

забути як негативний досвід. Також навчає родичів як поводитись з жінкою до повного психологічного видужання.

Отже, на підставі специфічності та проблемності даного діагнозу, можемо розробити такий алгоритм ведення пацієнтки:

1. Встановлення діагнозу антенатальна загибель плода – в доступній формі пояснити пацієнтці, що плід внутрішньоутробно завмер, бажано підтвердити це ультразвуковим дослідженням з роз'ясненням пацієнтці, що серцебиття відсутнє.

2. Визначення подальшого плану ведення пологів – детально проінформувати жінку щодо підготовки і проведення розродження. Потрібно бути готовим до емоційних вибухів у жінки і її родичів, повторних методів підтвердження АЗП. Спільна робота психолога з акушер-гінекологом має забезпечити адекватний психологічний фон в пологовому залі.

3. Розродження – максимальна дбайливе ставлення до роділлі, адекватне знеболення, підтримка рідних людей. Після народження дитини обов'язково пропонувати подивитись на неї для підтвердження реальності її існування і розвіяння сумнівів у неправильно поставленому діагнозі.

4. Догляд в післяпологовому періоді. Робота проводять сумісно акушер-гінеколог, перинатальний психолог, постійна постова акушерка післяпологового відділення.

5. Виписка додому – проводиться в першій половині дня, за відсутності інших породіль, що виписуються з пологового будинку зі здоровою дитиною.

6. Планування наступної вагітності. Після даного епізоду, за медичними показаннями жінці не можна вагітніти на протязі 1 року, але розмови про наступну вагітність не повинні бути нав'язливими, категорично не можна казати «тобі потрібно завагітніти знову - весь біль пройде і забудеться».

Отже, питання етико-деонтологічного супроводу під час пологів і післяпологового періоду є актуальним в роботі не тільки акушер-гінеколога, психолога, а й середнього медичного персоналу. Та й потребує постійних розробок спеціалізованих рекомендацій поведінки персоналу зі специфічними пацієнтками акушерського стаціонару для підвищення безпеки перебування пацієнтки у лікарняному середовищі.

ГІПЕРПЛАСТИЧНІ ПРОЦЕСИ ЕНДОМЕТРІЯ НА ТЛІ ДИСФУНКЦІЇ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ – КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНИЙ АСПЕКТ

Абеді Астанег Нікі, Бенюк В.О., Курочка В.В.

*Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ
кафедра акушерства і гінекології №3*

На сьогоднішній день питання безпечного підходу до діагностики та лікування поєднаної патології гіперплазії ендометрія (ГПЕ) на тлі дисфункції щитовидної залози (ЩЗ) залишаються остаточно не вирішеними та

дискутабельним. Вирішенню зазначених проблем сприятиме визначення клініко-анамнестичних особливостей хворих з ГПЕ на тлі гіпотиреозу.

У структурі гінекологічної патології частота ГПЕ складає 15-40%. Нерідко ГПЕ поєднуються з захворюваннями ЩЗ, що потребує ретельного підходу до діагностики та лікування. ГПЕ у жінок репродуктивного віку є потенційною причиною зниження фертильності та фактором ризику розвитку онкології.

Мета дослідження вивчення клініко-анамнестичних особливостей жінок з ГПЕ на тлі дисфункції щитовидної залози.

Матеріали і методи Обстежено 120 жінок з ГПЕ та гіпотиреозом (основна група). Групу порівняння склали 60 пацієток з ГПЕ без патології ЩЗ. Вивчалися вікові критерії, масово-ростові параметри, анамнестичні дані.

Результати дослідження Середній вік жінок з ГПЕ на тлі гіпотиреозу становив $32,1 \pm 5,9$ років. У групі порівняння цей показник склав $36,9 \pm 3,8$ років. Майже кожна третя жінка основної групи (32,4%) перебувала у віковому діапазоні 25-30 років, тоді як у групі порівняння пацієтки віком до 30 років відмічені лише у 15% випадків – рідше ніж у 2 рази. Даний факт свідчить, що патологія ЩЗ може зумовлювати зростання частоти виникнення ГПЕ в молодому віці.

Для всіх обстежених жінок із патологією ЩЗ середнє значення ІМТ склав $23,7 \pm 3,5$, що майже не відрізнялося від даних показників у групі порівняння – $23,5 \pm 2,6$ ($p > 0,05$).

Виходячи з наведених даних, зв'язок між ожирінням та гіпотиреозом відсутній. Проте привертає увагу наступний факт. Надмірна маса тіла серед жінок з гіпотиреозом відзначена в 25,8%, у той час як у групі порівняння даний показник становив 11,7%. Ожиріння I та II ступеня зустрічалось у поодиноких випадках, що не дозволило дійти певних висновків. Отримані результати припускають, що гіпотиреоз у жінок асоційований із надмірною масою тіла, але не ожирінням.

Така пильна увага до масо-ростових характеристик обстежених жінок обумовлена тим, що надмірна маса тіла та ожиріння відносяться до факторів ризику виникнення ГПЕ. За даними літератури, у жінок з ожирінням (ІМТ > 30 кг/м²) відмічено збільшення частоти атипової ГПЕ в 4 рази; серед жінок з ІМТ 40 кг/м² виявлено підвищений ризик виникнення ГПЕ з атипією в 13 разів.

Нами вивчено територіальне перебування та соціальний статус обстежених жінок, що зумовлено впливом еколого-географічних зон на функціональний стан ЩЗ. Більшість жінок були мешканками міста. Серед пацієток з гіпотиреозом мешканки міста становили 65,6%, а в групі порівняння – 73%. На наш погляд, той факт, що понад 2/3 всіх обстежених жінок проживали в місті, обумовлений не етіологічними факторами, а більшою доступністю спеціалізованої медичної допомоги в місті.

Кількість жінок, зайнятих фізичною та інтелектуальною працею, у всіх групах була подібною. Зазначено превалювання жінок, зайнятих інтелектуальною працею. Серед усіх жінок, які страждають на гіпотиреоз,

спеціалісти з інтелектуальною працею склали 54%, а в групі порівняння – 50%.

Проведено вивчення соматичного статусу досліджуваних груп. Найчастіше серед екстрагенітальної патології у обстежених жінок зустрічалася мастопатія (30,3%). Проте, у контрольній групі дана патологія складала 15%, що в двічі рідше, ніж у жінок з ГПЕ на тлі дисфункції ЩЗ ($p < 0,05$). Також часто спостерігалася у основній групі варикозна хвороба (16,5%). У групі порівняння дана патологія виявлена лише у 6,6% спостережень. Жовчнокам'яна хвороба та цукровий діабет зустрічалися в поодиноких випадках у обох досліджуваних групах.

Звертає на себе увагу висока частота синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ) та гіперпролактинемії (ГПРЛ) серед жінок основної групи: СПКЯ - 19,9%, ГПРЛ – 22,4% проти 10% та 8,3% відповідно у групі порівняння.

У наших дослідженнях гіпотиреоз обумовлює зростання частоти ГПРЛ вдвічі. Класичне пояснення даного феномену полягає в тому, що знижений рівень тиреоїдних гормонів викликає надмірне вироблення тироліберину, що призводить до підвищення секреції не лише тиреотропного гормону, а й пролактину.

Проведено аналіз репродуктивного здоров'я: виявлено високу частоту викиднів 20,8% серед жінок основної групи, що в 7 разів перевищує даний показник у групі порівняння 3,3% ($p < 0,05$). Частота вагітності, що не розвивається, у жінок з дисфункцією ЩЗ відзначена в 9,1% жінок, що в 5,4 рази перевищує даний показник групи порівняння 1,7% ($p < 0,05$).

Гінекологічний анамнез обтяжений у 51,5% жінок основної групи, тоді як в групі порівняння лише у 28,2%. У жінок хронічні запальні захворювання статевих органів зустрічалися у 30,7% основної та 21,6% групи порівняння; патологія шийки матки – у 19,1% і 10% та кісти яєчників – у 11,6% і 6,6%, лейоміома матки – 10% і 5% відповідно. Неплідність в анамнезі відмічали пацієнтки основної групи у 1,5 рази частіше, ніж у групі порівняння.

Висновок За результатами клінічної характеристики обстежених жінок з ГПЕ на тлі дисфункції ЩЗ: на тлі дисфункції ЩЗ ГПЕ спостерігається у більш ранньому віці ($32,1 \pm 5,9$ років проти $36,9 \pm 3,8$ років у групі порівняння); гіпотиреоз - асоційований із надмірною масою тіла, але не ожирінням; у кожній третій пацієнтки діагностована мастопатія; частота таких ендокринних патологій, як СПКЯ та ГПРЛ, серед жінок з ГПЕ зростала майже вдвічі за наявності гіпотиреозу.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕБІГУ ПОСТКОВІДНОГО СИНДРОМУ В УКРАЇНІ

Троян В. І., Заяць М. М.

ЛНМУ ім. Данила Галицького, м. Львів

Станом на сьогоднішній день зафіксовано понад 600 мільйонів випадків зараження вірусом COVID-19, з них 5 мільйонів – в Україні. Хвороба спричинила пандемію по всьому світу, викликавши велику кількість смертей,