

Росії в Україну базові потреби в безпеці та захисті, особливо у вагітних, роділь і породіль є порушеними.

**Мета.** Вивчити психосоматичний стан вагітних та породіль, які опинилися в кризових умовах військових дій, з метою стабілізації та поліпшення демографічної ситуації в Україні.

**Матеріали і методи.** На території Одеського регіону 7 квітня 2022 р. з ініціативи Одеського відділення Асоціації акушерів-гінекологів України стартував Проєкт медико-соціального супроводу вагітних/нещодавно вагітних жінок "Відродження", який виконується спільно з асоціацією Перинатальних психологів "Психея". В рамках Проєкту проводиться проспективне дослідження психосоматичного стану вказаної когорти жінок шляхом проведення онлайн анкетування із застосуванням опитувальника Аарона Бека - *The Beck Depression Inventory* (BDI) з наступною статистичною обробкою даних (<https://www.socscistatistics.com/tests>) і наданням відповідної допомоги.

**Результати і обговорення.** Станом на 28.01.2023 р. у Проєкті взяла участь 731 жінка; з них вагітних було 465 (63,6%), породіль – 266 (36,4 %). На момент опитування 138 (18,9 % – I група) жінок проживали в зоні активних бойових дій, 504 (68,9 % – II група) – поза зоною активних бойових дій в Україні; до III групи увійшли переселенки, які проживають поза Україною - 89 (12,2%). Середній показник шкали Бека у жінок із II (13,5±0.36) та III (12,9±0.38) груп відповідав верхнім межам норми, тоді як у жінок із I групи психоемоційний стан за шкалою Бека (17,1 ± 0.31) відображав наявність легкої депресії з коливаннями показника від 5 (легка) до 48 (важка). Тест Тьюкі (*Post Hoc Tukey - HSD*) показав наявність достовірних відмінностей між групами (Табл.1)

Таблиця 1

Психоемоційний стан жінок за шкалою Бека

| Групи, які порівнюються |  | HSD <sub>.05</sub> = 0.2685<br>HSD <sub>.01</sub> = 0.3386 | Q <sub>.05</sub> = 3.4032<br>Q <sub>.01</sub> = 4.2910 |
|-------------------------|--|--|--|
| I : II                  | M <sub>1</sub> = 0.86; M <sub>2</sub> = 0.68 | 0.17   | Q = 2.19 (p = .27754)                                  |
| I : III                 | M <sub>1</sub> = 0.86; M <sub>3</sub> = 0.64 | 0.21   | Q = 2.68 (p = .14931)                                  |
| II : III                | M <sub>2</sub> = 0.68; M <sub>3</sub> = 0.64 | 0.04   | Q = 0.49 (p = .93497)                                  |

**Висновки.** Депресію від легкого до важкого ступеню виявлено у 18,9% вагітних і породіль, які проживають безпосередньо в зоні активних бойових дій. Загалом кризова ситуація воєнних дій в Україні на момент цього етапу виконання Проєкту «Відродження» свідчить, мабуть, про високий пріоритет гестаційної домінанти; необхідні подальші дослідження.

**Ключові слова:** психосоматичний стан вагітних, психосоматичний стан породіль, кризові умови, демографічна ситуація

УДК 618.177:616.433-008.61-08:618.2-071.1:612.433'664

О. В. Мартиновська, О. М. Носенко

## РІВНІ ПРОЛАКТИНУ В ДИНАМІЦІ ГЕСТАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ В ЖІНОК З ВИЛІКУВАНИМ БЕЗПЛІДДЯМ ВНАСЛІДОК СИНДРОМУ ГІПЕРПРОЛАКТИНЕМІЇ

Одеський національний медичний університет

На думку більшості дослідників, жінки з вилікуваним безпліддям внаслідок синдрому гіперпролактинемії в період гестації є групою ризику розвитку акушерської та перинатальної патології. Для ведення таких вагітних

**Мета дослідження** – вивчити вміст пролактину в жінок з вилікуваним безпліддям внаслідок синдрому гіперпролактинемії в динаміці гестаційного періоду в залежності від генезу гіперпролактинемії.

**Матеріал та методи.** Під спостереженням знаходилося 23 вагітних з мікроаденомами гіпофіза (група I) та 37 вагітних з ідіопатичною гіперпролактинемією (група II). У жінок із синдромом гіперпролактинемії вагітність була індукована агоністами дофаміну (каберголін, бромокриптин), прийом яких скасовували при діагностиці вагітності. Контрольну групу К склали 30 здорових вагітних. Рівень пролактину вивчали імунохімічним методом з електрохемілюмінесцентною детекцією з використанням тест-систем і аналізатору Cobas 6000, Roche Diagnostics (Швейцарія) у 11-12, 20-21, 32-33 і 36-37 тижнів вагітності.

**Результати.** Останній вимірюваний середній вихідний рівень пролактину після корекції гіперпролактинемії агоністами дофаміну перед настанням вагітності у групі I склав  $(17,31 \pm 0,54)$  нг/мл, у групі II –  $(15,69 \pm 0,58)$  нг/мл ( $p_{I-II} < 0,01$ ), при настанні вагітності відповідно у 11-12 тижнів гестації –  $(177,39 \pm 7,32)$  і  $(112,81 \pm 5,02)$  проти  $(57,32 \pm 3,72)$  нг/мл у групі К ( $p_{I-K} < 0,01$ ,  $p_{II-K} < 0,01$ ,  $p_{I-II} < 0,01$ ); у 20-21 тижнів –  $(354,02 \pm 14,41)$  і  $(223,44 \pm 9,55)$  проти  $(138,27 \pm 7,11)$  нг/мл ( $p_{I-K} < 0,01$ ,  $p_{II-K} < 0,01$ ,  $p_{I-II} < 0,01$ ); у 32-33 тижнів –  $(420,84 \pm 16,03)$  і  $(281,39 \pm 9,68)$  проти  $(231,39 \pm 11,01)$  нг/мл ( $p_{I-K} < 0,01$ ,  $p_{II-K} < 0,01$ ,  $p_{I-II} < 0,01$ ); у 36-37 тижнів –  $(442,74 \pm 18,02)$  і  $(323,71 \pm 9,68)$  проти  $(279,52 \pm 10,33)$  нг/мл ( $p_{I-K} < 0,01$ ,  $p_{II-K} < 0,01$ ,  $p_{I-II} < 0,01$ ).

**Висновки.** Як у здорових вагітних, так і у жінок з настанням вагітності після корекції синдрому гіперпролактинемії агоністами дофаміну спостерігається підвищення рівнів пролактину в динаміці гестаційного періоду. Рівні пролактину у жінок з мікроаденомами гіпофізу під час вагітності перевищують аналогічні у пацієток з ідіопатичною гіперпролактинемією та у здорових осіб впродовж усього періоду гестації, рівні пролактину пацієток з ідіопатичною гіперпролактинемією більші за такі у здорових осіб.

**Ключові слова:** вилікуване безпліддя, синдром гіперпролактинемії, період гестації, група ризику

УДК 618.3-06:616.98]-08”364”

*В. П. Міщенко, В. М. Котляренко*

## АЛГОРИТМ ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ В УМОВАХ COVID - 19 ТА ВІЙНИ

Одеський національний медичний університет  
КНП ПБ № 1, м. Одеса

**Вступ.** Актуальність теми полягає у складній ситуації у країні, що має пояснення наслідками пандемії Covid-19 та тяжкої війни в XXI столітті, що вкрай негативно позначається на стані здоров'я вагітних, сприяє росту частоти та тяжкості гестаційних ускладнень, перинатальної патології.

**Мета** дослідження полягала у визначенні алгоритму ведення вагітних в умовах ковідного, постковідного періодів та війни.

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням перебували 66 жінок репродуктивного віку у різні терміни вагітності. Вивчали анамнез, загальний стан, ступінь тривожності, стан плода, лабораторні показники, дані УЗД, УЗД - доплерографія.

**Результати та обговорення.** За результатами дослідження, аналіз анамнестичних даних показав високу (96,7 %) частоту екстрагенітальних захворювань (серцево-судинні, шлунково-кишкового тракту, гепатобіліарної системи, носо-ротової порожнини тощо) та гінекологічної патології (62,1 %) (переважно інфекційні процеси), що складає ризик загострень під час перебігу вагітності та гестаційних ускладнень, перинатальної патології. Перебіг вагітності був ускладненим синдромом загрози викидня, передчасних пологів, завмерлою вагітністю, антенатальною загибеллю плода, прееклампсією, передчасним відшаруванням плаценти, антенатальним дистресом плода тощо. Рівень тривожності за шкалою Спілбергера понад 45 (висока) склав 100 % у першому, 80,95 % - у другому і 100 % у третьому триместрі. Лабораторно доведено взаємозв'язок між показниками системи гемостазу (фібриноген, АЧТВ, ПІ, тромбоцити, D-димер), біологічними маркерами