичі вагітних (переважно батьки), що може свідчити про виховання за типом гіперопіки та підвищену тривожність як родинну особливість. Під час бесіди встановлено, що 35% ($n = 21$) жінок підгрупи Б відзначають нестабільність настрою, а 63,3% ($n = 38$) пацієнток – емоційну лабільність. Близьке оточення цих жінок вказувало на наявність дитячих реакцій у відповідь на встановлення правил або відмову, які супроводжувалися плачем, бажанням втекти та сховатися (26,7%, $n = 16$). Конфліктність із сусідками по палаті спостерігалась в 53,3% ($n = 32$) жінок.

Аналіз рівня тривожності показав, що для жінок із фізіологічним перебігом вагітності характерне підвищення рівня реактивної тривожності за нормального рівня особистісної тривожності. У КГ середнє значення реактивної тривожності становило $\mu = 36,05$ бала зі стандартним відхиленням $\sigma = 9,42$ при довірчому інтервалі (ДІ) $I_{1-\alpha} = \pm 2,033$ та рівні значущості $\alpha = 0,1$. В ОГ показник середнього значення реактивної тривожності становив $\mu = 33,84$ бала зі стандартним відхиленням $\sigma = 9,59$ та ДІ $I_{1-\alpha} = \pm 1,433$ з рівнем значущості $\alpha = 0,1$. Згідно з t-критерієм Стюдента, середні значення показника реактивної тривожності у двох групах мали статистичні відмінності на рівні 90%. Для аналізу розподілу відносної частоти показників було використано z-критерій Колмогорова – Смирнова з рівнем значущості $\alpha = 0,1$.

У КГ рівні реактивної тривожності розподілилися таким чином: низький рівень – 23,3% ($n = 7$) при ДІ $I_{1-\alpha} = \pm 8,125$ і рівні значущості $\alpha = 0,1$; помірний рівень – 63,3% ($n = 19$) при ДІ $I_{1-\alpha} = \pm 9,439$; високий рівень – 13,3% ($n = 4$) при ДІ $I_{1-\alpha} = \pm 6,702$. В ОГ показники реактивної тривожності були такими: низький рівень – 16% ($n = 24$) при ДІ $I_{1-\alpha} = \pm 5,5347$; помірний рівень – 64% ($n = 96$) при ДІ $I_{1-\alpha} = \pm 6,251$; високий рівень – 20% ($n = 30$) при ДІ $I_{1-\alpha} = \pm 4,646$. Кількісний аналіз отриманих результатів продемонстровано на рис. 1.

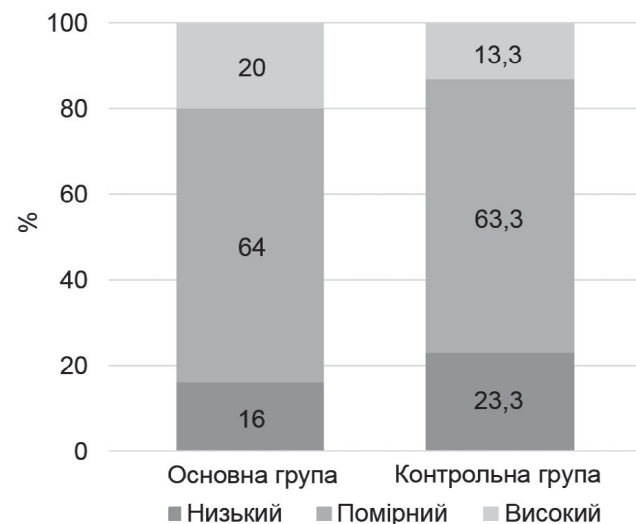


Рис. 1. Кількісний аналіз отриманих результатів за показником реактивної тривожності

Для аналізу рівнів особистісної тривожності було проведено наступний етап тестування. У КГ середнє значення особистісної тривожності зафіксовано в межах $\mu = 42,88$ бала при стандартному відхиленні $\sigma = 8,51$ та ДІ $I_{1-\alpha} = \pm 1,836$ при рівні значущості $\alpha = 0,1$. В ОГ середнє значення особистісної тривожності становило $\mu = 39,83$ бала при стандартному відхиленні $\sigma = 8,94$ та ДІ $I_{1-\alpha} = \pm 1,336$ при рівні значущості $\alpha = 0,1$. Згідно з t-критерієм Стюдента, середні значення μ -показника особистісної тривожності у двох групах мають статистичні відмінності на рівні 90%. Аналіз розподілу відносної частоти показників проводився за допомогою z-критерія Колмогорова – Смирнова при рівні значущості $\alpha = 0,1$.

У КГ рівні особистісної тривожності розподілилися таким чином: низький рівень – 17% ($n = 5$), ДІ $I_{1-\alpha} = \pm 2,762$ при рівні значущості $\alpha = 0,1$; помірний рівень – 73% ($n = 22$), ДІ $I_{1-\alpha} = \pm 9,54$; високий рівень – 10% ($n = 3$), ДІ $I_{1-\alpha} = \pm 9,342$. В ОГ відповідні показники становили: низький рівень – 12% ($n = 18$), ДІ $I_{1-\alpha} = \pm 6,284$; помірний рівень – 68% ($n = 102$), ДІ $I_{1-\alpha} = \pm 6,622$; високий рівень – 20% ($n = 30$), ДІ $I_{1-\alpha} = \pm 6,186$. Виявлено значущі відмінності в розподілі відносних частот між КГ та ОГ. Кількісний розподіл показників представлено на рис. 2.

У підгрупі А 100% ($n = 30$) жінок мали страх смерті під час або після пологів. Серед них 33,3% ($n = 10$) жінок майже не планують майбутнє, їхня основна мета – народити, а подальше життя сприймається невизначено; 66,7% ($n = 20$) мають впевненість у позитивному результаті, незалежно від підтримки близьких.

Страх смерті під час або після пологів також виявлено в 43% ($n = 26$) жінок із підгрупи Б, 38% ($n = 23$) жінок із підгрупи В, 17% ($n = 5$) жінок із КГ. Майже не планують власне майбутнє 25% ($n = 15$) жінок у підгрупах Б і В, 7% ($n = 2$) – у КГ.

Досліджуючи рівень депресивності серед вагітних, привертає увагу такий факт: у 18% ($n = 27$) обстежуваних ОГ спостерігалися підвищені показники депресивності за тестом РНQ-9, а у 22% ($n = 33$) – гранич-

ні значення. Для більш детального аналізу цієї групи було проведено додаткові обстеження за допомогою спеціальних методик, ретельного аналізу анамнезу та скарг, пов'язаних із настроєм і почуттями. Надалі цих пацієнток було направлено на консультацію до психолога для проведення психокорекції або психотерапії. Питання щодо медикаментозного коригування виявлених симптомів вирішувалося спільно із лікарем-психіатром. Порівняно з КГ встановлено, що рівень депресивності серед жінок із фізіологічним перебігом вагітності є значно нижчим – лише 13% ($n = 4$) мали граничні значення депресивності.

При спостереженні за вагітними ОГ в 56,7% ($n = 85$) жінок було виявлено виражений астеничний синдром, що проявлявся підвищеною стомлюваністю, зниженням працездатності, погіршенням пам'яті, порушеннями сну та постійними скаргами на дискомфорт, причину якого жінки часто не могли конкретизувати. Водночас у КГ подібні прояви не траплялися, астеничний синдром відзначено лише в 7% ($n = 2$) жінок. Зібрані скарги систематизовано та подано в таблиці.

Згідно з аналізом скарг (таблиця), порушення сну відзначалися в обох групах, проте у здорових жінок ці розлади були пов'язані переважно з перебуванням у стаціонарі, тоді як у жінок із ВВС спостерігалось стійке порушення сну, що характеризувалося частими пробудженнями, труднощами із засинанням і наявністю кошмарних сновидінь.

Реактивна тривожність відображає психоемоційний стан жінки на момент проведення дослідження та не є показником особистісних рис. Високі рівні реактивної тривожності серед жінок обох груп можуть бути пов'язані зі стресовими факторами, зокрема психодіагностичними тестуваннями, що є новим і незвичним для респондентів, проведенням болісних маніпуляцій напередодні або іншими факторами, що могли статися одночасно.

Підвищені показники реактивної тривожності у здорових жінок пояснюються проведенням медичних процедур і загальним занепокоєнням щодо перебігу вагітності та здоров'я дитини. Розподіл показників реактивної тривожності в обох досліджуваних групах є схожим: у більшості респондентів відзначено підвищені показники помірної та високої рівнів, результати є статистично значущими.

Серед вагітних КГ показники особистісної тривожності є закономірними, оскільки навіть фізіологічна вагітність супроводжується переживаннями, пов'язаними з майбутнім материнством, пологами, власним здоров'ям і здоров'ям дитини, страхом за безпеку життя з народженням тощо. Цей період пов'язаний із формуванням материнської ідентичності, динамічних складників психологічного компонента гестаційної домінанти та переживанням актуальних афективних станів, що відображається в глибині емоційних переживань жінки. У жінок ОГ показники високого та помірної рівнів особистісної тривожності є підвищеними, що може бути наслідком екстрагенітальної патології, яка зумовила формування тривожних рис особистості ще до вагітності. Відсутність показників низького рівня особистісної тривожності пояснюється додатковим до наявних стра-

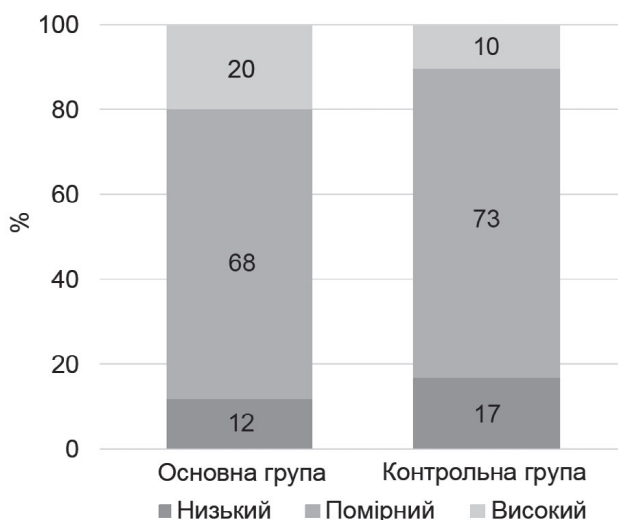


Рис. 2. Кількісний розподіл показників особистісної тривожності

Симптоматика астеничного синдрому у вагітних, абс. ч. (%)

Назва показника	Значення показника в групах вагітних	
	ОГ (n = 150)	КГ (n = 30)
Підвищена стомлюваність	86 (57,3)*	2 (6,7)
Зниження працездатності	91 (60,7)*	3 (10,0)
Погіршення пам'яті	64 (42,7)	12 (40,0)
Порушення сну	38 (25,0)	3 (10,0)
Необґрунтовані скарги	51 (34,0)*	2 (6,7)

Примітка: * – різниця достовірна відносно показників КГ, $p < 0,05$.

хів і переживань впливом пережитої або запланованої операції з приводу ВВС, а також тривогою щодо стану здоров'я дитини та власного життя.

Для жінок ОГ характерно підвищення рівнів як реактивної, так і особистісної тривожності, що можна пояснити довготривалим психологічним дистресом, пов'язаним з основним захворюванням.

Усі жінки з ВВС та СН II–III ФК, які не були прооперовані, відзначали страх смерті. Водночас вони не наголошували на подальшому стані власного здоров'я, зосереджуючись переважно на успішному народженні дитини.

Нижчі показники депресії серед жінок КГ можуть свідчити про недостатню суб'єктивну довіру до власних емоційних станів, оскільки під час бесіди та клінічного інтерв'ю вони не висловлювали скарг, що вказували б на знижений настрій та напружений емоційний фон. Високі показники депресії серед жінок ОГ свідчать про їхню психоемоційну нестабільність, яка потребує психологічної корекції, оскільки високий рівень депресії до пологів може спричинити розлади в психоемоційному стані жінки в перед- і післяпологовий періоди, зокрема появу синдрому материнського блюзу та післяпологової депресії.

Необґрунтовані скарги на порушення сну в пацієнток із ВВС пов'язані зі станом постійної тривоги, коли жінка часто прислухається до свого стану, рухів дитини та схильна до перебільшення симптомів захворювання.

Аналіз малюнка тесту продемонстрував, що виявлені механізми на рівні психіки трактуються як прояв психологічного захисту. На малюнках часто були присутні інші члени родини, що може свідчити як про емоційну та фізичну залежність від близьких, так і про недостатню сформованість власної сімейної системи через низку соціально-психологічних чинників.

Результати дослідження узгоджуються з іншими науковими роботами і свідчать про підвищений рівень тривоги та депресії в жінок із ВВС порівняно із загальною популяцією [15]. Кардіологічні захворювання чинять значний вплив на психоемоційний стан пацієнток через поєднання фізичних обмежень, страху перед ускладненнями та труднощів у повсякденному житті.

ВИСНОВКИ

Аналіз результатів дослідження підтверджує, що вагітні з ВВС потребують як медичного, так і психологічного супроводу. Вони є вразливою групою, що характеризується високим рівнем особистісної тривожності, схильністю до іпохондричного синдрому та переважанням дезадаптивних механізмів психологічного захисту (заперечення, проєкції тощо). Це ускладнює формування міцного емоційного зв'язку між матір'ю та дитиною. У зв'язку з цим необхідний комплексний підхід до лікування, який включатиме не лише кардіологічну терапію, а й розробку програми психологічного супроводу та спеціального комплексу підготовки до пологів у жінок із цією патологією.

Конфлікт інтересів. Автори повідомляють про відсутність конфлікту інтересів.

Відомості про авторів

Огородник Катерина Михайлівна – ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ; тел.: (044) 483-22-69. E-mail: kateryna_duda@icloud.com
ORCID: 0000-0002-1326-6495

Огородник Артем Олександрович – Київський обласний перинатальний центр. E-mail: artem.ogorodnik@gmail.com
ORCID: 0000-0002-6871-7935

Гусєва Альона Євгенівна – ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ; тел.: (044) 483-22-69. E-mail: dr.alionayevgeniivna@gmail.com
ORCID: 0000-0003-3785-8425

Грицай Інна Миколаївна – ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ; тел.: (044) 483-22-69. E-mail: innagritsay77@gmail.com
ORCID: 0000-0001-6214-9685

Information about the authors

Ogorodnyk Kateryna M. – SI “Ukrainian Center of Maternity and Childhood of NAMS of Ukraine”, Kyiv; tel.: (044) 483-22-69. E-mail: kateryna_duda@icloud.com
ORCID: 0000-0002-1326-6495

Ogorodnyk Artem O. – Kyiv Regional Perinatal Center. E-mail: artem.ogorodnik@gmail.com
ORCID: 0000-0002-6871-7935

Husieva Alona Ye. – SI “Ukrainian Center of Maternity and Childhood of NAMS of Ukraine”, Kyiv; tel.: (044) 483-22-69. E-mail: dr.alionayevgeniivna@gmail.com
ORCID: 0000-0003-3785-8425

Hrytsai Inna M. – SI “Ukrainian Center of Maternity and Childhood of NAMS of Ukraine”, Kyiv; tel.: (044) 483-22-69. E-mail: innagritsay77@gmail.com
ORCID: 0000-0001-6214-9685

ПОСИЛАННЯ

1. American Heart Association. About Congenital Heart Defects [Internet]. American Heart Association; 2023. Available from: <https://www.heart.org/en/health-topics/congenital-heart-defects/about-congenital-heart-defects>.
2. Canobbio MM, Warnes CA, Aboulhosn J, Connolly HM, Khanna A, Koos BJ, et al. Management of Pregnancy in Patients With Complex Congenital Heart Disease: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. *Circulation*. 2017;135(8):e50-87. doi: 10.1161/CIR.0000000000000458.
3. Bottega N, Malhamé I, Guo L, Ionescu-Iltu R, Therrien J, Marelli A. Secular trends in pregnancy rates, delivery outcomes, and related health care utilization among women with congenital heart disease. *Congenit Heart Dis*. 2019;14(5):735-44. doi: 10.1111/chd.12811.
4. Van Hagen IM, Roos-Hesselink JW. Pregnancy in congenital heart disease: risk prediction and counselling. *Heart*. 2020;106(23):1853-61. doi: 10.1136/heartjnl-2019-314702.
5. Perry H, Lehmann H, Mantovani E, Thilaganathan B, Khalil A. Are maternal hemodynamic indices markers of fetal growth restriction in pregnancies with a small-for-gestational-age fetus? *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2020;55(2):210-16. doi: 10.1002/uog.20419.
6. Vinayagam D, Thilaganathan B, Stirrup O, Mantovani E, Khalil A. Maternal hemodynamics in normal pregnancy: reference ranges and role of maternal characteristics. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2018;51(5):665-71. doi: 10.1002/uog.17504.
7. Phillips RA, Ma Z, Kong B, Gao L. Maternal Hypertension, Advanced Doppler Haemodynamics and Therapeutic Precision: Principles and Illustrative Cases. *Curr Hypertens Rep*. 2020;22(7):49. doi: 10.1007/s11906-020-01060-2.
8. Khairy P, Ouyang DW, Fernandes SM, Lee-Parritz A, Economy KE, Landzberg MJ. Pregnancy outcomes in women with congenital heart disease. *Circulation*. 2006;113(4):517-24. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.589655.
9. Gelson E, Curry R, Gatzoulis MA, Swan L, Lupton M, Steer P, et al. Effect of maternal heart disease on fetal growth. *Obstet Gynecol*. 2011;117(4):886-91. doi: 10.1097/AOG.0b013e31820cab69.
10. Diller GP, Uebing A. Predicting the risks of pregnancy in congenital heart disease: the importance of external validation. *Heart*. 2014;100(17):1311-2. doi: 10.1136/heartjnl-2014-306060.
11. Regitz-Zagrosek V, Roos-Hesselink JW, Bauersachs J, Blomström-Lundqvist C, Cifková R, De BM, et al. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. *Eur Heart J*. 2018;39(34):3165-241. doi: 10.1093/eurheartj/ehy340.
12. Balci A, Sollié-Szarynska KM, van der Bijl AG, Ruys TP, Mulder BJ, Roos-Hesselink JW, et al. Prospective validation and assessment of cardiovascular and offspring risk models for pregnant women with congenital heart disease. *Heart*. 2014;100(17):1373-81. doi: 10.1136/heartjnl-2014-305597.
13. Biber S, Andonian C, Beckmann J, Ewert P, Freilinger S, Nagdyman N, et al. Current research status on the psychological situation of parents of children with congenital heart disease. *Cardiovasc Diagn Ther*. 2019;9(2):369-76. doi: 10.21037/cdt.2019.07.07.
14. Chou FH, Kuo SH, Wang RH. A longitudinal study of nausea and vomiting, fatigue and perceived stress in, and social support for, pregnant women through the three trimesters. *Kaohsiung J Med Sci*. 2008;24(6):306-14. doi: 10.1016/S1607-551X(08)70157-8.
15. Kovacs AH, Brouillette J, Ibeziako P, Jackson JL, Kasparian NA, Kim YY, et al. Psychological Outcomes and Interventions for Individuals With Congenital Heart Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2022;15(8):e000110. doi: 10.1161/HCQ.0000000000000110.
16. Patel I, Dev A. What is prenatal stress? A scoping review of how prenatal stress is defined and measured within the context of food insecurity, housing instability, and immigration in the United States. *Womens Health (Lond)*. 2023;19:17455057231191091. doi: 10.1177/17455057231191091.
17. Dunkel SC, Rahal D, Ponting C, Julian M, Ramos I, Hobel CJ, et al. Anxiety in pregnancy and length of gestation: Findings from the healthy babies before birth study. *Health Psychol*. 2022;41(12):894-903. doi: 10.1037/hea0001210.
18. Wu Y, DeAsis-Cruz J, Limperopoulos C. Brain structural and functional outcomes in the offspring of women experiencing psychological distress during pregnancy. *Mol Psychiatry*. 2024;29(7):2223-40. doi: 10.1038/s41380-024-02449-0.
19. Syusyuka VG. Level of biogenic amines for pregnant women with psycho-emotional disorders stipulated by anxiety. *Reprod Health Woman*. 2020;1(1):15-8. doi: 10.30841/2708-8731.1.2020.209330.
20. Tumanova L, Kolomiets O. Features of the psychoemotional state of pregnant women with different types of infertility in history. *Reprod Health Woman*. 2022;1(1):52-8. doi: 10.30841/2708-8731.1.2022.258139.
21. Husieva A. Pregnancy and psycho-emotional stress reactions. Age factor. *Reprod Health Woman*. 2023;4(1):35-43. doi: 10.30841/2708-8731.4.2023.285762.
22. Senobari M, Azmoude E, Mousavi M. The relationship between body mass index, body image, and sexual function: A survey on Iranian pregnant women. *Int J Reprod Biomed*. 2019;17(7):503-12. doi: 10.18502/ijrm.v17i7.4862.
23. Keramat A, Malary M, Moosazadeh M, Bagherian N, Rajabi-Shakib MR. Factors influencing stress, anxiety, and depression among Iranian pregnant women: the role of sexual distress and genital self-image. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):87. doi: 10.1186/s12884-021-03575-1.
24. Freiburger A, Beckmann J, Freilinger S, Kaemmerer H, Huber M, Nagdyman N, et al. Psychosocial well-being in postpartum women with congenital heart disease. *Cardiovasc Diagn Ther*. 2022;12(4):389-99. doi: 10.21037/cdt-22-213.
25. Chauhan A, Potdar J. Maternal Mental Health During Pregnancy: A Critical Review. *Cureus*. 2022;14(10):e30656. doi: 10.7759/cureus.30656.

Стаття надійшла до редакції 24.10.2024. – Дата першого рішення 30.10.2024. – Стаття подана до друку 06.12.2024