



Нами встановлено, що у жінок із низьким розташуванням плаценти частота гінекологічних захворювань була достовірно вищою у порівнянні з контролем (60,0% проти 28,0%,  $p < 0,05$ ). У основній групі достовірно частіше діагностували захворювання серцево-судинної системи - 10 (12,5%) жінок, патологія сечостатевої системи зустрічалась у 7 (11,25%). Таким чином, дані анамнезу вагітних з низьким розташуванням плаценти дозволяють виділити загальні закономірності, характерні для вагітних груп "високого ризику" акушерської патології і визначити основні пренатальні фактори ризику. До них належать: вік вагітних, порушення гормональної функції яєчників, запальні захворювання статевих органів, невиношування та недоношування вагітності, екстрагенітальні захворювання.

**Ясніковська С.М.**

### **ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ТА УЛЬТРАЗВУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ПРИ РІЗНИХ ФОРМАХ ПАТОЛОГІЇ ХОРІОНУ В І ТРИМЕСТРІ ГЕСТАЦІЇ**

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Букovinський державний медичний університет»*

Проблема невиношування вагітності є актуальною в сучасному акушерстві, так як до 20% клінічно діагностованих вагітностей завершуються спонтанним їх перериванням, при чому на долю I триместру припадає до 75-80% випадків. Матковий фактор, як причина невиношування на ранніх термінах гестації, представлений гіпоплазією ендометрію, порушеннями гемодинаміки у судинному руслі матки. Часто зазначені зміни супроводжуються інфекційними станами, ендокринопатіями та гемостазіологічними розладами.

Метою нашого дослідження була оцінка стану різних форм патології хоріону та плаценти в I триместрі вагітності за допомогою клініко-лабораторних та ультразвукових методів дослідження

Нами проведено ретроспективний аналіз клінічних та анамнестичних даних у 40 вагітних з патологією розвитку хоріону у вигляді субхоріальних (30) та субамніотичних (10) гематом. Крім оцінки клініко-анамнестичних даних, проводили динамічне ультразвукове дослідження із доплерометрією кровоплину в маткових артеріях, міометрії в зонах відшарування та в інтактних зонах. Оцінювали показники кровотоку в аркуатних (Аа), радіальних (Ра), базальних (Ба) артеріях. При УЗД оцінювали розміри ембріону (плода), розташування та особливості будови хоріона (плаценти). При оцінці гематом визначався її характер (субхоріальна, субамніотична, крайова), об'ємні розміри, стадії розвитку.

Встановлено, що субхоріальні гематоми зустрічаються частіше субамніотичних. Вони діагностуються в середньому в  $8,3 \pm 0,4$  тиж. вагітності, їх середній об'єм складає  $1,32 \pm 0,25$  см<sup>3</sup>. При динамічному УЗ спостереженні їх об'єм зменшувався до  $1,15 \pm 0,34$  см<sup>3</sup>, в 6 (20%) випадках візуалізація гематом була відсутня, а у 7 (23,3%) - відбувалася їх організація. Перехід субхоріальної в субамніотичну гематому мав місце у 5 (16,7%) жінок. У обстежуваних із субхоріальними гематомами в 4,5 рази частіше, порівняно із субамніотичними зареєстрована гіпоплазія хоріону. При доплерометрії у жінок даної групи спостерігалася відсутність візуалізації кровотоку в радіальних та базальних артеріях і підвищення резистентності ( $0,76 \pm 0,05$  при нормі  $0,60 \pm 0,02$ ) на рівні аркуатних артерій, що можна розцінювати як компенсаторну реакцію, яка перешкоджає прогресуванню відшарування хоріону. Поряд з цим, підвищення судинного опору на рівні маткових артерій було несприятливим фактором у формуванні в подальшому дисфункції плаценти.

Субамніотичні гематоми частіше діагностувалися в  $12,1 \pm 0,5$  тиж. гестації, їх об'єм в середньому складав  $17,7 \pm 6,0$  см<sup>3</sup>, що мав тенденцію до зменшення при динамічному спостереженні до  $11,1 \pm 3,5$  см<sup>3</sup>. При цьому повного розсмоктування таких гематом не було, а в стадії організації зареєстровано тільки 3 випадки. У жінок цієї групи в 7,5 разів частіше, ніж у пацієток з субхоріальними гематомами виявлялася бактеріально-вірусна інфекція (генітальні мікоплазми, уреоплазми, хламідії, епідермальний стафілокок та стрептокок групи В, вірус простого герпесу). При доплерометрії в зонах відшарування кровотоків в міометрії не був порушеним.

Отже, субхоріальні гематоми, як правило, розвиваються на тлі тромбофілічних станів та імунологічних порушень, мають менший об'єм, швидше організуються або розсмоктовуються, поєднуються з гіпоплазією хоріону та порушеннями гемодинаміки в матці, що в подальшому сприяє формуванню плацентарної дисфункції.

### **СЕКЦІЯ 10**

### **СУЧАСНА ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ ТА ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

**Bilous I.I.**

### **NEUROLOGICAL DISORDERS OF PATIENTS WITH ENDOCRINE PATHOLOGY**

*Department of Nervous Diseases, Psychiatry and Medical Psychology*

*Higher State Educational Establishment of Ukraine*

*"Bukovinian State Medical University"*

Across the globe, the attention of scientists and clinicians to the problems of etiopathogenesis of neurological disorders in endocrine diseases is increasing. The role of thyroid hormones deficiency in the development of neurological pathology is well-known. Neurological disorders make up a clinical picture for virtually all thyroid diseases, and in some cases they form a syndromic nucleus, being significantly ahead of other manifestations of the



disease. However, the issues of the connection between the two systems in the clinical picture is not paid enough attention.

To improve the effectiveness of medical care for patients with neurological disorders in those with endocrine pathology by studying pathogenetic mechanisms and clinical features in patients with thyroid gland dysfunction, taking into account non-psychotic mental disorders.

To study neurological disorders in patients with endocrine pathology. To investigate cognitive functions and emotional and personality features of patients with endocrine pathology. Patients with neurological disorders secondary to endocrine pathology. Methods: clinical-neurological and psychodiagnostic ones. In order to determine the peculiarities of cognitive functions, we used the MMSE test (Mini Mental State Examination), methods of evaluation of attention on the Schultz tables modified by Horbova F.D. and memory was tested by "Memorizing 10 words" (by Luria A.R.). To assess the personal and reactive anxiety, the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory scale, adapted by Hanin Yu.L., and the degree of depressive disorders was determined by the Beck A.T. scale.

Neurosis-like syndrome was observed in 93% of the patients under study. Patients complained of slight irritation and emotional lability. In patients with hypothyroidism secondary to AIT neurosis-like syndrome occurred in 91% of cases, in patients with hypothyroidism without AIT - in 97%. The same number of patients with subclinical and those with clinical hypothyroidism complained of high irritability and tearfulness, but it was the patients with subclinical hypothyroidism whose neurosis-like syndrome was more pronounced. The incidence in them was 90%, and in those with clinical hypothyroidism - 94%.

The level of personal anxiety that characterizes it as a character trait on the Spielberg and Hanin scale of anxiety self-esteem had no probable differences in the studied groups and was high in patients both with and without AIT, as well as in patients with varying degrees of severity of hypothyroidism. The average index of personal anxiety in patients with hypothyroidism of the thyroid gland secondary to AIT was  $55.13 \pm 9.62$  points, and in patients with hypothyroidism without AIT -  $53.09 \pm 8.24$  points. In subclinical hypothyroidism, it was  $54.90 \pm 9.10$  points, and in clinical hypothyroidism -  $55.30 \pm 9.02$  points.

The reactive anxiety allows evaluating anxiety as a transient clinical condition. It was moderate in most patients with primary hypothyroidism, regardless of its cause and severity. However, the average index of reactive anxiety was higher in patients with AIT and amounted to  $45.13 \pm 9.20$  points, and in patients with hypothyroidism without AIT -  $32.72 \pm 9.20$  points. The reactive anxiety was also more pronounced in patients with subclinical hypothyroidism and amounted to  $45,95 \pm 8,10$  points, and in patients with clinical hypothyroidism -  $33,80 \pm 8,20$  points.

Neurosis-like syndrome in patients with primary hypothyroidism was practically obligatory. Patients in most cases complained of mild irritability, tearfulness, emotional lability. In the majority of patients with primary hypothyroidism, regardless of its cause and severity, there was a high personal anxiety, and the reactive one was moderate. One of the features of neurosis-like syndrome in primary hypothyroidism is the prevalence of its manifestations in patients with autoimmune thyroiditis and in patients with subclinical hypothyroidism.

**Grinko N.V.**

## **THE SYSTEM OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR WOMEN AT HIGH RISK OF PRETERM BIRTH**

*Department of Nervous Diseases, Psychiatry and Medical Psychology  
Higher State Educational Institution in Ukraine  
"Bukovinian State Medical University"*

Threatened premature labor (TPL) is a high-risk complication in pregnancy that not only has detrimental impact to the health of pregnant women, but could also lead to neonatal death, cerebral palsy, cognitive impairment, blindness, deafness, respiratory illness, and neonatal care complications. Thus, TPL poses a significant public health issue, with implications for child and family well-being, including impact on the psychological well-being of expectant mothers and fathers. Family resilience refers to the characteristics, dimensions and properties of families, which help families to be resilient to disruption in the face of change and be adaptive in the face of crisis situations. For all families, pregnancy is a period which may potentially create additional stressors. Pregnancies complicated with TPL pose chronic stressors due to the specific pathophysiological course of TPL, thus exhausting already limited resources available to these families. Understanding the factors associated with family resilience may provide important insight into effectively support childbearing families experiencing TPL. Women will have to create a new identity as mothers and it can be quite challenging; they have to deal with physical, psychological, emotional and relationship changes in order to find a new balance.

This study was conducted in the inpatient unit for the prevention of TPL in Storozhynets regional hospital. TPL women at 28 to 37 weeks of gestation ( $n=130$ ) and the majority of their spouses ( $n=104$ ) were invited to participate in the study. Women or spouses with previous diagnosed psychiatric disorders were excluded. Four validated questionnaires were used to measure the psychological outcomes (Hamilton's Depression and Anxiety Scales HDRS and HARS; the scale of mother's attachment to the baby (Cranley M., 1993); the test of the relationship of the pregnant woman (Eidemiller E. G., Dobryakov IV, Nikolskaya I. M., 2003) - to assess the status of relations in the dyad "mother - child"; experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R) Adult Attachment questionnaire, Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A., 2000); social support rating scale SSRS) in 130 TPL women hospitalized in Storozhynets regional hospital.