

**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

запалення (D-димер, СРБ, феритин, ЛДГ, прокальцитонін), вмісту вітаміну D, прогестерону, мікроелементу магнію у крові жінок. УЗД підтверджено завмерлу вагітність, дистрес плода, синдром затримки розвитку плода.

**Висновки.** Алгоритм ведення вагітних в умовах COVID-19 та війни в XXI столітті полягає у своєчасному проведенні превентивних заходів, що направлені на профілактику метаболічних порушень шляхом корекції гормональних, ендотеліальних, тромбофілічних, метаболічних порушень.

**Ключові слова:** алгоритм ведення вагітних в умовах ковідного періоду, алгоритм ведення вагітних в умовах постковідного періоду, алгоритм ведення вагітних в умовах війни.

УДК 618.145

*Н. В. Мороз, В. Р. Півень, К. П. Літвін*

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ БЕЗПЛІДДЯ МЕТОДАМИ ДРТ У ПАЦІЄНТОК З АДЕНОМІОЗОМ**

Одеський національний медичний університет

**Актуальність.** Аденоміоз – гіперпроліферативне захворювання матки, морфологічним проявом якого є інвазія залозистого і стромального компонентів базального шару ендометрія в підлеглий міометрій. Пацієнти з аденоміозом мають досить низьку ефективність лікування безпліддя методом екстракорпорального запліднення (ЕКЗ).

**Мета.** Оцінити результативність ДРТ при проведенні прегравідарної підготовки пацієнток з аденоміозом 1-2 ступенів.

**Матеріали та методи.** В якості прегравідарної підготовки 1й групі дослідження 15 пацієнткам з аденоміозом 1 - 2 ступенів перед проведенням екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) було рекомендовано приймати мікронізований прогестерон з 16 по 25 день менструального циклу протягом трьох циклів. 2 група - 15 пацієнток - дієногест у дозі 2 мг на добу в безперервному режимі протягом трьох циклів, що передують циклу ЕКЗ. У якості контролю було обстежено 15 здорових фертильних жінок, які мають в анамнезі благополучну вагітність і пологи здоровим плодом, які не приймали додаткову гормональну терапію перед проведенням ЕКЗ.

**Результати та обговорення.** Порівняльний аналіз результативності ЕКЗ показав, що частота настання клінічної вагітності була статистично значуще нижчою в 1-й групі - 17,8%, порівняно з групою контролю - 44,4%. У 2-й групі, при проведенні прегравідарної підготовки дієногестом, клінічна вагітність відбулася у 27,9% жінок що становило статистично значущу позитивну різницю з 1-ю групою. Відомо, що перебіг вагітності у пацієнток після ДРТ характеризується високою частотою розвитку акушерської патології та невиношування вагітності, що може значно зменшити успіх репродуктивних технологій. Таким чином, у пацієнток з аденоміозом на тлі прегравідарної підготовки мікронізованим прогестероном спостерігалось статистично значуще зниження частоти зачаття порівняно з групою контролю. На тлі прегравідарної підготовки дієногестом (2 група) показники зачаття статистично значущо збільшувалися порівняно з 1 групою, проте показники не досягали таких у групі контролю.

**Висновки.** Аденоміоз, знижуючи якість імплантаційного фактора, значно знижує процент настання клінічної вагітності, навіть в результаті успішно проведеного ЕКЗ. Ізольоване застосування дієногесту як препарату для прегравідарної підготовки у пацієнток з аденоміозом дало змогу поліпшити результативність методів ЕКЗ у частини пацієнток. Таким чином, абсолютно очевидно є необхідність індивідуального ведення пацієнток із безпліддям, асоційованим з аденоміозом навіть раних ступенів.

**Ключові слова:** якість імплантаційного фактора, настання клінічної вагітності, прегравідарна підготовка