

# МАТЕРІАЛИ

Пленуму Асоціації акушерів-гінекологів України та Науково-практичної конференції з міжнародною участю

**АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ,  
РЕПРОДУКТОЛОГІЯ: СЬОГОДЕННЯ  
ТА ПЕРСПЕКТИВИ**



Україна, Ужгород  
5-6 жовтня 2023

оброблені статистично за допомогою програмного забезпечення STATISTICA v.10 з використанням критерія  $\chi^2$  Пірсона.

### **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.**

Аналізуючи характер причин, обтяжуючих перебіг пубертату встановлено, що саме гінекологічна патологія найчастіше поєднувалась з розвитком порушень репродуктивної функції у жінок фертильного віку: у жінок 1 групи –  $45 \pm 7,9\%$ , 2 групи –  $77,5 \pm 6,6\%$ , 3 групи –  $52,5 \pm 7,9\%$ . Серед форм порушень менструальної функції в пубертаті частіше мали місце опсоменорея (в 1 групі – у  $37,5 \pm 7,7\%$ , в 2 групі – у  $65 \pm 7,5\%$ , в 3 групі – у  $40 \pm 7,8\%$  жінок); рідше – аномальні маткові кровотечі ( $7,5 \pm 4,2\%$ ,  $12,5 \pm 5,2\%$  і  $12,5 \pm 5,2\%$  жінок відповідно). Опсоменорея достовірно ( $p < 0,05$ ) частіше спостерігалась у пацієнток з 2 групи. Аналіз часу настання менархе показав, що раннє менархе відмічали  $10 \pm 4,7\%$  жінок 1 групи,  $7,5 \pm 4,2\%$  – 2 групи і  $10 \pm 4,7\%$  – 3 групи, пізнє менархе відповідно –  $47,5 \pm 7,9\%$ ,  $25 \pm 6,9\%$ ,  $12,5 \pm 5,2\%$  жінок. Порівняльний аналіз частоти і форм порушень менструальної функції у жінок з різними формами репродуктивної функції не показав статистично значущої різниці крім часу настання менархе: пізнє менархе достовірно частіше виявлялось у жінок з непліддям ( $p < 0,05$ ). Оцінка якісних показників свідчить, що саме цей показник має найбільш високу прогностичну значущість для непліддя ( $p = 0,001$ ,  $\chi^2 = 10,7$ ,  $dF = 1$ ).

### **ВИСНОВКИ.**

Отримані результати дозволяють стверджувати, що ускладнений перебіг пубертату є підґрунтям для розвитку репродуктивних порушень у фертильному віці. Серед різних форм ускладнень, які пов'язані з гінекологічними, соматичними, інфекційними факторами, найчастіше відмічається гінекологічна патологія, а саме порушення менструальної функції. Встановлено, що для такої тяжкої форми порушення репродуктивної функції як первинне непліддя фактором ризику є час настання менархе, а саме пізнє менархе. Визначений тісний зв'язок скеровує на формування програм спостереження за перебігом пубертату з врахуванням прогностичних критеріїв для попередження даної гінекологічної патології і збереження репродуктивної функції

*СЮСЮКА В.Г., КОЛОКОТ Н.Г., СЕРГІЄНКО М.Ю., ПЕЙЧЕВА О.В.  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

### **РІВЕНЬ КОРТИЗОЛУ, ІНСУЛІНУ ТА ЇХ СПІВВІДНОШЕННЯ У ВАГІТНИХ ІЗ ЗАТРИМКОЮ РОСТУ ПЛОДА**

Розвиток плода забезпечує оптимальне здоров'я дитини в майбутньому.

Однак, стрес під час вагітності шкідливий для здоров'я матері та плода й може мати довгострокові наслідки пов'язані із затримкою росту плода (ЗРП), моторним і когнітивним розвитком немовлят тощо [Shriyan P. et al., 2023]. ЗРП часто пов'язана з тим, що плід не досягає свого генетичного та біологічного потенціалу росту, і є наслідком багатьох причин, причому дисфункція плаценти є однією з найпоширеніших [Melamed N. et al., 2021; Lees C.C. et al., 2022]. ЗРП є причиною мертвонародження, неонатальної смертності, короткострокової та довготривалої неонатальної захворюваності [Melamed N. et al., 2021].

Сучасні дослідження підтверджують гіпотезу про те, що рівень кортизолу у матері, оцінений під час вагітності, впливає на результати пологів для плода, а також підвищує ризик розвитку симптомів післяпологової депресії [Shriyan P. et al., 2023]. Вважається, що активація гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, яка регулює глюкокортикоїдні взаємодії між матір'ю, плацентою та плодом під час вагітності, є основним механізмом, за допомогою якого пренатальний материнський стрес впливає на розвиток плода [Jahnke J.R. et al., 2021]. Надлишковий вплив глюкокортикоїдів на плід є ключовим потенційним механізмом, що лежить в основі зв'язку між низькою вагою при народженні та захворюваннями в подальшому житті [Reynolds R.M., 2013; Gilles M. et al., 2018]. Саме тому, вивчення біосинтезу гормонів, зокрема рівня кортизолу та інсуліну, а також їх взаємозв'язку під час вагітності є актуальним.

**МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ:** визначити рівень кортизолу та інсуліну, а також їх співвідношення у вагітних із затримкою росту плода.

### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.**

Обстежено 67 вагітних терміном гестації 28-34 тижні. В основну групу увійшли 35 вагітних із ЗРП. Контрольна група – 32 соматично здорові вагітні без проявів ЗРП. Кількісну оцінку концентрації кортизолу – К (нг/мл) та інсуліну – Ін (нг/мл) у плазмі крові визначали методом імуноферментного аналізу на апараті SIRIO S з використанням тест-системи DRG, з подальшим розрахунком К/Ін індексу, як маркеру стресу.

Варіаційно-статистична обробка результатів здійснювалася з використанням програм багатомірного статистичного аналізу «STATISTICA 13.0».

### **РЕЗУЛЬТАТИ.**

Результати проведеного дослідження свідчать, що рівень Ін у вагітних основної та контрольної груп склав 6,9 (2,6; 25,5) нг/мл і 11,9 (3,5; 29,7) нг/мл, відповідно та не мав статистичної різниці ( $p > 0,05$ ). При оцінюванні рівня К виявлено статистично достовірні ( $p < 0,05$ ) відмінності в групах дослідження. Так, в основній групі його рівень становив 47,1 (29,2; 55,7) нг/мл і був у 1,7 рази вищим за показник групи контролю 28,5 (18,4; 35,0) нг/мл. Визначення

співвідношення К та Ін, а саме К/Ін індексу дозволило встановити його статистично достовірне ( $p < 0,05$ ) переважання в основній групі 5,4 (1,9; 13,02) порівняно з групою контролю 1,9 (0,9; 6,6) у 2,8 рази.

## **ВИСНОВКИ**

За результатами проведеного дослідження встановлено, що у вагітних із затримкою росту плода має місце статистично достовірне ( $p < 0,05$ ) підвищення рівня кортизолу (в 1,7 рази), а також К/Ін індексу (у 2,8 рази) у порівнянні з відповідними показниками вагітних контрольної групи, що свідчить про порушення в діяльності стресреалізуючої системи у даного контингенту вагітних.

*СЮСЮКА В. Г., РОСЛІК О. А., СОЛОВЙОВА Н. М.*

*Кафедра акушерства і гінекології, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*

## **РІВЕНЬ ТРИВОЖНОСТІ ТА ТИП ТЕМПЕРАМЕНТУ ВАГІТНИХ З ДОСВІДОМ НЕВИНОШУВАННЯ В РАНЬОМУ ТЕРМІНІ**

До 80% викиднів відбувається протягом перших 12 тижнів вагітності. Більше половини ранніх втрат є наслідком генетичних дефектів [Melo P. et al., 2023]. Загальний ризик викидня знаходиться в межах 15% [Quenby S. et al., 2021; McNestry C. et al., 2023]. Популяційна поширеність жінок, у яких був один викидень, становить 10,8% (10,3–11,4%), два викидні – 1,9% (1,8–2,1%), три або більше викиднів – 0,7% (0,5–0,8%) [Quenby S. et al., 2021]. Етіологія викидня включає генетичні аномалії, інфекції, імунологічні та імплантаційні розлади, маткові і ендокринні аномалії тощо [Pinar M.H. et al., 2018]. Наслідки викидня є як фізичними, так і психологічними [Rossen L.M. et al., 2018; Soomarasamy A. et al., 2021; Jia L. et al., 2023]. Численні дослідження свідчать про зв'язок особливостей психоемоційного стану з гестаційними ускладненнями, зокрема і невиношуванням [San Lazaro Campillo I. et al., 2019; Bahadirli A. et al., 2019; Montagnoli C. et al., 2020; Rodriguez-Soto N.C. et al., 2021; Cantwell R. 2021; Evans K. et al., 2022; Ramos I.F. et al., 2022; Mazza M. et al., 2023].

**МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ:** дати оцінку рівня тривожності та типу темпераменту у вагітних з досвідом невиношування в ранньому терміні.

## **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ**

Проведено оцінку індивідуально-психологічні особливості 55 жінок з досвідом невиношування в ранньому терміні після проведеного лікування. Психоемоційний стан досліджували з використанням шкали Спілберге-