

УДК: 616-053. 7/84:612.8

Вегетативні та психосоматичні розлади у жінок під час вагітності

В.В. Камінський¹, Н.І. Генік², Р.Р. Ткачук¹, П.Р. Герич², В.В. Стримбіцький³

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

²Івано-Франківський національний медичний університет

³Прикарпатський національний університет ім. Василя Стефаника, м. Івано-Франківськ

У статті деталізовано суб'єктивні та об'єктивні ознаки порушень вегетативної нервової системи з позицій неврологічного статусу та психосоматичних розладів.

Мета дослідження: підвищення якості діагностики вегетативної дисфункції у вагітних за результатами дослідження вегетативного та психосоматичного стану. Дослідження носило проспективний характер, було відкритим, із рандомізацією груп дослідження, проводилося в два етапи.

Матеріали та методи. Обстежено 487 вагітних у I, II та III триместрах гестації, які перебували на обліку в жіночих консультаціях, в стаціонарах Івано-Франківського міського клінічного пологового будинку та Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини. Дизайн дослідження містив повний комплекс клініко-лабораторних та інструментальних методів.

Результати. Серед 487 обстежених вагітних у 172 (35,31%) було встановлено вегетативну дисфункцію. Залежно від змін вегетативного гомеостазу і психосоматичної симптоматики у 112 (22,99%) обстежених вагітних встановлено синдром вегетативної дисфункції та у 60 (12,32%) вагітних – соматоформну дисфункцію вегетативної нервової системи з наявною психосоматичною симптоматикою і функціональними змінами з боку серця і судин. Порушення з боку серцево-судинної системи за гіпертонічним типом виявлено у 72 (41,86%) вагітних, за гіпотонічним типом – у 61 (35,46%) випадку та за кардіальним типом – у 39 (22,67%) вагітних. Вагітні із соматоформною дисфункцією вегетативної нервової системи характеризуються підвищеним рівнем особистісної тривоги, яка становила $62,0 \pm 4,44$ бала і була вірогідно вищою від вагітних контрольної групи – $22,0 \pm 2,88$ бала.

Заключення. Проведені дослідження дали змогу підтвердити високий відсоток порушень вегетативного гомеостазу у вагітних у різні періоди гестації. Наявність вегетативного дисбалансу під час вагітності можна розглядати як вегетативну вісцеральну дисфункцію та психосоматичну патологію, що виникає внаслідок порушення регулюючого впливу надсегментарних структур вегетативної нервової системи. Вагітні із вегетативною дисфункцією характеризуються підвищеним рівнем тривоги, яка може бути фактором ризику розвитку ускладнень перинатального періоду.

Ключові слова: вегетативний гомеостаз, синдром вегетативної дисфункції, соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи, тривожність, нейротизм.

Стрес та психоемоційне напруження є характерними ознаками життя сучасної людини і лежать в основі формування невротичних і психосоматичних розладів, які призводять до порушення вегетативного гомеостазу. За даними численних досліджень, порушення вегетативного гомеостазу виявляють у 60–80% жінок репродуктивного віку, а в загальномедичній практиці такі розлади становлять від 25% до 40%, при

тому, що на їхнє лікування витрачається близько 20% усіх коштів, виділених на охорону здоров'я [1, 7, 10].

Вегетативні розлади – термін, що об'єднує різноманітні за походженнями і проявами розлади вегетативних функцій організму, що зумовлені порушенням їхньої нейрогенної регуляції. В основі патогенезу вегетативної дисфункції лежить порушення інтегративної діяльності надсегментарних вегетативних структур (лімбіко-ретикулярного комплексу), у результаті чого розвивається дезінтеграція вегетативних, емоційних, сенсомоторних, ендокринно-вісцеральних співвідношень, а також циклу сон–активність. Особливістю вегетативних розладів є швидке виснаження адаптаційних резервів організму. Виснаження цих резервів приводить до розвитку функціональних, а згодом і органічних змін. Клінічна симптоматика, яка розвивається, є об'ємною в плані загально-медичної проблеми, а також неврологічної, психологічної, психіатричної та соматичної вегетативної дисфункції [9].

Зміни вегетативного гомеостазу у вагітних можуть проявлятися у формі синдрому вегетативної дисфункції (СВД) або соматоформної дисфункції вегетативної нервової системи (СД ВНС) із порушеннями з боку різних органів і систем, але найчастіше з боку серцево-судинної системи за гіпертонічним, гіпотонічним і кардіальним типами [11]. Синдром вегетативної дисфункції (астено-невротичний синдром, вегетативно-судинна дистонія, нейроциркуляторна дистонія) визначають як поліетіологічне функціональне захворювання вегетативної нервової системи, судин і серця та центральної нервової системи, в основі якого лежать розлади нейроендокринної регуляції з множинними і різноплановими клінічними симптомами, які виникають на фоні стресових подій, відрізняється доброякісним перебігом і добрим прогнозом. Цей синдром зустрічається все частіше у практиці лікаря [1, 4, 5, 9].

Водночас соматоформна вегетативна дисфункція згідно з МКХ-10 перегляду розглядається як самостійний таксон, у межах якого виділено категорію «Соматоформна вегетативна дисфункція серця та серцево-судинної системи» (F45.30). Під цим поняттям розуміють психічний розлад, головною ознакою якого є повторюване виникнення фізичних симптомів поряд з постійними вимогами в медичних обстеженнях, всупереч підтверджуваним негативним результатам і запевненням лікарів про відсутність фізичної основи для симптоматики [4].

СД ВНС з акцентом на порушення з боку серцево-судинної системи – це дуже поширене захворювання. За переконаннями Ю.І. Заседи (2013), зміни психіки при соматоформній вегетативній дисфункції ховаються під соматичною маскою [8]. За даними Л.О. Пригожина (2015), поширеність соматоформних розладів становить від 10% до 40% у загально-медичній мережі, при цьому менше половини хворих направляються до лікаря-психіатра або психотерапевта для диференціальної діагностики і лікування [4, 13]. СД ВНС зустрічається у людей будь-якого віку, проте переважно в осіб жіночої статі. При всій різноманітності ознак СД ВНС

провідними є психосоматичні та серцево-судинні розлади. Для встановлення діагнозу СД ВНС у вагітної в першу чергу необхідно виключити соматичні захворювання, які можуть причиною скарг [6].

Якщо вагітна пред'являє безліч нечітких скарг, які не знаходять інструментального та лабораторного підтвердження, а в анамнезі проведені численні обстеження та консультації, результатами яких вона залишається незадоволеною, то можна припустити, що жінка страждає соматоформним розладом. Нерідко тимчасове полегшення настає від нетрадиційних методів терапії або в результаті інвазивних втручань (хірургічне лікування). На користь соматоформного розладу свідчить і своєрідність реакцій на діагностичні втручання і симптоматичну терапію [14].

Найбільш частими ускладненнями перебігу вагітності при синдромі вегетативної дисфункції і СД ВНС є високий ризик невиношування вагітності, гестоз, хронічна плацентарна недостатність, передчасне відшарування плаценти, дистрес плода, народження дітей з малою і критично малою масою тіла, недоношена або переношена вагітність. Під час пологів у подібній категорії вагітних частіше виникає патологія пологової діяльності, що суттєво підвищує відсоток розродження шляхом кесарева розтину [12].

При вагітності, яка перебігає з розладами функціонування вегетативної нервової системи, перед лікарем виникає низка складних питань, зокрема:

- яку тактику клінічного ведення вагітних слід обрати;
- які дослідження провести для виключення органічної патології з боку серцево-судинної та інших систем;
- як віддиференціювати вегетативну дисфункцію від психічних розладів в окремому випадку [11, 16].

Проблема дисфункції вегетативної нервової системи у вагітних, на думку провідних акушер-гінекологів, у більшості випадків виникає через зміни гормонального фону в системі мати–плацента–плід, які при порушенні вегетативного гомеостазу посилюються [14, 17]. Отже, СВД і СД ВНС у вагітних є складними мультифакторними феноменами, які зумовлені як особливостями психоемоційного стану жінки, так і іншими причинами.

Мета дослідження: підвищення якості діагностики вегетативної дисфункції у вагітних за результатами дослідження вегетативного та психосоматичного стану.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено 487 вагітних у I, II та III триместрах гестації, які перебували на обліку в жіночих консультаціях, у стаціонарах Івано-Франківського міського клінічного пологового будинку та Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини. Дослідження проведено з дотриманням основних біоетичних положень Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (від 04. 04.1997 р.), Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини (1964–2008), а також Наказу МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р. «Про затвердження Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і Типового положення про комісію з питань етики».

Дослідження носило проспективний характер, було відкритим, із рандомізацією груп дослідження, проводилося в два етапи. На першому етапі (в умовах жіночої консультації) здійснювали скринінговий відбір вагітних з ознаками вегетативної дисфункції з метою подальшого амбулаторного та стаціонарного обстеження і лікування. На другому етапі (в умовах жіночої консультації або в умовах стаціонару залежно від перебігу вагітності) здійснювали комплексне обстеження вагітних із визначенням основної, супутньої або коморбідної патології та призначали лікування.

Дизайн дослідження містив повний комплекс клініко-лабораторних та інструментальних методів. Отримані дані заносилися у карти, які містили формалізовану характеристику вагітних під час гестації, інформацію про перебіг вагітності, про наявність супутніх захворювань або системних ефектів і ускладнень, а також дані про результати проведеного обстеження та лікування.

Синдром вегетативної дисфункції (СВД) і СД ВНС в обстежених вагітних діагностували за результатами консультацій фахівців суміжних спеціальностей – психолога, невропатолога і терапевта. Ведення вагітності та розродження жінок, що входили до груп дослідження, первинна оцінка стану новонароджених, їхня рання фізіологічна адаптація та медичний догляд за ними здійснювали згідно з чинними Наказами МОЗ України № 417, № 436, № 584, № 620, № 624, № 782 тощо.

В обстежених вагітних при виявленні СВД або СД ВНС виключали наявність органічних захворювань серця і судин за результатами ЕКГ, добового моніторингування ЕКГ, а за необхідності – ехокардіографії (Ехо КГ) та інших методів дослідження. Критеріями виключення були дані, які свідчили про наявність у вагітних органічної патології з боку серцево-судинної системи, а також неврологічної або психічної патології, які могли б впливати на результати дослідження. Особливу увагу приділяли диференціальній діагностиці атипичної соматизованої депресії та іншим клінічним проявам психічної симптоматики.

Для визначення складових частин адаптаційного ресурсу серцево-судинної системи було використано комплекс з 5 функціональних показників: індекси Кетле (ІМТ) і Кердо, пробу Руфф'є, показники артеріального тиску та ЕКГ. Стан вегетативної (автономної) нервової системи та механізмів її регуляції оцінювали за допомогою низки показників, зокрема за шкалою опитувальника О.М. Вейна.

Рівень психоемоційного стану та психосоматичних розладів визначали за шкалою Спілберга–Ханіна та за особистісним опитувальником Айзенка (EPQ).

На момент початку обстеження переважна кількість вагітних отримували лікування, яке було призначене лікарями різного профілю. Клінічна картина СВД і СД ВНС складалася з чіткого залучення вегетативної нервової системи, психосоматичної симптоматики та додаткових суб'єктивних скарг вагітних на розлади серцево-судинної системи, які провокуються переважно емоційними стресами.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Серед обстежених вагітних у 172 (35,31%) було встановлено порушення вегетативного гомеостазу. Усі обстежені вагітні залежно від змін вегетативного гомеостазу і психосоматичної симптоматики були розподілені на дві групи:

- перша група – 112 (22,99%) вагітних із синдромом вегетативної дисфункції (СВД), у яких спостерігалася невротична симптоматика та функціональні розлади з боку серцево-судинної системи;
- друга група – 60 (12,32%) вагітних із СД ВНС з наявною психосоматичною симптоматикою і функціональними змінами з боку серця і судин. З кожною вагітною провели бесіду про доцільність додаткових методів дослідження та отримали згоду на їхнє виконання. Вагітні першої та другої груп були розподілені на 3 підгрупи:

I підгрупа – 72 (41, 86%) вагітні з порушеннями вегетативного гомеостазу, які за клінічними проявами мали гіпертонічний тип порушень з боку серцево-судинної системи (із них 43 – першої групи і 29 – другої групи);

II підгрупа – 61 (35,46%) вагітна з порушеннями вегетативного статусу з гіпотонічним типом порушень з боку сер-

Вегетативні прояви у вагітних із синдромом вегетативної дисфункції

Вегетативні прояви	Кількість обстежених, n=112, абс. число (%)
Головний біль	58 (51,78%)
Оніміння в ділянці обличчя	70 (62,5%)
Головокружіння	81 (72,32%)
Оніміння або похолодання пальців кистей, стоп, кінцівок	64 (57,14%)
Гіпергідроз (локальний або дифузний)	29 (25,89%)
Набряклість обличчя	38 (33,92%)
Схильність до зміни кольору шкіри обличчя (блідість або почервоніння)	52 (46,43%)
Загальна слабкість	84 (75,0%)
Відчуття жару або ознобу	94 (83,92%)
Погана переносимість високих і низьких температур	85 (75,89%)
Зниження працездатності, швидка втомлюваність, «розбитість»	67(59,82%)
Зниження пам'яті та концентрації уваги	39 (34,82%)
Біль у ділянці серця	63 (56,25%)
Серцебиття, «завмирання», відчуття зупинки серця	73 (65,17%)
Переднепритомний стан	25 (22,32%)
Нестабільні цифри артеріального тиску	95 (84,82%)
Порушення сну (важкість засипання, поверхневий, неглибокий сон з частими пробудженнями, відчуття невпевненості)	54 (48,21%)
Субфебрильна температура	26 (23,22%)
Тремор витягнутих рук	48 (42,85%)
Підвищення сухожилкових рефлексів	38 (33,92%)
Червоний або білий дермографізм	81 (72,32%)
Слабкість в руках і ногах	10 (8,92%)

цево-судинної системи (із них 38 – першої групи і 23 – другої групи).

III підгрупа – 39 (22,67%) вагітних з вегетативними порушеннями за кардіальним типом (із них 26 – першої групи, 13 – другої групи).

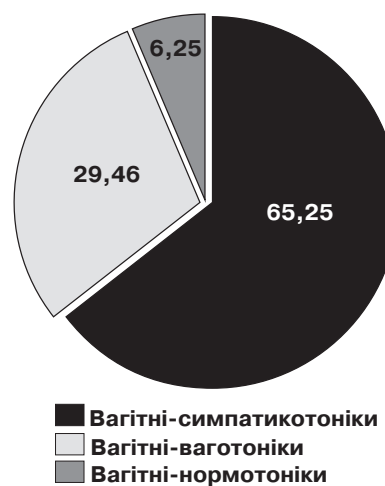
У контрольну групу увійшли 30 вагітних без порушень вегетативного гомеостазу та психосоматичних розладів і скарг з боку серцево-судинної системи та інших органів і систем.

Середній вік обстежених вагітних першої групи становив $31,2 \pm 3,6$ року, другої групи – $32,4 \pm 4,8$ року, що було приблизно однаково з жінками групи контролю – $34,4 \pm 5,2$ року ($p > 0,05$).

Аналізуючи генеративну функцію вагітних встановлено, що більшість жінок першої (58,9%) та другої груп (63,3%) були повторновагітними. В анамнезі у 26 (23,21%) жінок першої групи та у 29 (48,33%) вагітних другої групи були артифіціальні аборти. У контрольній групі вагітних частота артифіціальних абортів становила 16,6%. Водночас встановлено, що у жінок другої групи артифіціальні аборти перед першими пологами відбувалися у 2 рази частіше, ніж в осіб контрольної групи. Частота самовільних абортів у першій групі становила 13,3%, у другій групі була вищою і становила 18,3%.

За даними аналізу скарг, об'єктивного огляду та результатів інструментальних досліджень порушення вегетативного гомеостазу у вагітних основної групи були представлені активацією симпатичного відділу ВНС у 72 (64,29%) випадках (симпатотоніки) та у 33 (29,46%) випадках із переважаючою активацією парасимпатичного відділу ВНС (ваготоніки). У 7 (6,25%) вагітних спостерігалася вегетативна рівновага, що зумовило стан нормотонії (мал. 1).

Порушення симпатикотонічного характеру проявлялися у вигляді емоційної нестійкості, схильності до почервоніння обличчя при хвилюванні, тахікардією, підвищенням АТ, нападopodobним головним болем, швидкою втомлюваністю та іншими симптомами.



Мал. 1. Розподіл вагітних із СВД залежно від активації відділів вегетативної нервової системи

Парасимпатична активація характеризувалася зниженням артеріального тиску, брадикардією, пітливістю, наявністю стійкого рожевого або червоного дермографізму, сповільненням ритму дихання та іншими ознаками. Наявність і кількість ознак вегетативної дисфункції невротичного і неврологічного характеру та симптоматики з боку серцево-судинної системи в абсолютному і відсотковому вимірах без урахування симптомів з боку інших систем і органів у вагітних першої групи наведені в табл. 1.

Анамнестично вагітні першої групи часто пов'язували появу скарг із психічними та фізичними перенавантаженнями, стресами. Були випадки, коли вагітні вказували на перенесені, але неліковані травми голови та/або хребта. Під час

Таблиця 2

Неврологічна симптоматика у вагітних на тлі синдрому вегетативної дисфункції

Неврологічні симптоми	Кількість обстежених, n=112, абс. число (%)
Порушення конвергенції й акомодатції	21 (18,75%)
Анізорефлексія	12 (10,71%)
Пожавлення сухожилкових рефлексів	18 (16,07%)
Поява рефлексів орального автоматизму, стопних і кистьових знаків	15 (13,39%)
Парестезії	81 (72,32%)
Вестибуло-атаксийний синдром	27 (24,11%)
Астенічний синдром	35 (31,25%)

Таблиця 3

Вегетативний статус вагітних із синдромом вегетативної дисфункції за «Опитувальником для визначення ознак вегетативних змін» О.М. Вейна

Показник, бали	Контрольна група, n=30	Вагітні-симпатикотоніки, n=72 (64,29%)	Вагітні-ваготоніки, n=37 (28,57%)	Вагітні-нормотоніки, n=7 (6,25%)
Кількість балів за вегетативною анкету, абс. число	12,38	29,0	18,0	5,0
Індекс Кердо	0,32±0,12**	4,4±1,16*#	-9,55±3,26*#	0,58±0,05
ЧСС	68,2±4,31**#	83,2±1,29*	75,03±1,92*	70,0±6,24#

Примітки: * – достовірні зміни між показниками індексу Кердо контрольної групи і вагітних-симпатикотоніків;

^ – достовірні зміни між показниками індексу Кердо контрольної групи і вагітних-ваготоніків;

– достовірні зміни між показниками індексу Кердо контрольної групи і вагітних-нормотоніків.

Таблиця 4

Показники індексу Кердо у вагітних із вегетативною дисфункцією

Вегетативний синдром	n	АТд		ЧСС		Індекс Кердо
		M	±m	M	±m	M
Симпатикотонічний синдром	72	78,8	1,12	83,2	1,29	+4,4
Парасимпатикотонічний синдром	37	82,26	2,21	75,03	1,92	-9,55
Синдром нормотонії	7	70,2	6,23	70,0	6,24	+0,58

детального аналізу скарг і анамнезу життя встановлено, що практично у всіх вагітних головний біль і ознаки вегетативної дистонії спостерігалися в молодшому віці, нерідко задовго до настання вагітності. У 58 (51,78%) вагітних з настанням гестації головний біль посилювався, інтенсивність і частота його збільшувалася. Водночас головний біль стискаючого чи іншого характеру, що раніше локалізувався частіше у тім'яній та лобно-скроневої ділянках, іррадіював у потиличну частину голови та дифузно охоплював всю голову.

У 59,82% випадків цефалгії супроводжувалися онімінням у ділянці обличчя та верхніх кінцівок, у 10 (8,92%) вагітних – слабкістю в руках і ногах, у 72,32% випадків – головокружінням, у 94 (83,92%) вагітних – відчуттям жару або ознобу. Зниження пам'яті та концентрації уваги спостерігали у 99 (88,39%) вагітних, порушення сну – у 54 (48,21%), коливання артеріального тиску – в 95 (84,82%) випадках, серцебиття, відчуття зупинки серця – у 73 (65,17%) вагітних, біль у ділянці серця – в 56,25% випадках, зниження працездатності, швидка втомлюваність, розбитість – у 67 (59,82%) вагітних.

При неврологічному обстеженні вагітних відзначали розсіяну неврологічну мікросимптоматику (табл. 2).

Так, невропатологом під час обстеження встановлена розсіяна неврологічна мікросимптоматика у формі порушення конвергенції й акомодатції у 21 (18,75%) вагітної, анізорефлексії – у 12 (10,71%), пожавлення сухожилкових

рефлексів – у 18 (16,07%) вагітних. Появу рефлексів орального автоматизму, стопних і кистьових знаків спостерігали у 15 (13,39%) вагітних, парестезій – у 81 (72,32%) випадку, вестибуло-атаксийний і астенічний синдроми – у 27 (24,11%) та у 35 (31,25%) вагітних відповідно. Більше того, у вагітних з обтяженою спадковістю приєднувалися явища пірамідної, екстрапірамідної та сенсорної недостатності, елементи когнітивних порушень на тлі дисциркуляторної енцефалопатії (хронічної недостатності мозкового кровообігу й внутрішньочерепної гіпертензії).

За даними опитувальника О.М. Вейна (2000), в усіх вагітних першої групи об'єктивні і суб'єктивні вегетативні симптоми спостерігалися частіше з переважанням симпатичної спрямованості як перманентного (46,4%), так і пароксизмального характеру (53,6%) (табл. 3).

Як видно із даних табл. 3, найбільшу кількість балів за опитувальником О.М. Вейна спостерігали у групі симпатикотоніків (29,0 бала), що в 1,6 рази більше порівняно з групою ваготоніків і майже у 6 разів більше, ніж у групі нормотоніків.

Результати визначення індексу Кердо наведені у табл. 4.

У групі вагітних із синдромом вегетативної дисфункції, які мали ознаки симпатикотонії, виявлено значне збільшення індексу Кердо і частоти серцевих скорочень порівняно з аналогічними параметрами у ваготоніків і нормотоніків. Так, за даними розрахунку вегетативного індексу Кердо до початку

Невротичні та психосоматичні ознаки синдрому вегетативної дисфункції та соматоформної дисфункції вегетативної нервової системи у жінок під час вагітності

Психогенні вегетативні розлади	Перша група, n=112		Друга група, n=60	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Напади головного болю (дифузний біль або біль «половини» голови, «вся голова», біль стискаючого або пульсуючого характеру)	58	51,78	23	38,33
Низький рівень поставлених перед собою цілей	-	-	56	93,33
Низький рівень задоволення досягнутими результатами	31	27,68	54	90,0
Схильність до фаталізму	-	-	40	66,66
Занижена самооцінка в різних областях діяльності (професійна підготовка, обізнаність в літературі, мистецтві, музиці)	47	41,96	53	88,33
Знижена експресія почуття страху і гніву	36	32,14	9	98,33
Парадоксальне поєднання надії на сприятливий перебіг подій на тлі песимістичних установок	27	24,10	57	95,0
Фрустраційні та стресові реакції	29	25,89	57	95,0
Зниження настрою, що носить різні відтінки і супроводжується скороченням інтенсивності емоційної, психічної і моторної активності (рідше)	2	64,28	47	78,33
Пригнічений настрій, почуття смутку і туги	20	17,85	54	90,0
Відчуття безвихідності ситуації, неможливості знайти (і, найголовніше, відсутність цього бажання) компромісні шляхи зміни ситуації	13	11,60	41	68,33
Відсутність цікавості до того, що відбувається навколо, навіть якщо ці явища і події зачіпають близьких людей	21	18,75	47	78,33
Відсутній стимул до діяльності, бажання жити краще	26	23,21	52	86,66
Біль у ділянці серця	63	56,25	36	60,0
Серцебиття, «завмирання», відчуття зупинки серця	73	65,17	43	71,66
Нестабільні цифри артеріального тиску	95	84,82	48	80,0

дослідження, симпатичний вплив на серцево-судинну систему спостерігали у 72 (64,29%) вагітних, парасимпатичне переважання – у 32 (28,57%), нормотонію – у 7 (6,25%) вагітних.

Частота серцевих скорочень у вагітних-симпатотоніків була вірогідно більшою на 9,86% ($t=3,53$; $p<0,001$), ніж у ваготоніків, на 11,06% більшою, ніж у вагітних-нормотоніків ($t=144$; $p<0,05$) і на 20,89% вірогідно більшою порівняно з вагітними контрольної групи ($t=3,33$; $p<0,01$).

Отже, отримані дані свідчать про наявність вегетативного дисбалансу у вагітних із синдромом вегетативної дисфункції переважно в бік симпатикотонії, причому у 7 (6,25%) вагітних першої групи спостерігався змішаний перебіг нападів без визначеного чіткого типу.

Оцінку невротичного та психосоматичного стану для визначення діагнозу та адаптаційного ресурсу і мішенів медико-психологічного супроводу вагітних проводили за сукупністю окремих симптомів і показників та їхніх величин, наведених багатьма дослідниками [10, 11, 13]. Клінічні ознаки синдрому вегетативної дисфункції та СД ВНС в обстежених вагітних, з якими були проведені співбесіди та анкетування, наведені у табл. 5.

Аналіз отриманих даних свідчить, що вагітні першої групи відрізняються більшою соціальною адаптацією і конструктивністю, ніж респондентки другої групи. Вони менш схильні нівелювати несприятливі обставини, заперечувати участь у задіяних в ситуації осіб, частіше приймають відповідальність на себе та не схильні до агресії. У 47 (41,96%) вагітних першої групи виявлено зниження загального показника змістово-життєвих орієнтацій. Водночас подібні орієнтири спостерігалися у 53 (88,33%) вагітних другої групи. У вагітних другої групи нижчий рівень поставлених цілей порівняно з вагітними співставної групи, вони менше задоволені досягнутим результатом і більше схильні до фаталізму, ніж вагітні з синдромом вегетативної дисфункції.

Наступним кроком було вивчення впливу психосоматичної і невротичної патології на рівень самооцінки. За аналізом отриманих результатів встановлено, що вагітні із СД ВНС нижче оцінюють своє вміння вступати в контакти з людьми, менше схильні до ідеалізації, більш схильні до змін через вплив інших людей порівняно з вагітними з СВД. Більше того, загальна самооцінка в різних областях діяльності вища у вагітних із невротичною симптоматикою порівняно з особами, у яких проявляються ознаки психосоматичних розладів. Так, занижену самооцінку в різних областях діяльності (професійна підготовка, обізнаність в літературі, мистецтві, музиці) відмічено у 47 (41,96%) вагітних із СВД та у 53 (88,33%) вагітних із ознаками СД ВНС.

Вагітні першої групи проявляють більше співзалежних моделей поведінки, ніж вагітні другої групи. Надмірне почуття смутку і туги, а також пригнічення емоцій страху і гніву, що встановлено у 90% вагітних другої групи, очевидно є складовими компонентами психосоматичних захворювань. Підтвердженням цього припущення слугують дані наявності фрустраційних та стресових реакцій на події і обставини, які виявлено у 29 (25,89%) вагітних першої групи та у 57 (95,0%) вагітних другої групи. У жінок з фізіологічним перебігом вагітності без наявної невротичної, психічної та соматичної патології встановлено найбільш адаптивні реакції на фруструючі агенти та стресові фактори.

Тільки в ступені зниження настрою, що носить різні відтінки і супроводжується зменшенням інтенсивності емоційної, психічної і моторної активності (рідше), досліджувані першої та другої груп продемонстрували невеликі різниці – 64,28% і 78,33% відповідно.

Вагітні з психосоматичними розладами відрізняються від жінок порівнюваної групи інтерпретацією походження усіх сприятливих подій в їхньому житті виключно завдяки своїм особистим якостям. Так, парадоксальне поєднання надії на

Результати дослідження психологічного паттерну за особистісним опитувальником Айзенка (EPQ) «Міні-мульти» у вагітних з вегетативною дисфункцією, бали

Показники дослідження	Контрольна група, n=30	Перша група, n=112	Друга група, n=60	Коефіцієнт Стьюдента, t
Психотизм	5,14±0,49**	6,44±0,31* ^а	8,95±0,84* ^а	t=2,8–3,92
Екстраверсія/інтроверсія	12,21±0,38**	15,19±0,41* ^а	19,33±0,88* ^а	t=3,92–5,69
Нейротизм	11,52±0,81**	16,88±0,68* ^а	22,21±0,62* ^а	t=5,09–10,5
Щирість	6,74±0,24*	7,18±0,45 ^а	10,41±0,37* ^а	t=0,86–8,3

Примітки: * – p<0,05–0,001 – достовірні зміни між показниками контрольної і першої груп;

^а – p<0,05–0,001 – достовірні зміни між показниками контрольної і другої груп;

^б p<0,05–0,001 – достовірні зміни між показниками першої і другої груп.

Психосоматичні взаємовідносини у вагітних із вегетативною дисфункцією за результатами дослідження емоційно-вольової складової за опитувальником Спілберга–Ханіна, бали

Показник	Контрольна група, n=30	Перша група, n=112	Друга група, n=60
Ситуативна тривожність	14,0±2,34**	26,0±2,48* ^а	43,5±4,34* ^а
Особистісна тривожність	22,0±2,88**	28,0±2,70* ^а	62,0±4,44* ^а

Примітки: * – p<0,05–0,001 – достовірні зміни між показниками контрольної і першої груп;

^а – p<0,05–0,001 – достовірні зміни між показниками контрольної і другої груп;

^б p<0,05–0,001 – достовірні зміни між показниками першої і другої груп.

Розподіл груп спостереження за рівнем особистісної тривожності за шкалою Спілберга–Ханіна

Групи спостереження	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Перша, n=112	26	23,21	32	28,57	54	48,21
Друга, n=60	11	18,33	13	21,67	36	60,0
Контрольна, n=30	23	76,66	7	23,34	-	-

сприятливий наслідок подій на тлі песимістичних установок у всіх сферах життя виявлено у 57 (95,0%) вагітних другої групи порівняно з 27 (24,10%) вагітними першої групи.

У вагітних із пограничними психічними розладами нижчий рівень поставлених цілей, вони менше задоволені досягнутими результатами і більше схильні до фаталізму порівняно з вагітними з невротичною симптоматикою.

Важливо звернути увагу на наявність додаткових неспецифічних суб'єктивних скарг і постійний посыл на певний орган або систему (у нашому дослідженні – на серцево-судинну систему) у вагітних другої групи. За даними анкетування встановлено, що у 36 (60,0%) – 48 (80,0%) вагітних другої групи спостерігалися симптоми, які відображають об'єктивні ознаки вегетативного збудження, зокрема біль у серці, серцебиття, відчуття зупинки серця, нестабільні цифри артеріального тиску, головний біль.

Під час аналізу основних шкал психологічного паттерну особистості вагітних встановлено, що гестаційний процес у жінок із вегетативною дисфункцією супроводжується підвищеною емоційною лабільністю і тривогою. Результати дослідження емоційно-вольової стабільності вагітних з використанням особистісного опитувальника Айзенка (EPQ) «Міні-мульти» наведені в табл. 6.

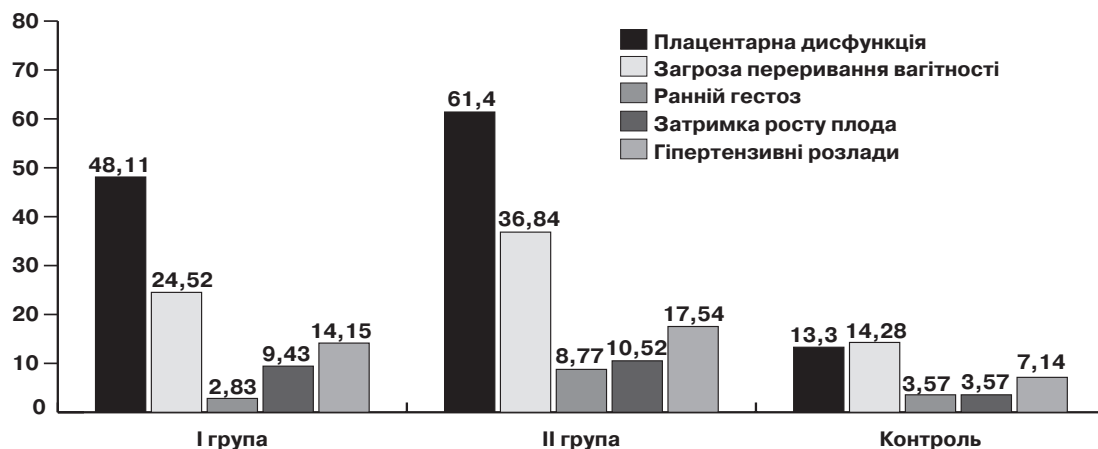
Так, середньостатистична величина показника психотизму в основній групі становила 6,44±0,31 бала і була вірогідно нижчою порівняно з подібним показником у вагітних групи порівняння – 8,95±0,84 бала (t=2,8; p<0,01). Абсолютні значення цих показників у вагітних обох груп були вірогідно більшими від показників вагітних контрольної групи – 5,14±0,49 бала (t=2,24; p>0,05 і t=3,92; p>0,001 відповідно). Важливо зазначити, що у переважної більшості вагітних значення по-

казників екстраверсія-інтроверсія знаходилися у межах норми. Високий рівень показників цієї шкали, встановлений в окремих вагітних, різко не вплинув на середньостатистичні величини показників, які становили 15,19±0,36 бала у вагітних першої групи і були вірогідно більшими (t=5,69; p<0,001) проти контрольної групи – 12,21±0,38 бала та вірогідно меншими у вагітних другої групи – 19,33±0,88 бала (t=5,69; p<0,001).

Особливої уваги заслуговують отримані результати рівня нейротизму у вагітних із синдромом вегетативної дисфункції як провідного показника нестійкості психоемоційної сфери. Було встановлено вірогідне підвищення рівня нейротизму як у вагітних першої групи (16,88±0,68) бала проти 11,52±0,81 бала у вагітних контрольної групи (t=5,09; p<0,001), так і у вагітних другої групи – 22,21±0,62 бала порівняно з групою контролю (t=10,5; p<0,001). Даний показник в обох групах перевищував референтні норми на 31,76% і 48,14% відповідно. При цьому високі показники нейротизму у вагітних другої групи значно підсилюють характеристики 2-ї шкали з розвитком істеричного варіанту дезадаптації. Це, на погляд фахівців-психіатрів, потребує терапевтичної корекції функції підкіркових систем, гіпоталамусу, ретикулярної формації та вегетативної нервової системи, які відповідають за емоційний стан людини [13, 16].

Наявність високого відсотку нейротизму у хворих першої та другої групи визначила потребу поглибленого вивчення даного явища. Індивідуально-психологічні особливості вагітних та їхній психоемоційний стан досліджено за допомогою шкали Спілберга–Ханіна (2010), за якою можна уточнити характер тривожності – особистісну (реактивну) або ситуативну.

Середні значення показників ситуативної і реактивної тривожності наведено у табл. 7.



Мал. 2. Структура гестаційних ускладнень у вагітних з вегетативними розладами

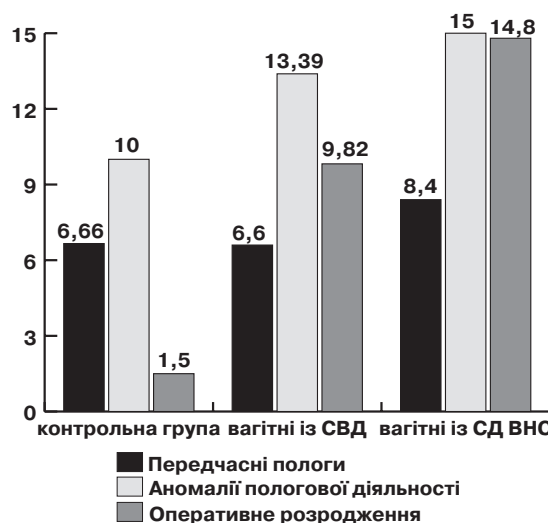
Встановлено, що більшості вагітних із СВД притаманний низький рівень особистісної тривожності – $26,0 \pm 2,48$ бала та ситуативної тривожності – $28,0 \pm 2,70$ бала. Відповідно до отриманих результатів дослідження, у вагітних другої групи без проявів депресії ситуативна тривожність становила $43,5 \pm 4,34$ бала і була вірогідно вищою від показників першої та контрольної груп ($t=5,99$; $p<0,001$ і $t=3,46$; $p<0,001$ відповідно). Особистісна тривожність при цьому становила $62,0 \pm 4,44$ бала і була також вірогідно вищою від вагітних із СВД – $28,0 \pm 2,70$ бала ($t=5,99$; $p<0,001$) та у контрольній групі – $22,0 \pm 2,88$ бала ($t=3,52$; $p<0,001$).

Дані табл. 7 свідчать про серйозний психологічний дискомфорт вагітних із СД ВНС. Це свідчить про сприйняття ними більшості ситуацій як потенційно небезпечних і їхню надмірну реакцію у формі високого рівня тривоги. Необхідно пам'ятати, що до вагітних з високою тривожністю небезпечно пред'являти категоричні вимоги, навіть у ситуаціях, коли у них є можливість їх виконати. Адже можлива їхня неадекватна реакція, що буде гальмувати чи відсуне на деякий час отримання необхідного результату. Такі вагітні занадто подразливі і перебувають у постійній готовності до конфлікту і до захисту, навіть якщо в цьому немає необхідності. Слід зазначити, що низький рівень тривожності у вагітних із СВД або СД ВНС у зв'язку з некритичним ставленням до свого стану і рекомендацій лікарів також корелює з більш високою частотою ускладнень вагітності, що необхідно враховувати у цих жінок [10].

Наявність високого відсотку ситуативної та особистісної тривожності у вагітних другої групи визначила потребу поглибленого вивчення даного явища. З цією метою була використана шкала Спілберґера–Ханіна, за якою уточнено характер особистісної тривожності (табл. 8).

Водночас виявилось, що переважній більшості вагітних із СД ВНС притаманний високий рівень особистісної тривожності, який встановлено у 36 (60,0%) вагітних. У вагітних із СВД високий рівень ситуативної тривожності виявлено у 54 (48,21%) вагітних, що також значно вище порівняно з вагітними контрольної групи. На думку низки авторів, висока особистісна тривожність у вагітних пов'язана з невідомістю очікуваних пологів [18]. У той самий час для жінок з низькою тривожністю характерним є нерозуміння свого стану, некритичне ставлення до нього, недооцінка ступеня відповідальності, а також загальна особистісна незрілість [5].

Наявність високого відсотку особистої тривожності у вагітних із різними формами вегетативної дисфункції є фактором ризику розвитку ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду. Ця гіпотеза була підтверджена результатами досліджень. Надалі саме у вагітних із вегетативною дисфункцією з високим ступенем тривожності було виявлено більшу кількість



Мал. 3. Структура ускладнень пологів у вагітних із вегетативною дисфункцією

ускладнень вагітності. Найпоширенішим ускладненням перебігу вагітності в усіх досліджуваних групах була плацентарна дисфункція, яка зустрічалась у 4 (13,3%) вагітних контрольної групи, у 51 (48,1%) вагітної з наявним СВД і у 35 (61,4%) вагітних при поєднанні вагітності з СД ВНС. Загроза переривання вагітності найчастіше зустрічалась у вагітних із СД ВНС, яка виявлена у 21 (36,84%) особи. Узагальнені дані про кількість ускладнень під час гестаційного періоду за наявності вегетативної дисфункції у вагітних наведені на мал. 2.

Решта ускладнень вагітності мали свою специфіку в кожній із груп: у жінок з високою тривожністю частіше визначали загрозу переривання вагітності, преєклампсію, гіпертензивні розлади, ранні і пізні гестози. Т.Ф. Татарчук (2006) пояснює виникнення цих ускладнень у подібній категорії вагітних змінами не тільки в нейроендокринній сфері, але і змінами в імунній системі, що ведуть до порушень трофіки і вторинного імунodefіциту як причини хронічних інфекційно-запальних процесів, формуванням аутоімунних процесів і, як їх наслідок, невиношування вагітності [17].

У жінок з низьким рівнем тривожності також реєстрували загрозу переривання вагітності. В.Г. Сюсюка (2013) пояснює такий стан особливостями поведінки вагітних, для яких характерним є занадто легковажне і безвідповідальне відношення до вагітності, пізні реагування на симптоми тієї чи іншої патології, рекомендацій медичного персоналу, що надалі реалізується формальним ставленням до лікування [16].

Аналізуючи дані розродження в різних групах, було відзначено, що вагітні з вегетативною дисфункцією з високим рівнем тривожності входять до групи ризику щодо ускладнень пологів та післяпологового періоду. Особливості ускладнень пологів у жінок обстежуваних груп наведені на мал. 3.

Встановлено, що більшість ускладнень у пологах мали поєднаний характер (мал. 3). Водночас привертала увагу висока частота аномалій пологової діяльності у жінок другої групи (14,8%), що була значно вищою, ніж у групі контролю (4,2%).

У жінок з високим рівнем тривожності спостерігали несвоєчасне відходження навколоплідних вод (12%) і дистрес плода (16%), що вимагало додаткових медикаментозних втручань, зокрема антибактеріальної терапії та оперативного розродження. У жінок із вегетативною дисфункцією та низькою тривожністю констатували високий рівень швидких/стрімких пологів, материнського травматизму і досить серйозних ускладнень раннього післяпологового періоду.

Отже, рівень тривожності жінки під час вагітності впливає на частоту ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду. Оптимальним (адаптивним) є середній рівень тривожності. До дезадаптивних станів необхідно віднести високий і низький рівень тривожності. Також слід акцентувати увагу на необхідності обов'язкової роботи психологів із вагітними з різними формами вегетативної дисфункції, які супроводжувалися високим та низьким рівнем тривожності (групи ризику) для досягнення кращих ранніх та віддалених результатів.

Вегетативные и психосоматические расстройства у женщин во время беременности **В.В. Каминский, Н.И. Геных, Р.Р. Ткачук,** **П.Р. Герыч, В.В. Стрибичский**

В статье детализированы субъективные и объективные признаки нарушений вегетативной нервной системы с позиций неврологического статуса и психосоматических расстройств.

Цель исследования: повышение качества диагностики вегетативной дисфункции у беременных по результатам исследования вегетативного и психосоматического состояния.

Материалы и методы. Обследованы 487 беременных в I, II и III триместрах гестации, состоящих на учете в женских консультациях, в стационарах Ивано-Франковского городского клинического роддома и Киевского городского центра репродуктивной и перинатальной медицины. Дизайн исследования включал полный комплекс клинико-лабораторных и инструментальных методов.

Результаты. Среди обследованных беременных в 172 (35,31%) случаях была установлена вегетативная дисфункция. В зависимости от изменений вегетативного гомеостаза и психосоматической симптоматики у 112 (22,99%) беременных установлен синдром вегетативной дисфункции и у 60 (12,32%) беременных – соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы с имеющейся психосоматической симптоматикой и функциональными изменениями со стороны сердца и сосудов. Нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы по гипертоническому типу выявлены у 72 (41,86%) беременных, по гипотоническому типу – в 61 (35,46%) случае и по кардиальному типу – у 39 (22,67%) беременных. Беременные с соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы характеризуются повышенным уровнем личностной тревоги, которая составила $62,0 \pm 4,44$ балла и была достоверно выше, чем у беременных контрольной группы – $22,0 \pm 2,88$ балла.

Заключение. Проведенные исследования позволили подтвердить высокий процент нарушений вегетативного гомеостаза у беременных в различные периоды гестации. Наличие вегетативного дисбаланса во время беременности можно рассматривать как вегетативную висцеральную дисфункцию и психосоматическую патологию, возникшую вследствие нарушения регулирующего воздействия надсегментарных структур вегетативной нервной системы. Беременные с вегетативной дисфункцией характеризуются повышенным уровнем тревоги, которая может быть фактором риска развития осложнений перинатального периода.

Ключевые слова: вегетативный гомеостаз, синдром вегетативной дисфункции, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы, тревожность, нейротизм.

ВИСНОВКИ

1. У вагітних протягом гестаційного періоду встановлено порушення вегетативного гомеостазу з наявною психосоматичною симптоматикою і функціональними змінами з боку серця і судин за гіпертонічним, гіпотонічним і кардіальними типами.

2. Отримані дані свідчать про наявність вегетативного дисбалансу у вагітних із синдромом вегетативної дисфункції переважно в бік симпатикотонії.

3. Наявність вегетативного дисбалансу під час вагітності можна розглядати як вегетативну висцеральну дисфункцію та психосоматичну патологію, що виникає внаслідок порушення регулюючого впливу надсегментарних структур вегетативної нервової системи.

4. Вагітні із соматоформною дисфункцією вегетативної нервової системи характеризуються підвищеним рівнем тривожності порівняно з вагітними контрольної групи.

5. Наявність високого відсотку особистої тривожності у вагітних із різними формами вегетативної дисфункції може бути фактором ризику розвитку ускладнень вагітності, пологів та післяпологового періоду.

Перспективи подальших досліджень.

Акцент на поглиблене вивчення вегетативного та психосоматичного статусу вагітних сприятиме накопиченню доказів наявності вегетативної дисфункції, що дозволить застосувати патогенетичну терапію.

Autonomic and psychosomatic disorders in women during pregnancy **V.V. Kaminskiy, N.I. Genykh, R.R. Tkachuk,** **P.R. Herych, V.V. Strimbitskiy**

The article describes the subjective and objective signs of autonomic violations from the standpoint of neurological status and psychosomatic disorders.

The objective: is to improve the quality of autonomic dysfunction diagnosis in pregnant women by the results of the autonomic and psychosomatic state study.

Materials and methods. 487 pregnant women of all gestation periods registered in women's consultations, in the Ivano-Frankivsk City Clinical Maternity Hospital and the Kyiv City Center of Reproductive and Perinatal Medicine were examined. The study design contained a full range of clinical, laboratory and instrumental methods.

Results. From all 487 examined women 172 (35,31%) pregnant had autonomic dysfunction. Depending on the changes in autonomic homeostasis and psychosomatic symptoms, autonomic dysfunction syndrome in 112 (22,99%) pregnant women and somatoform dysfunction of the autonomic nervous system in 60 (12,32%) pregnant women were diagnosed with available psychosomatic symptoms and functional changes of heart and vessels. Hypertonic form of autonomic dysfunction was diagnosed in 72 (41,86%) pregnant women, hypotonic – in 61 (35,46%) cases and cardiac type – in 39 (22,67%) patients. Pregnant women with SD ANShave an increased level of personal anxiety – $62,0 \pm 4,44$ points, that was significantly higher than in the control group $22,0 \pm 2,88$.

Conclusions. The conducted studies allowed to confirm a high percentage of autonomic disorders in pregnant women at different periods of gestation. The presence of autonomic imbalance during pregnancy can be considered as autonomic visceral dysfunction and psychosomatic pathology, which arises due to the suprasedgmental autonomic structures regulatory violations. Pregnant women with autonomic dysfunction are characterized by an increased level of anxiety, which may be a risk factor for the perinatal complications.

Key words: autonomic homeostasis, autonomic dysfunction syndrome, somatoform dysfunction of the autonomic nervous system, anxiety, neuroticism.

Сведения об авторах

Каминский Вячеслав Владимирович – Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии НМАПО имени П.Л. Шупика, Киевский городской центр репродуктивной и перинатальной медицины, 04210, г. Киев, проспект Героев Сталинграда, 16; тел.: (044) 411-92-33. *E-mail: kagir@ukr.net*

Геник Наталия Ивановна – Кафедра акушерства и гинекологии им. И.Д. Ланового Ивано-Франковского национального медицинского университета, Ивано-Франковский городской клинический родильный дом, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Чорновола, 47; тел.: (0342) 75-26-77. *E-mail: gynecology@ifnmu.edu.ua*

Ткачук Рома Романовна – Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии НМАПО имени П.Л. Шупика. Киевский городской центр репродуктивной и перинатальной медицины, 04210, г. Киев, проспект Героев Сталинграда, 16; тел.: (044) 411-92-33. *E-mail: rfreluk@gmail.com*

Герыч Петр Романович – Кафедра внутренней медицины № 1, клинической иммунологии и аллергологии им. Е.М. Нейка, 76000, г. Ивано-Франковск, ул. Федьковича, 91; тел.: (0342) 52-81-71. *E-mail: therapy1@ifnmu.edu.ua*

Стримбицкий Василий Васильевич – Кафедра физической реабилитации Прикарпатского национального университета им. Василия Стефаника, 76025, г. Ивано-Франковск, ул. Шевченко, 57; тел.: (0342) 59-60-11. *E-mail: kfr@pu.if.ua*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абдуева Ф.М. Вегетосудинна дис-тонія чи соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи серця? / Ф.М. Абдуева, Е.П. Каменська // Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. – 2012. – № 998, серія «Медицина», Випуск 23. – С. 102–104.
2. Беньюк В.О. Прогнозування перебігу гестозу в сучасних умовах / В.О. Беньюк, І.В. Майданник // Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини. – 2014. – Т. 2, № 2–3. – С. 60–64.
3. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение / А.М. Вейн. – М.: МИА, 2003. – 752 с.
4. Гиндикин В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства. – М.: Триада-Х, 2000. – 256 с.
5. Гудков Г.В. Комплексное исследование функционального состояния вегетативной нервной системы у беременных с гестозом / Г.В. Гудков, А.В. Поморцев, О.К. Федорович // Акушерство и гинекология. – 2001. – № 3. – С. 45–50.
6. Довженко Т.В. Взаимосвязь аффективных и сердечно-сосудистых расстройств / Т.В. Довженко // Социальн. и клин. психиатр. – 2006. – Т. 15, вып. 3. – С. 69–80.
7. Дубницкая Э.Б. Психосоматические соотношения при депрессиях у больных с соматическими заболеваниями // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т. 2, № 2. – С. 40–44.
8. Заседа Ю.И. Эволюция представлений о соматоформных расстройствах и психосоматических заболеваниях / Ю.И. Заседа // Мед. психология. – 2013. – № 4. – С. 46–50.
9. Малярська Н.В. Вегетативні симптоми – психосоматичні розлади / Н.В. Малярська // Science and Education a New Dimension. Natural and Technical Sciences. – 2015. – III (7). Issue: 58. – P. 21–23.
10. Подольский В.В. Репродуктивное здоровье женщины – важнейшая проблема современности // Здоровье женщины. – 2003. – № 1 (13). – С. 100–102.
11. Подольський Вл.В. Особливості менструальної функції та її корекція в жінок зі змінами репродуктивного здоров'я і порушеннями вегетативного гомеостазу / Вл.В. Подольський // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. – 2015. – № 2. – С. 150–153.
12. Подольський Вл.В., Подольський В.В. Лікування змін мікробіоценозу уrogenітальних органів у жінок з порушеннями вегетативного гомеостазу та змінами репродуктивного здоров'я / Вл.В. Подольський, В.В. Подольський // Здоровье женщины. – 2015. – № 10. – С. 44–46.
13. Пригожин Л.О. Соматоформные расстройства. Диагностика, лечение, профилактика / Клинические рекомендации. – М.: Медицина, 2015. – 22 с.
14. Соматоформные расстройства в практике семейного врача / В.Ю. Приходько, И.П. Микропуло, М.В. Олейник [і ін.] // Медичні перспективи. – 2013. – № 3. – С. 5–7.
15. Соматоформні розлади – сучасна загально-медична проблема / Б.В. Михайлов, І.М. Сарвір, О.С. Баженів [та ін.] // Укр. мед. часопис. – 2003. – № 3. – С. 73–77.
16. Сюсюка В.Г. Оцінка впливу програми медико-психологічної корекції психоемоційної дезадаптації у вагітних на перинатальні наслідки їх розродження / В.Г. Сюсюка // Перинатология и педиатрия. – 2016. – № 3 (67). – С. 43–48.
17. Татарчук Т.Ф. Диагностика, профилактика та лікування передменструального синдрому (методичні рекомендації) / Т.Ф. Татарчук, І.Б. Венцівська, І.С. Майдан. – К., 2005. – 20 с.

Статья поступила в редакцию 13.06.2018