



**Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет
Кафедра акушерства та гінекології № 2**

ЗБІРНИК ТЕЗ

**Всеукраїнської науково-практичної конференції
«СУЧАСНІ ПИТАННЯ АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ»**

до 220-річчя кафедри акушерства та гінекології № 2

Харківського національного медичного університету

4 квітня 2025 року



<https://doi.org/10.5281/zenodo.15423352>

Харків – 2025

УДК: 618(082)

Редакційна колегія: Лазуренко В.В., Лященко О.А., Овчаренко О.Б.,

Сафонов Р.А., Тіщенко О.М.

Збірник тез Всеукраїнської науково-практичної конференції "Сучасні питання акушерства та гінекології" до 220-річчя кафедри акушерства та гінекології № 2 Харківського національного медичного університету (Україна, Харків, ХНМУ, 04 кві 2025). Харків: ХНМУ, 2025. 70 с. DOI: 10.5281/zenodo.15423352.

У збірнику висвітлені сучасні аспекти акушерської та гінекологічної допомоги, зокрема малоінвазивні втручання в гінекології як основа збереження фертильності, міждисциплінарні питання здоров'я жінки, дискусійні питання сучасної перинатології, інноваційні напрямки розвитку репродуктології в Україні, роль молодіжної науки в медичній галузі.

Матеріали представляють науковий і практичний інтерес для акушерів, гінекологів, сімейних лікарів, лікарів-інтернів.

Редакція не відповідає за зміст тез, які представлені авторами.

ЗМІСТ

ІСТОРІЯ КАФЕДРИ АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2 ХАРКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ (до 220-річчя дня заснування) <i>Лазуренко В. В., Лященко О. А., Овчаренко О. Б.</i> м. Харків.....	7
ПІЄЛОНЕФРИТ, ЯК НАСЛІДОК БЕЗСИМПТОМНОЇ БАКТЕРІУРІЇ У ВАГІТНИХ <i>Білий Є. Є.</i> м. Харків.....	10
ВПЛИВ ГІСТЕРЕКТОМІЇ НА РОЗВИТОК МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ <i>Вдовиченко С. Ю., Забудський О. В.</i> м. Київ.....	12
ВИДАЛЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ЛАБІАЛЬНИХ СПАЙОК У ЖІНОК В ПОСТМЕНОПАУЗІ <i>Гасанова Г. Б., Луцький А. С.</i> м. Харків.....	13
ПРИНЦИПИ ПРЕКОНЦЕПЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ У ЖІНОК ІЗ БЛЮВАННЯМ ВАГІТНИХ В АНАМНЕЗІ <i>Гвоздецька Г. С., Генік Н. І., Жукуляк О. М., Смець Н. О.</i> м. Івано-Франківськ-м.Київ.....	14
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ АНОМАЛЬНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ <i>Гордієнко П. О., Афанасьєв І. В., Гаркавенко К. В.</i> м. Харків.....	17
ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ СТРЕСУ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ У ВІЙСЬКОВИХ УМОВАХ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я МАТЕРІ ТА ДИТИНИ <i>Григорян Н. А., Тищенко О. М.</i> м. Харків.....	19
ОВАРІАЛЬНИЙ РЕЗЕРВ ТА ФУНКЦІЯ ЯЄЧНИКІВ ПІСЛЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ: КЛІНІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА СТРАТЕГІЇ ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦІАЛУ <i>Енеді А. В.</i> м. Ужгород.....	21
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ ТРИВАЛЕНТНОГО ЗАЛІЗА У ВАГІТНИХ ЖІНОК ІЗ ЛАТЕНТНИМ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТОМ <i>Заздравнов А. А., Шапкін В. Є., Пасієшвілі Н. М.</i> м. Харків.....	22
ЛУБРИКАНТИ ЯК ЧИННИК РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ <i>Зионг Т. Т., Гордієнко П. О.</i> м. Харків.....	24

Висновки. Малоінвазивні гінекологічні операції можуть призводити до зниження оваріального резерву, особливо у випадках двобічних втручань та використання термічних методів гемостазу. Для мінімізації втрат фолікулярного апарату доцільним є застосування шовної зупинки кровотечі або мінімально інтенсивної електрокоагуляції. У пацієток з підвищеним ризиком рекомендовано розглядати можливість доопераційного криозбереження яйцеклітин.

Література:

1. Muzii L, Di Tucci C, Di Feliciano M, Galati G, Pecorella I, Radicioni A et al. Ovarian Reserve Reduction With Surgery Is Not Correlated With the Amount of Ovarian Tissue Inadvertently Excised at Laparoscopic Surgery for Endometriomas. *Reprod Sci.* 2019;26(11):1493-98. doi: 10.1177/1933719119828055.
2. Somigliana E, Berlanda N, Benaglia L, Viganò P, Vercellini P, Fedele L. Surgical excision of endometriomas and ovarian reserve: a systematic review on serum antimüllerian hormone level modifications. *Fertil Steril.* 2012;98(6):1531-8. doi: 10.1016/j.fertnstert.2012.08.009.
3. Kitajima M, Defrère S, Dolmans MM, Colette S, Squifflet J, Van Langendonck A, Donnez J. Endometriomas as a possible cause of reduced ovarian reserve in women with endometriosis. *Fertil Steril.* 2011 Sep;96(3):685-91. doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.06.064.
4. Sireesha MU, Chitra T, Subbaiah M, Nandeesh H. Effect of Laparoscopic Ovarian Cystectomy on Ovarian Reserve in Benign Ovarian Cysts. *J Hum Reprod Sci.* 2021 Jan-Mar;14(1):56-60. doi: 10.4103/jhrs.JHRS_94_20.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ ТРИВАЛЕНТНОГО ЗАЛІЗА У ВАГІТНИХ ЖІНОК ІЗ ЛАТЕНТНИМ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТОМ

Заздравнов А. А.¹, Шапкін В. Є.¹, Пасієшвілі Н. М.²

¹Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

²КНП ХОР «Обласний клінічний перинатальний центр», м. Харків, Україна

Латентний залізодефіцит (ЛЗД) визначається як стан, при якому виявляється дефіцит залізу в організмі на тлі нормального рівня гемоглобіну. Всесвітня організація охорони здоров'я в своїх рекомендаціях від 2021 р. пропонує використовувати в якості маркера залізодефіциту рівень сироваткового феритину <15 мкг/л.

ЛЗД виявляється щонайменше у 50 % вагітних жінок. Даний патологічний стан не відзначається яскравою симптоматикою, проте можуть спостерігатися втома, дратівливість, головний біль, випадіння волосся, пікацизм, синдром неспокійних ніг. На ці симптоми зазвичай увагу не звертають, оскільки їх можна віднести до фізіологічних змін під час вагітності. Між тим, ЛЗД у вагітної жінки може спричинити гіпертрофію плаценти, розлади з боку щитоподібної залози, збільшує ризики прееклампсії, післяпологової кровотечі та депресії, справляє негативний вплив на розвиток плоду.

На сьогоднішній день, пероральні препарати двовалентного заліза (Fe^{2+}) є найбільш ефективними засобами для усунення залізодефіциту у вагітних жінок, у тому числі й латентного, й виступають в якості препаратів вибору при даному стані. Проте, низка побічних проявів Fe^{2+} препаратів, перш за все з боку травного тракту, знижують прихильність до лікування аж до їх відміни. Між тим, заміна пероральних Fe^{2+} препаратів на менш токсичні ліки, що містять тривалентне залізо (Fe^{3+}) на наш погляд є розумною альтернативою в лікуванні ЛЗД у вагітних.

Мета роботи – дослідити ефективність пероральних Fe^{3+} та Fe^{2+} препаратів в лікуванні ЛЗД у вагітних жінок.

Матеріали та методи. Було обстежено 39 жінок в 1 триместрі вагітності з ЛЗД. Середній вік пацієнток складав $24,2 \pm 1,21$ років. Рівень феритину досліджували імунохемілюмінесцентним методом. Критерієм включення до дослідження були наявність зниженого рівня феритину сироватки крові (менше 15 мкг/л) при нормальній кількості еритроцитів та рівні гемоглобіну. В процесі статистичної обробки використовували визначення t-критерію Стьюдента.

Результати. 35 (89,7 %) з 39 жінок зі зниженим рівнем феритину мали фактори ризику залізодефіциту - короткий інтерконцепційний період, ожиріння, рясні менструації та залізодефіцитна анемія в анамнезі. Усім пацієнткам були призначені пероральні Fe^{2+} препарати (заліза сульфат або заліза фумарат) та фолієва кислота. 27 вагітних (група 1) не мали побічних явищ залізоамісної терапії. Однак, у 12 жінок (група 2) в середньому через 1-2 тижні від початку лікування виникли скарги на печію, нудоту, закрепи, відчуття дискомфорту у верхніх відділах живота. Через це Fe^{2+} препарати були замінені на Fe^{3+} препарати у вигляді полімальтозного комплексу гідроксиду заліза (рідкі та таблетовані форми, зареєстровані в Україні). Всі ліки призначались в загальноприйнятих дозуваннях. Усім пацієнткам також були надані відповідні рекомендації стосовно дієтотерапії.

Середній вміст феритину в сироватці крові до початку лікування складав $12,1 \pm 0,13$ мкг/л в групі 1 та $11,7 \pm 0,17$ мкг/л в групі 2. Статистичних розбіжностей між групами не відзначалось ($t=1,87$, $p>0,05$). Через 10 тижнів лікування досліджуваний показник в групах жінок з ЛЗД склав відповідно $56,3 \pm 8,87$ мкг/л та $61,4 \pm 11,22$ мкг/л. Розбіжностей між групами не спостерігалось ($t=0,36$, $p>0,05$). Проведена залізоамісна терапія справила позитивний вплив на метаболічний статус жінок – в усіх випадках вдалось запобігти виникненню залізодефіцитної анемії. Поряд з цим, у двох (7,4%) жінок з групи 1 та у однієї (8,3%) жінки з групи 2 рівень феритину залишився нижче 15 мкг/л, що було показанням для продовження терапії з заміною препарату заліза (сполуки заліза) на інший.

Також слід зауважити, що серед пацієнток, що отримували препарати полімальтозного комплексу гідроксиду заліза, побічних явищ їх прийому зареєстровано не було.

Висновки. Застосування пероральних препаратів тривалентного заліза у вигляді полімальтозного комплексу гідроксиду заліза у вагітних жінок з ЛЗД не поступається за своєю ефективністю класичним пероральним препаратам двовалентного заліза. Низька токсичність пероральних Fe^{3+} препаратів підвищує прихильність пацієнток із залізодефіцитом до лікування, що зменшує потенціальні акушерські ризики.