

психологічне консультування і інформування, психологічна корекція, соціально-психологічна адаптація. Особливе місце займає комплексна психодіагностика (в першу чергу діагностика індивідуально-психологічних особливостей особистості жінки, стану емоційної сфери та особливостей ставлення до ситуації майбутньої вагітності та материнства), яка дозволяє не тільки більш коректно виявити особливості патогенезу на етапі постановки клінічного діагнозу та формування особистісно спрямованої програми допомоги, а й додатково контролювати її ефективність під час реалізації.

Таким чином, в сучасних умовах, коли хроніострес став частиною повсякденного життя, еволюційно сформована пристосувальна реакція часто призводить до формування патології репродуктивної сфери, знижує якість життя і фертильність жінки, а репродуктивна система, як і весь організм, піддаються системним ушкоджувальним процесам.

Сучасний рівень надання допомоги жінці в клініці репродуктивної медицини на всіх етапах вимагає комплексного підходу, що включає не тільки високопрофесійне медичне спостереження, а й індивідуальний психологічний супровід з використанням відповідних технологій. Впровадження такого підходу і реалізація узгодженої роботи фахівців медичного та психологічного профілю, безсумнівно, дозволить більш ефективно реалізовувати основні завдання репродуктології, сприяючи вирішенню не тільки суто медичних, а й важливих психосоціальних проблем, що стоять перед сучасним суспільством.

МАТЕРИНСЬКИЙ СТРЕС ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ АКУШЕРСЬКИХ УСКЛАДНЕНЬ

М. К. Білоус,

студент 5 курсу медичного факультета

В. Є. Клебан,

студентка 5 курсу медичного факультета

В.Ю. Жук,

кандидат медичних наук, асистент

Донецький національний медичний університет МОЗ України

В останнє десятиліття в результаті вдосконалення ведення вагітності та методів розродження, впровадження в акушерську практику новітніх

діагностичних приладів і методик намітилася тенденція до зниження числа ускладнень вагітності та пологів, перинатальної і материнської захворюваності та смертності. Однак, дотепер при веденні вагітності лікарі акушери-гінекологи не завжди враховують психологічні аспекти стану жінки: психоемоційний статус та його зміни в процесі гестації, ставлення жінки до вагітності, майбутніх пологів і до дитини, взаємини в сім'ї, на роботі і т.п. За даними клінічних психологів і психотерапевтів саме психологічні проблеми є підґрунтям багатьох соматичних захворювань і можуть з'явитися етіологічним фактором виникнення акушерських ускладнень [1].

У 2012 році були опубліковані дані про поширеність материнського пренатального стресу (МПС) у вагітних. У перехресному дослідженні 1522 вагітних жінок різних національностей з різним економічним статусом, які отримували допологову допомогу в університетській акушерській клініці в Сіетлі (США), МПС був зареєстрований як низький або помірний у 78% і високий у 6% учасниць. Високий рівень МПС був пов'язаний з депресією, панічними розладами, вживанням наркотиків, насильством в сім'ї, наявністю коморбідних захворювань [2].

У іншому дослідженні ретроспективно було встановлено, що серед 14 тис. вагітних частота депресії становила 11,8% і 13,5% на 18-й і 32-й тижні вагітності відповідно [3].

Мета нашої роботи стало вивчення, за основі аналізу вітчизняної та зарубіжної літератури за останні роки, впливу стресу під час вагітності на матір і плід і його наслідки.

Загальновідомо, що стрес (від англ. stress – навантаження, тиск, напруга) є неспецифічною (загальною) реакцією організму на вплив (фізичний або психологічний), що порушує його гомеостаз, а також стан нервової системи організму або організму в цілому [4].

Проблема стресу набула першорядного значення в житті сучасної людини, а частота психологічного стресу безперервно збільшується. Для сучасної людини стан стресу стало практично нормою. Він набуває масштабів епідемії і являє собою основну психологічну проблему сучасного суспільства. Велика кількість гострих і хронічних стресів безпосередньо впливають на здоров'я людей. Вагітність є дуже чутливим періодом для психічного життя матері. Сам стан вагітності вносить серйозну зміну до способу життя жінки, її самовідчуття, сприйняття світу і самої себе в цьому світі, і також в її емоційного життя. Навіть для тих жінок, які планували вагітність, вона є стресовою ситуацією. Додаткові

навантаження, які лягають на плечі вагітної порушують формування «домінанти вагітності», яка забезпечує нормальний перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду [1, 4].

Доведено, що провідними гормонами, що формують стресову реакцію є адреналін і норадреналін. Інший важливий клас гормонів реакції на стрес –глюкокортикоїди, серед яких найбільш відомим є кортизол, який покликаний допомагати організму вистояти в стресовій ситуації. Підвищений рівень кортизолу може бути пов'язаний не тільки з явною небезпекою для людини, але і з деякими змінами в умовах життя, які організм сприймає як небезпеку. У відповідь на стрес активуються відповідні залози внутрішньої секреції, при цьому знижується секреція різних гормонів репродуктивної системи, таких як естроген, прогестерон і тестостерон [5].

Кортизол відіграє провідну патогенетичну роль у розвитку МПС через високу ліпофільності. Теоретично він може легко проходити через плацентарний бар'єр і досягати плода. Однак плацента динамічно регулює кількість кортизолу, яке досягає організму плода [6]. Тільки невеликий відсоток кортизолу, що потрапляє в плаценту під час МПС, зможе проникнути в кров плода (приблизно 10-20%). Проте через початково низький нормальний рівень кортизолу у плода потрапляння навіть такої невеликої кількості може значно збільшити концентрацію глюकोкортикоїду в крові плоду, тим самим пригнічити активність гіпоталамо-гіпофізарно наднирникової осі (ГГНО) плода і вплинути на його нормальне дозрівання. З іншого боку, підвищений рівень материнського кортизолу може стимулювати вироблення плацентарного кортикотропін-релізінг фактору з подальшою стимуляцією ГГНО плода і збільшенням у нього рівня кортизолу [4].

Вченими з німецького університету Гейдельберга було обстежено 319 новонароджених і матерів – велось спостереження за рівнем стресу у матері, а потім брали зразки слини і пуповинної крові для аналізу ДНК [7]. Результати показали, що у дітей матерів, які зазнали підвищений психосоціальний стрес під час вагітності, були виявлені більш короткі теломери, що є ознакою старіння. Слід зазначити, що теломери – це ковпачки на кінці хромосом, які захищають ДНК від пошкоджень і поломок з плином часу. Люди з більш короткими теломерами більш схильні до захворювань, і тому вважається, що вони старіють «швидше», ніж однолітки з більш довгими теломерами. Цікаво, що у немовлят матерів, які страждали від тривалого стресу до настання вагітності більш

коротких теломер виявлено не було. Це виявлялося тільки в тих випадках, якщо рівень стресу підвищувався під час вагітності.

Таким чином, у багатьох жінок вагітність настає в стані хронічного стресу, тому дуже важливо, щоб жінка могла отримати необхідні знання про перебіг вагітності, про свій психологічний стан і отримати адекватну психологічну підтримку. Стрес має прямий вплив на гормональний баланс організму, що під час вагітності відіграє значущу роль, особливо в сумачії з екстрагенітальною патологією, і може призводить до значного обтяження перебігу вагітності, пологів та адаптації плода та новонародженого. Тому доцільним є приділення відповідної уваги дослідженню психоемоційного стану вагітної задля мінімізування ймовірність ускладнень в подальшому.

Литература

1. Добряков И.В., Психология беременности, родов и послеродового периода. 2005.
2. Beijers R., Buitelaar J.K., de Weerth C. Mechanisms underlying the effects of prenatal psychosocial stress on child outcomes: beyond the HPA axis. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2014.
3. Evans J., Heron J., Francomb H. et al. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. 2015.
4. Резников А.Г., Пищак В.П., Носенко Н.Д. и др. Пренатальный стресс и нейроэндокринная патология. Черновцы: Медакадемия; 2004.
5. Elwenspoek M.M.C., Kuehn A., Muller C.P., Turner J.D. The effects of early life adversity on the immune system. Psychoneuroendocrinology. 2017;82:140–154.
6. Morel Y., Roucher F., Plotton I. et al. Evolution of steroids during pregnancy: Maternal, placental and fetal synthesis. Ann Endocrinol (Paris). 2016
7. Sandman C.A., Glynn L., Schetter C.D. et al. Elevated maternal cortisol early in pregnancy predicts third trimester levels of placental corticotropin releasing hormone (CRH): priming the placental clock. Peptides. 2006.