



**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

## ЗМІСТ

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

підвищує ризики тромбоемболічних ускладнень при проведенні гістерорезектоскопії, відсутності технічних можливостей та професійних навичок медичного персоналу. [1].

Тотальна гістеректомія з додатками є найбільш радикальним методом лікування АМК, як остаточний метод терапії. Показана при відсутності ефективності інших методів лікування, наявності протипоказань, відсутності у пацієнтки репродуктивних планів [2,3].

**Висновки.** Отже, метод вибору лікування АМК залежить від віку жінки, репродуктивних планів, інтенсивності крововтрати. Лікування АМК можна починати з медикаментозної терапії. Критеріями ефективності лікування є зменшення інтенсивності крововтрати (як для хронічних, так і гострих маткових кровотеч). «Золотим стандартом» діагностики та лікування АМК, викликаних структурними патологіями ендометрія, є гістерорезектоскопія. Ділятація та кюретаж не є методом вибору і використовується тоді, коли немає технічних можливостей для проведення гістерорезектоскопії. Гістеректомія є найбільш радикальним та ефективним методом лікування АМК.

#### Література:

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги №353 «Аномальні маткові кровотечі».
2. Heavy menstrual bleeding: assessment and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021 May 24. PMID: 29634173.
3. SOGC Clinical Practice Guidelines. Abnormal uterine bleeding in premenopausal women. J Obstet Gynaecol Can 2013;35(5 eSuppl):S1–S28
4. ACOG committee opinion no. 557: Management of acute abnormal uterine bleeding in nonpregnant reproductive-aged women. Obstet Gynecol. 2013 Apr;121(4):891-896. doi: 10.1097/01.AOG.0000428646.67925.9a.
5. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS; FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. Int J Gynaecol Obstet. 2011;113(1):3-13. doi: 10.1016/j.ijgo.2010.11.011.

## ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ СТРЕСУ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ У ВІЙСЬКОВИХ УМОВАХ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я МАТЕРІ ТА ДИТИНИ

*Григорян Н. А., Тищенко О. М.*

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

**Вступ.** Війна створює підвищений рівень стресу, що може негативно вплинути на здоров'я матері та плода. Тому важливо проаналізувати основні стресові фактори військового часу, їхній вплив як на психічне, так і фізичне здоров'я жінки, а також наслідки для плода.

**Мета дослідження.** Проаналізувати вплив основних стресових чинників в умовах війни на психоемоційний стан, гормональний баланс і серцево-судинну систему вагітної та породіллі, на розвиток дитини, а також вивчити методи підтримки вагітних у кризових умовах.

**Матеріал і методи.** Було проведено анонімне анкетування за допомогою опитувальників «Единбурзька шкала оцінки післяпологової депресії» та Generalized Anxiety Disorder-7 серед 74 вагітних жінок та 107 породіль у прифронтівій зоні. Критеріями оцінки були рівень стресу, фізичний та емоційний стан і доступ до медичної допомоги. Також було проведено оцінку рівня кортизолу в крові вагітних та породіль за допомогою

імуноферментного аналізу. Статистична обробка матеріалу проведена за допомогою методу Ст'юдента. Також проведено аналіз світової літератури щодо наслідків пренатального стресу.

**Результати дослідження.** Стрес під час вагітності може мати серйозний вплив на здоров'я матері та плода. Зокрема, під впливом стресу підвищується рівень кортизолу, що може порушити стабільність вагітності. Високий рівень адреналіну звужує судини, що знижує кровопостачання плаценти, що може призвести до гіпоксії плода. Хронічний стрес підвищує ризик гіпертонії та прееклампсії у вагітних, а зниження кровопостачання може спричинити гіпоксію плода. Стрес також ослаблює імунітет жінки. Психологічні наслідки включають депресію та посттравматичний стресовий розлад, підвищену тривожність, післяпологову депресію. Стресові гормони можуть збільшити ризик низької ваги при народженні [1]. Також підвищеним є ризик передчасних пологів, викидня. Хронічний стрес може впливати на формування мозку плода, викликаючи проблеми з емоційною регуляцією в майбутньому. Підвищений рівень кортизолу може спричинити гіперактивність і тривожність у дітей. Дослідження також вказують на генетичні зміни у дітей, народжених в умовах війни, які можуть впливати на їхню стресостійкість у дорослому віці. Стрес у матері під час вагітності може впливати на досягнення дитиною важливих етапів когнітивного розвитку [2].

#### **Результати опитування вагітних**

- За результатами опитування найчастіше зустрічалися скарги, що все дратує (60%), у кожній другій - хвилювання та паніка і у кожній третій - засмучення та звинувачування себе.
- 85% респонденток повідомили про високий рівень стресу.
- 40% жінок у зоні бойових дій не мали доступу до регулярного медичного обстеження.
- 30% опитаних мали підвищений тиск або симптоми прееклампсії.
- 25% дітей, народжених у цих умовах, мали низьку вагу при народженні.
- 80% мали рівень кортизола в крові в 1,7 разів вище норми
- За результатами опитування за опитувальником «Единбурзька шкала оцінки післяпологової депресії» 20% мали ознаки післяпологової депресії

Під час війни важливо забезпечити вагітним підтримку для подолання стресу. Медична підтримка включає доступ до онлайн-консультацій з лікарями, а також збалансоване харчування і медикаментозну допомогу. Психологічна підтримка передбачає індивідуальні та групові консультації, техніки релаксації. Соціальна підтримка включає організацію груп підтримки та забезпечення безпечних умов для жінок у кризових регіонах.

**Висновки.** Війна створює великий рівень стресу для вагітних жінок, що негативно впливає на їх фізичний та емоційний стан. Хронічний стрес підвищує ризик ускладнень, таких як прееклампсія, передчасні пологи та низька вага дитини. Діти, народжені в умовах постійного стресу матері, можуть мати неврологічні та емоційні порушення в майбутньому. Медична, психологічна та соціальна підтримка є важливими для зниження негативного впливу стресу. Окрім того, необхідно розробити спеціальні програми для підтримки вагітних жінок у кризових умовах.

**Література:**

1. Matsas A, Panopoulou P, Antoniou N, Bargiota A, Gryparis A, Vrachnis N, et al. Chronic Stress in Pregnancy Is Associated with Low Birth Weight: A Meta-Analysis. *J Clin Med.* 2023;12(24):7686. doi: 10.3390/jcm12247686.
2. Jagtap A, Jagtap B, Jagtap R, Lamture Y, Gomase K. Effects of Prenatal Stress on Behavior, Cognition, and Psychopathology: A Comprehensive Review. *Cureus.* 2023 Oct 14;15(10):e47044. doi: 10.7759/cureus.47044.

**ОВАРІАЛЬНИЙ РЕЗЕРВ ТА ФУНКЦІЯ ЯЄЧНИКІВ ПІСЛЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ: КЛІНІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА СТРАТЕГІЇ ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦІАЛУ**

*Енеді А. В.*

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

**Вступ.** Збереження оваріального резерву є ключовим аспектом у пацієнок репродуктивного віку, особливо в контексті лапароскопічних втручань на яєчниках. Незважаючи на численні переваги малоінвазивної хірургії, подібні втручання можуть супроводжуватися частковою втратою функціональної оваріальної тканини, що суттєво впливає на фертильний потенціал жінки. Особливої уваги потребують методики, які дозволяють мінімізувати операційну шкоду для фолікулярного апарату.

**Мета роботи.** Оцінити вплив лапароскопічних операцій на оваріальний резерв, проаналізувати методики зниження операційної травми яєчників та обґрунтувати доцільність застосування кріоконсервації яйцеклітин у пацієнок з підвищеним ризиком втрати фертильності.

**Матеріали і методи дослідження.** На базі гінекологічного відділення КНП «Ужгородська міська багатопрофільна лікарня» у 2023–2024 рр. проведено проспективне обсерваційне дослідження, у яке включено 36 пацієнок віком 21–38 років, яким виконано лапароскопічні втручання з приводу ендометріюїдних та дермоїдних кіст яєчників. До та через 3 місяці після операції у пацієнок оцінювали рівень антимюлерівського гормону (АМГ), рівень фолікулостимулюючого гормону (ФСГ) у ранню фолікулярну фазу, а також кількість антральних фолікулів (АFC) за даними трансвагінального УЗД. Окремо проаналізовано випадки застосування кріоконсервації ооцитів перед хірургічним втручанням.

**Результати.** У післяопераційному періоді спостерігалось статистично значуще зниження рівня АМГ у 89% пацієнок, середнє зниження становило 33,8% ( $p < 0,05$ ). Найбільші втрати оваріального резерву виявлено у пацієнок з білатеральним ураженням (середнє зниження АМГ – 45%). Встановлено кореляцію між тривалістю біполярної коагуляції та ступенем зниження АМГ. Використання гемостазу шовним методом дозволяло зберегти функціональну активність тканини яєчника краще, ніж коагуляційні техніки. У 4 пацієнок було проведено доопераційне кріозбереження яйцеклітин; у післяопераційному періоді в них спостерігалось суттєве зниження оваріального резерву, однак завдяки збереженим ооцитам, перспективи щодо репродуктивної функції залишилися оптимістичними.