

УДК 618.3:618.177-089.888.11:612.018+616.89-008.19

Котенок Антоніна Сергіївна

асистент кафедри акушерства і гінекології № 3 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Вигівська Лілія Миколаївна

к.мед.н., доцент кафедри акушерства і гінекології № 3 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, ag3nmu@gmail.com

Майданник Ігор Віталійович

к.мед.н., доцент кафедри акушерства і гінекології № 3 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Олешко Віктор Федорович

к.мед.н., асистент кафедри акушерства і гінекології № 3 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

ПСИХОЕМОЦІЙНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВАГІТНИХ В РЕЗУЛЬТАТІ ВИКОРИСТАННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Анотація. Питання збереження репродуктивного здоров'я нації в Україні стоїть дуже гостро. Психоемоційний стан жінки має особливе значення для пролонгування вагітності та нормального перебігу пологів. Порушення адаптаційно-приспосувальних механізмів, спрямованих на перебудову функціональних систем організму під час вагітності та напередодні пологів, а також стан хронічного стресу сприяють зростанню частоти акушерських та перинатальних ускладнень та чинять несприятливий вплив на перебіг вагітності. Метою дослідження було вивчити в динаміці особливості психоемоційного стану у вагітних після ДРТ для вдосконалення тактики антенатального спостереження. Для досягнення поставленої мети в динаміці проспективного спостереження комплексно обстежено 299 вагітних жінок, які розподілились наступним чином – до основної групи увійшли 249 жінок, вагітність яких настала в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій. Контрольну групу склали 50 вагітних з спонтанним настанням вагітності та її фізіологічним перебігом, що ставали на облік по вагітності у терміни 6-8 тижнів. Основна група жінок, вагітність яких настала в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій розділена на три групи, в залежності від фактору, який спричинив неплідність. До першої групи увійшли 94 жінок з трубно-перитонеальним фактором безпліддя, другу групу сформували 87 жінок з ендокринним фактором безпліддя, до третьої групи включено 68 жінок, безпліддя яких обумовлено чоловічим фактором. Вагітні досліджуваних груп за віком, сімейним і соціальним станом, місцем проживання були репрезентативними, що дозволило в подальшому судити про розбіжності, зумовлені саме етіологічними чинниками виникнення безпліддя. З метою визначення психоемоційного стану у вагітних досліджуваних груп у режимі скринінгу проводилось клінічне інтерв'ю шляхом заповнення анкет, які вміщували складові питання тестів Спілбергера у модифікації Ю. Л. Ханіна та “Тест відношення вагітної” за методикою І. В. Добрякова. Отримані результати тестування свідчать, що середній бал реактивної тривожності у вагітних основної групи перевищував аналогічний показник контрольної групи і становив: 49 – вагітні з трубно-перитонеальним типом безпліддя, 56 – вагітні з

ендокринним типом безпліддя, 44 – вагітні з чоловічим фактором безпліддя, 24 – контрольна група. Відповідно до результатів тестування була виявлена достовірна різниця і в показниках особистісної тривожності. Значення показників особистісної тривожності склали: 51 – вагітні з трубно-перитонеальним типом безпліддя, 54 – вагітні з ендокринним типом безпліддя, 31 – вагітні з чоловічим фактором безпліддя, 31 – контрольна група. Низький рівень особистісної тривожності відмічено у 26 (27,6%) вагітних I групи, 29 (33,3%) вагітних II групи, що достовірно менше у порівнянні з показником вагітних контрольної групи – 33 (66,0%) та III групи – 33 (48,5%) ($p < 0,05$). Помірний тип особистісної тривожності відмічено у 46 (48,9%) вагітних I групи і 40 (45,9%) вагітних II групи у порівнянні з показником контрольної групи – 11 (22,0%) ($p < 0,05$). Помірний тип особистісної тривожності визначався у 25 (36,7%) випадках у вагітних III групи і достовірно не відрізнявся від показників I, II та контрольної груп ($p > 0,05$). Високий рівень особистісної тривожності відзначений у 22 (23,5%) вагітних I групи, у 18 (20,8%) вагітних II групи, що достовірно більше у порівнянні з показником вагітних контрольної групи – 6 (12,0%) ($p < 0,05$). Отже, проведене дослідження психоемоційного стану вагітних після застосування допоміжних репродуктивних технологій виявило відхилення в рівні особистісної та реактивної тривожності та патологічні типи гестаційної домінанти, які притаманні для вагітних основної групи. Враховуючи вищенаведене, ми вважаємо за доцільне залучити до роботи з обстежуваними вагітними психолога з метою корекції виявлених відхилень.

***Ключові слова.** допоміжні репродуктивні технології, особистісна тривожність, психоемоційний стан.*

Вступ.

Питання збереження репродуктивного здоров'я нації в Україні стоїть дуже гостро (Венцківська та Загородня, 2012). Провідними факторами, які негативно впливають на його формування залишаються стрімке падіння народжуваності, зростання чисельності осіб репродуктивного віку з обтяженою соматичною та акушерсько-гінекологічною патологією, тривале стресове навантаження, пов'язане з соціально-економічною кризою і військовими діями на сході України, та висока питома вага ускладненого перебігу вагітності та пологів.

Огляд літератури.

З точки зору демографічного стану на особливу увагу заслуговують подружжя з неплідністю, яких сьогодні в країні майже 1 млн., що становить 6,8% від загальної кількості подружніх пар (Осипова, Кононенко та Юрчук, 2012). Згідно результатів останніх досліджень, лише в 2016 році в Україні зареєстровано 38998 випадків жіночого та 11210 випадків чоловічого непліддя (77,7% і 22,3% відповідно в структурі загального непліддя) (Хрянин та Решетников, 2012). Тенденція зростання неплідності в шлюбі властива народонаселенню країн усього світу, що зумовило стрімкий пошук новітніх методів її лікування.

Психоемоційний стан жінки має особливе значення для пролонгування вагітності та нормального перебігу пологів (Майдан, 2017). Порушення адаптаційно-приспосувальних механізмів, спрямованих на перебудову функціональних систем організму під час вагітності та напередодні пологів, а також стан хронічного стресу сприяють зростанню частоти акушерських та перинатальних ускладнень та чинять несприятливий вплив на перебіг вагітності. У жінки з обтяженим неплідністю анамнезом стан хронічного стресу супроводжує як неможливість виконання репродуктивної функції, так і невдалі цикли ДРТ, що зазвичай передують вагітності. Емоційне перенавантаження як реалізація страхів за результати вагітності відіграють негативну роль у процесах адаптації жінки до функції

фетоплацентарного комплексу, що замикає хибне коло та сприяє прогресуванню гестаційних ускладнень (Дерманова, 2002; Носкова, 200).

Враховуючи, виявлені під час попереднього етапу дослідження, особливості у концентрації стрес-асоційованих гормонів, ми вважали за доцільне провести поглиблене комплексне вивчення особливостей психоемоційного стану у вагітних після застосування ДРТ.

Мета дослідження. Вивчити в динаміці особливості психоемоційного стану у вагітних після ДРТ для вдосконалення тактики антенатального спостереження.

Методологія та методи дослідження. Для досягнення поставленої мети в динаміці проспективного спостереження комплексно обстежено 299 вагітних жінок, які розподілились наступним чином – до основної групи увійшли 249 жінок, вагітність яких настала в результаті застосування ДРТ. Контрольну групу склали 50 вагітних з спонтанним настанням вагітності та її фізіологічним перебігом, що ставали на облік по вагітності у терміни 6-8 тижнів.

Основна група жінок, вагітність яких настала в результаті застосування ДРТ розподілена на три групи, в залежності від фактору, який спричинив неплідність. До першої групи увійшли 94 жінок з трубно-перитонеальним фактором безпліддя, другу групу сформували 87 жінок з ендокринним фактором безпліддя, до третьої групи включено 68 жінок, безпліддя яких обумовлено чоловічим фактором. Вагітні досліджуваних груп за віком, сімейним і соціальним станом, місцем проживання були репрезентативними, що дозволило в подальшому судити про розбіжності, зумовлені саме етіологічними чинниками виникнення безпліддя.

З метою визначення психоемоційного стану у вагітних досліджуваних груп у режимі скринінгу проводилось клінічне інтерв'ю шляхом заповнення анкет, які вміщували складові питання тестів Спілбергера у модифікації Ю. Л. Ханіна та “Тест відношення вагітної” за методикою І. В. Добрякова (2016).

Результати дослідження та їх обговорення.

Отримані результати тестування свідчать, що середній бал реактивної тривожності (РТ) у вагітних основної групи перевищував аналогічний показник контрольної групи і становив: 49 – вагітні с трубно-перитонеальним типом безпліддя, 56 – вагітні з ендокринним типом безпліддя, 44 – вагітні з чоловічим фактором безпліддя, 24 – контрольна група (табл. 1).

Таблиця 1
Значення показника РТ у вагітних після застосування ДРТ (абс.ч., %)

Рівень РТ	Значення показника в групах обстежених (n)			
	Основна група (n = 249)			Контрольна група (n = 50)
	I група (n = 94)	II група (n = 87)	III група (n = 68)	
Низький	27 (28,7) *	24 (27,6) *	27 (39,7) °	26 (52,0)
Помірний	26 (27,6)	18 (20,7) *	25 (36,8) °	17 (34,0)
Високий	41 (43,7) *	45 (51,7) *	16 (23,5) °	7 (14,0)

Примітка: * – статистично достовірні відмінності порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$).

° - статистично достовірні відмінності між I, II та III групами

Низький рівень реактивної тривожності відмічено у 27 (28,7%) вагітних I групи, 24 (27,6%) вагітних II групи, що достовірно менше у порівнянні з показником вагітних контрольної групи – 26 (52,0%) та III групи – 27 (39,7%) ($p < 0,05$). Помірний тип реактивної тривожності відмічено у 26 (27,6%) вагітних I групи ($p > 0,05$), 18 (20,7%) вагітних II групи.

Показник РТ вагітних II групи виявився достовірно менше у порівнянні з показником вагітних контрольної групи – 17 (34,0%) та III групи – 25 (36,8%) ($p < 0,05$). Проте, для вагітних I та II групи виявився характерним значний відсоток вагітних з високим типом РТ, який достовірно переважав показник вагітних III та контрольної групи: I група – 41 (43,7%) вагітних, II група – 45 (51,7%) вагітних, контрольна група – 7 (14,0%) та III групи – 16 (23,5%) відповідно ($p < 0,05$).

Відповідно до результатів тестування була виявлена достовірна різниця і в показниках особистісної тривожності (ОТ). Значення показників особистісної тривожності склали: 51 – вагітні с трубно-перитонеальним типом безпліддя, 54 – вагітні з ендокринним типом безпліддя, 31 – вагітні з чоловічим фактором безпліддя, 31 – контрольна група (табл. 2).

Таблиця 2
Значення показника ОТ у вагітних після застосування ДРТ (абс.ч., %)

Рівень ОТ	Значення показника в групах обстежених (n)			
	Основна група (n = 249)			Контрольна група (n = 50)
	I група (n = 94)	II група (n = 87)	III група (n = 68)	
Низький	26 (27,6) *	29 (33,3) *	33 (48,5)	33 (66,0)
Помірний	46 (48,9) *	40 (45,9) *	25 (36,7)	11 (22,0)
Високий	22 (23,5) *	18 (20,8) *	10 (14,7)	6 (12,0)

Примітка: * – статистично достовірні відмінності порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$).

° - статистично достовірні відмінності між I, II та III групами

Низький рівень особистісної тривожності відмічено у 26 (27,6%) вагітних I групи, 29 (33,3%) вагітних II групи, що достовірно менше у порівнянні з показником вагітних контрольної групи – 33 (66,0%) та III групи – 33 (48,5%) ($p < 0,05$). Помірний тип особистісної тривожності відмічено у 46 (48,9%) вагітних I групи і 40 (45,9%) вагітних II групи у порівнянні з показником контрольної групи – 11 (22,0%) ($p < 0,05$). Помірний тип ОТ визначався у 25 (36,7%) випадках у вагітних III групи і достовірно не відрізнявся від показників I, II та контрольної груп ($p > 0,05$). Високий рівень ОТ відзначений у 22 (23,5%) вагітних I групи, у 18 (20,8%) вагітних II групи, що достовірно більше у порівнянні з показником вагітних контрольної групи – 6 (12,0%) ($p < 0,05$).

Таким чином, для вагітних досліджуваних групи виявився характерним високий рівень реактивної тривожності та помірний рівень особистісної тривожності.

Помірний рівень реактивної тривожності у досліджуваних вагітних характеризувався напруженням, неспокоєм, нервозністю, висока реактивна тривожність характеризувалась розладами уваги, іноді-тонкої координації. Особистісна тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, емоціональними, невротичними зривами і психосоматичними захворюваннями. Рівень особистісної і реактивної тривожності залежить від кількості стресогенних факторів і особистісного сприйняття їх вагітними жінками.

Середній рівень тривожності більшістю авторів розглядається як нормальний (адаптивний) під час вагітності, в той час як високий і низький рівні тривожності частіше супроводжуються ускладненим перебігом вагітності (Анчева, 2017; Вдовиченко та ін, 2014). Зокрема, у вагітних I та II групи достовірно частіше визначались високий рівень реактивної та помірний рівень особистісної тривожності, що не можна розцінити виключно як реакцію на свою патологію. Це свідчить про сприйняття вагітними більшої ситуацій як потенційно небезпечних і, як наслідок, надмірну реакцію у вигляді високого рівня тривоги. Сучасні дослідники наголошують, що до пацієнтів з високою тривожністю

небезпечно пред'являти категоричні вимоги, навіть в ситуаціях, коли вони мають можливість їх виконати, з огляду на те, що можливим є розвиток неадекватної реакції вагітної що буде гальмувати чи відсуне на деякий час отримання необхідного результату (Нечаева та Беребин, 2011). Такі пацієнтки занадто подразливі і знаходяться в постійній готовності до конфлікту і до захисту, навіть якщо в цьому немає необхідності. Низький рівень тривожності у зв'язку з некритичним ставленням до свого стану і рекомендацій лікарів також корелює з більш високою частотою ускладнень вагітності (Нечаева та Беребин, 2011).

Одним з визначаючих напрямків розвитку вагітності є гестаційна домінанта, яка формується у жінки ще напередодні гестації і проявляється у вигляді сильної мотивації щодо настання вагітності та її перебігу, призводячи до того, що всі інші цінності в житті жінки відходять на другий план. Велике значення має саме вірне формування гестаційної домінанти що до запліднення та настання вагітності. Формування патологічного типу гестаційної домінанти може заважати нормальному розвитку вагітності та сприяти виникненню цілої низки ускладнень гестації (Нечаева та Беребин, 2011).

Ступінь психологічної готовності до материнства відображає психологічний компонент гестаційної домінанти. Суть фізіологічного компоненту полягає в тому, що за допомогою гестаційної домінанти направляються та підтримуються на відповідному рівні всі фізіологічні процеси, які відбуваються в організмі вагітної жінки.

Проведене тестування вагітних за методикою І. В. Добрякова виявило, що для вагітних основної групи є характерним формування патологічних компонентів гестаційної домінанти у достовірній більшості випадків, порівняно з вагітними контрольної групи (табл. 3).

Таблиця 3

Визначення компоненту гестаційної домінанти у вагітних після застосування ДРТ (абс.ч., %)

Тип компоненту гестаційної домінанти	Значення показника в групах обстежених (n)			
	Основна група (n = 249)			Контрольна група (n = 50)
	I група (n = 94)	II група (n = 87)	III група (n = 68)	
Оптимальний	11 (11,7) *	8 (9,2) *	31 (45,6) °	27 (54,0)
Гіпогестогнозичний	22 (23,4) *	26 (29,9)	19 (27,9)	16 (32,0)
Ейфоричний	28 (29,8) *	30 (34,5) *	10 (14,7) °	7 (14,0)
Тривожний	19 (20,2)	14 (16,1)	8 (11,8)	-
Депресивний	14 (14,9)	9 (10,3)	-	-

Примітка: * – статистично достовірні відмінності порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$).

° - статистично достовірні відмінності між I, II та III групами

Оптимальний тип компоненту гестаційної домінанти виявився характерним лише для 11 (11,7%) вагітних I групи та для 8 (9,2%) вагітних II групи, на відміну від вагітних III та контрольної групи, в яких даний тип реєструвався майже в кожному другому випадку і склав 31 (45,6%) та 27 (54,0%) відповідно ($p < 0,05$).

Частота виявлення шіпогестогнозичного типу компоненту гестаційної домінанти достовірно відрізнялась у вагітних I групи – 22 випадки (23,4%) та контрольної групи – 16 випадків (32,0%) ($p < 0,05$). Серед вагітних II та III групи гіпогестогнозичний тип гестаційної домінанти виявлявся майже в кожному третьому випадку, складав 22 (23,4%) та 26 (29,9%) відповідно і не мав достовірних відмінностей від показників I та контрольної групи ($p > 0,05$).

Для вагітних I та II групи виявився характерним ейфоричний тип гестаційної домінанти, який реєструвався в 28 випадках (29,8%) у вагітних I та в 30 випадках (34,5%) у вагітних II групи, що достовірно переважає показники виявлення даного типу гестаційної домінанти у вагітних III – 10 випадків (14,7%) та контрольної групи – 7 випадків (14,0%) ($p < 0,05$).

Однією з характерних особливостей обстежених жінок основної групи є виявлення двох патологічних типів гестаційної домінанти. Не маєчи достовірних відмінностей, проте з переважанням у вагітних I групи тривожний тип гестаційної домінанти відзначений в 19 випадках (20,2%) у вагітних I групи, в 14 випадках (16,1%) у вагітних II групи та в 8 (11,8%) випадків вагітних III групи ($p > 0,05$).

Депресивний тип гестаційної домінанти реєструвався лише у вагітних I та II групи, не мав достовірних відмінностей і склав 14 випадків (14,9%) у вагітних I групи та 9 (10,3%) у вагітних II групи.

Виявлені особливості підтверджуються проведеним дослідженням стрес-асоційованих гормонів. Так концентрація кортизолу та пролактину виявлялась підвищеною саме у вагітних з ейфоричним, тривожним та депресивним типом компоненту гестаційної домінанти.

Психологічний компонент гестаційної домінанти (ПКГД) на думку багатьох авторів (Добряков, 2016) має досить велике значення. При появі різних стресових ситуацій: переляк, страх, сильні емоційні переживання в центральній нервовій системі вагітної крім гестаційної домінанти можуть виникати і інші вогнища стійких збуджень. Це в значній мірі послаблює дію гестаційної домінанти і нерідко супроводжується патологічним перебігом вагітності та пологів (Добряков, 2016).

Дослідження показали, що вираженість домінанти вагітності зростає пропорційно віку жінки, досягаючи свого максимуму у тридцятирічних. Пояснюється це, мабуть, тим, що саме цей період багато жінок обґрунтовано вважають кордоном, після якого зростає ймовірність ускладнень вагітності та пологів. Крім того, до двадцяти п'яти - тридцяти років більшість жінок вже закінчують своє навчання, здобувають професію, стійку матеріальне і сімейний стан, тобто краще соціально адаптовані.

Цікаво, що не завжди високий показник домінанти вагітності є сприятливим фактором для її перебігу і успішного розродження. Багато залежить від якісних особливостей психологічного компонента. І. В. Добряков виділяє кілька основних його типів і описує типи ПКГД з наступним значенням: оптимальний, гіпогестогнозичний, ейфоричний, тривожний, депресивний (Добряков, 2016). Оптимальний тип характеризується адекватним ставленням вагітної до змін, що відбуваються в ній, до майбутніх труднощів, високим ступенем відповідальності майбутньої мами за свою дитину. Гіпогестогнозичний тип характеризується недооцінюванням важливості і серйозності що відбувається. Для жінок з даним типом ПКГД важливо не змінювати свій усталеною життєвий стереотип. Після пологів у них часто відзначається гіпогалактія. Догляд за дітьми, як правило доручається іншим особам (бабусям, няням), так як самі матері мають інші більш важливі для них заняття. Нерідко цей тип ПКГД зустрічається у багатодітних мати.

Ейфоричний тип характеризується переважанням підвищеного настрою, впевненістю в благополучному розродження, легковагістю і нерозумінням своєї нової ролі зараз і в найближчому майбутньому. Вагітність може бути дуже бажаною, однак, переконавшись, що зачаття відбулося, «безтурботна жінка» добровільно одягає «рожеві» окуляри. Якщо виникають якісь ускладнення вагітності, то вони застають жінок зненацька, їх тяжкість перебільшується. Ці жінки вимагають від оточуючих підвищеної уваги. При тривожному типі причини підвищеної тривожності, які визначають все поведінка жінки, можуть бути цілком зрозумілими, пов'язаними з сімейними негараздами, станом здоров'я, побутовими труднощами і гестаційна домінанта пригнічується домінантою невирішених соціальних проблем, тобто, тривожачись, мати завдає шкоди своєму малюкові. Депресивний тип передбачає максимальну вираженість тривожних станів, що в свою чергу може призвести до розвитку невротичних реакцій. У неї можуть з'явитися маячні, іпохондричні ідеї, ідеї самознищення, наміри позбутися від дитини.

Висновки. Проведене дослідження психоемоційного стану вагітних після застосування ДРТ виявило відхилення в рівні особистісної та реактивної тривожності та патологічні типи гестаційної домінанти, які притаманні для вагітних основної групи. Враховуючи вищенаведене, ми вважаємо за доцільне залучити до роботи з обстежуваними вагітними психолога з метою корекції виявлених відхилень.

Фінансування: Дане дослідження не отримало зовнішнього фінансування.

Список літератури.

- Анчева І. А. (2017). Психопрофілактика стресу під час вагітності та пологів. Здоров'я жінки, (5 (121)), 32 – 34.
- Вдовиченко Ю. П., Жук С. И., Щуревская О. Д. (2014) Поддержка беременности и родов в условиях социальных стрессов. Методические рекомендации, 64.
- Венцківська І.Б., Загородня О.С. (2012). Протизапальні препарати в лікуванні загрози передчасних пологів. Актуал. питання педіатрії, акушерства та гінекології, (1), 145 – 147.
- Дерманова И. Б. (2002) Исследование тревожности (Ч. Д. Спилбергер, адаптация Ю. Л. Ханин). Диагностика эмоционально-нравственного развития, СПб, 124 – 126.
- Добряков И. В., Прохоров В. Н., Прохорова О. В. (2016) Психологическая диагностика в перинатальной психологии. Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы. Коллективная монография, 118 – 132.
- Майдан І. С. (2017) Психоемоційні порушення у жінок як предиктор розвитку непліддя. Слово о здоровье, (12), 41 – 44.
- Нечаева М.А., Беребин М.А. (2011) Методика «Тип отношения к беременности»: технология разработки, психометрические характеристики. Вестник ЮурГУ, (11), 66-76.
- Носкова О.В. (2008) Особенности тревожного состояния женщин при беременности и его психокоррекция. Медицинская психология, (3), 52–56.
- Осипова Л. С. Кононенко И.Я., Юрчук Ж.Н. (2012). Генитальный герпес. Особенности течения и лечения в современных условиях. Укр. журн. дерматології, венерології, косметології, (3), 5 – 10.
- Хрянин А.А., Решетников О.В. (2012). Хламидийная инфекция: от науки к практике. Киев: ООО Тетрис-принт, 180.

PSYCHOEMOTIONAL CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN AS A RESULT OF THE ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES APPLICATION

Kotenok Antonina S. - assistant Department of Obstetrics and gynecology No.3 Bogomolets National Medical University

Vygivska Liliya M. – PhD, associate Professor Department of Obstetrics and gynecology No.3 Bogomolets National Medical University, ag3nmu@gmail.com

Maidannyk Igor V. - PhD, associate Professor Department of Obstetrics and gynecology No.3 Bogomolets National Medical University

Oleshko Viktor F. – PhD, assistant Department of Obstetrics and gynecology No.3 Bogomolets National Medical University

Annotation. The issue of preserving the reproductive health of the nation in Ukraine is very acute. The psycho-emotional state of a woman is of particular importance for the prolongation of pregnancy and the normal course of labor. Violation of adaptive mechanisms which are aimed at restructuring the functional systems of the body during pregnancy and on the eve of childbirth, as well as the state of chronic stress contribute to the increase in the of obstetric and perinatal complications frequency and have an adverse effect on the course of pregnancy. The aim of the reaserch was to study the dynamics of psycho-emotional state features in pregnant women after assisted reproductive technologies (ART) application in order to improve the tactics of antenatal surveillance. To achieve this goal, 299 pregnant women were comprehensively examined in the dynamics of prospective observation, which were distributed as follows – the main group included 249 women whose pregnancy occurred as a result of the ART application. The control group consisted of 50 pregnant women with spontaneous pregnancy and its physiological course, which were registered for pregnancy at 6-8 weeks. The women of main group whose pregnancy occurred as a result of ART application were divided into three groups, depending on the factor that caused infertility. The first group included 94 women with tubal-peritoneal factor of infertility, the second group was formed by 87 women with endocrine factor of infertility, the third group included 68 women whose infertility was caused by the male factor. Pregnant women of the study groups by age, marital and social status, place of residence were representative, which allowed further to judge the differences caused by etiological factors of infertility. In order to determine the psycho-emotional state of pregnant women in the study groups in the screening mode, a clinical interview was conducted by filling out questionnaires that contained the constituent questions of the STAI tests in the modification of Yu. L. Khanin and the "Pregnant Attitude Test" by the method of I. V. Dobryakov. The obtained test results indicate that the average score of reactive anxiety in pregnant women of the main group exceeded the same indicator of the control group and was: 49 - pregnant women with tubal-peritoneal type of infertility, 56 - pregnant women with endocrine type of infertility, 44 - pregnant women with male factor of infertility, 24 - control group. According to the results of testing, a significant difference was revealed in the indicators of personal anxiety. The values of indicators of personal anxiety were: 51 - pregnant women with tubal-peritoneal type of infertility, 54 - pregnant women with endocrine type of infertility, 31 -pregnant women with male factor of infertility, 31 - control group. Low level of personal anxiety was observed in 26 (27,6%) pregnant women of I group, 29 (33,3%) pregnant women of II group, which is significantly less in comparison with the indicator of pregnant women of the control group – 33 (66,0%) and III group - 33 (48,5%) ($p < 0,05$). Moderate type of personal anxiety was observed in 46 (48.9%) pregnant women of group and 40 (45.9%) pregnant women of II group compared to the indicator of the control group – 11 (22, 0%) ($p < 0,05$). Moderate type of personal anxiety was determined in 25 (36,7%) cases in pregnant women of III group and did not differ significantly from the indicators of I, II and control groups ($p > 0,05$). A high level of personal anxiety was observed in 22 (23,5%) pregnant women of group I, 18 (20,8%) pregnant women of group II, which is significantly higher in comparison with the indicator of pregnant women of the control group – 6 (12,0%) ($p < 0,05$). Thus, the study of the psycho-emotional state of pregnant women after the application of ART deviations in the level of personal and reactive anxiety and pathological types of gestational dominant, which are inherent in pregnant women of the main group. Taking into account the above, we consider it appropriate to involve a psychologist to work with the examined pregnant women in order to correct the identified abnormalities.

Keywords: assisted reproductive technologies, personal anxiety, psycho-emotional state.