

Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет

**ІННОВАЦІЙНІ ПИТАННЯ В
АКУШЕРСТВІ ТА ГІНЕКОЛОГІЇ**

Матеріали

*VI Міжнародної науково-практичної
конференції*



Харків

ХНМУ

2025

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІННОВАЦІЙНІ ПИТАННЯ В АКУШЕРСТВІ ТА ГІНЕКОЛОГІЇ

Матеріали

VI Міжнародної науково-практичної конференції

(м. Харків, 24 жовтня 2025 р.)

Харків

ХНМУ

2025

Редакційна колегія:

В.В. М'ясоєдов – ректор ХНМУ, професор,

О.А Наконечна – проректор з наукової роботи ХНМУ, професор,

М.О. Щербина – завідувач кафедри акушерства та гінекології №1 ХНМУ, професор,

О.В. Мерцалова – професор кафедри акушерства та гінекології №1 ХНМУ,

Л.В. Потапова – професор кафедри акушерства та гінекології №1 ХНМУ,

О.М. Аралов – доцент кафедри акушерства та гінекології №1 ХНМУ.

I67 Інноваційні питання в акушерстві та гінекології: матеріали VI Міжнар. наук.- практик. конф. (м. Харків, 24 жовт. 2025р.) / Ред. колегія В.В. М'ясоєдов, О.А Наконечна, М.О. Щербина, та ін. Харків: ХНМУ, 2025. 73 с.

У збірці зібрані статті та тези як досвідчених, так і молодих вчених України та зарубіжжя. Висвітлені актуальні питання сучасних напрямків розвитку охорони здоров'я матері та дитини як важливої ланки у вирішенні демографічної державної програми.

Збірник розрахований на акушерів-гінекологів, педіатрів, сімейних лікарів, а також на викладачів вищих навчальних медичних закладів.

УДК 618(082)

Конференція зареєстрована в Державній науковій установі «Український інститут науково-технічної експертизи та інформації» МОН України.

Посвідчення № 375 про реєстрацію проведення заходу від 07.04.2025 р.

Оргкомітет не несе відповідальності за зміст опублікованих тез

© Харківський національний медичний університет, 2025

© В.В. М'ясоєдов, О.А Наконечна,

М.О. Щербина та ін., 2025

Вигівська Л.А., Гасанова Гулчін Бакір кизи
ВПЛИВ РІВНЯ ЕСТРОГЕНУ НА ВИНИКНЕННЯ МІГРЕНІ

Харківський національний медичний університет,
кафедра акушерства, гінекології, дитячої гінекології та медичної генетики,
м. Харків, Україна

Вступ

Мігрень – це вид головного болю, що характеризується сильною пульсацією, часто з одного боку голови. Симптоми включають нудоту, блювоту, фото- і фонофобію [1]. У всьому світі мільйони пацієнтів страждають на мігрень. Мігрень не тільки більш поширена серед жінок порівняно з чоловіками (18% проти 6%), а й характеризується більшою інтенсивністю й тривалістю [2]. Така статистика свідчить про можливість взаємозв'язку між рівнем естрогену і виникнення нападів мігрені.

Мета

Визначити особливості впливу рівня естрогену на виникнення мігрені.

Матеріали та методи

Дослідження проводили шляхом аналізу наукових закордонних літературних джерел, а також використовуючи наукометричну базу «PubMed».

Результати та обговорення

Необхідно зазначити, що патогенез мігрені є складним процесом, який включає взаємодію нейроваскулярних, нейроімунних і гормональних факторів, що призводять до активації больових шляхів у мозку й периферичній нервовій системі. У різних дослідженнях [3] зазначено, що серотонін є основною з причин виникнення мігрені. Він звужує нервові закінчення, розширює кровоносні судини та, як наслідок, викликає біль. Було з'ясовано, що падіння рівня естрогену призводить до зниження рівня серотоніну, впливаючи на його метаболізм, що в результаті може спричинити мігрень.

Зв'язок естрогену з мігренню вперше продемонстрував Сомервілл у 1972 році [2], пояснивши менструальну мігрень. Йому вдалося відтермінувати напади менструальної мігрені до 9 днів, лікуючи учасниць додатковим естрогеном. Він

зазначив, що мігрень особливо сильно проявлялася, коли рівень естрадіолу падав нижче за 45–50 пг/мл. Дослідник дійшов висновку, що естроген відіграє важливу роль у виникненні менструальної мігрені і що відміна естрогену під час менструації є основним тригером. Дослідження інших учених показують, що фізіологічні коливання рівня естрогену можуть відігравати певну роль у патогенезі мігрені. У роботі Прінгсхайма [2] було обстежено 50 трансгендерних осіб, які перейшли з чоловіка на жінку, приймали антиандрогенну й естрогенну терапію і мали мігрень в анамнезі. Науковець з'ясував, що поширеність мігрені в трансгендерних осіб (26%) була значно вищою, ніж у цисгендерних чоловіків (7,5%) у популяції ($p < 0,05$), але суттєво не відрізнялася від поширеності мігрені в цисгендерних жінок (25%). Ці результати свідчать про те, що естроген може бути причинним фактором патогенезу мігрені.

Висновки

Проаналізувавши літературні джерела, ми дійшли висновку, що виникнення мігрені пов'язане з фізіологічним зниженням рівня естрогену перед менструацією і демонструє прямий зв'язок між гормональним фоном і цією хворобою.

Література

1. Ahonen, D., & Kwegyir-Afful, G. K. (2021). *Current knowledge about the influence of estrogen on migraine among women in their reproductive age* [Bachelor's thesis, Novia University of Applied Sciences]. Theseus. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/511387/THESIS%20FINAL.pdf?sequence=2>
2. Reddy N, Desai MN, Schoenbrunner A, Schneeberger S, Janis JE. The complex relationship between estrogen and migraines: a scoping review. *Syst Rev.* 2021 Mar 10;10(1):72. doi: 10.1186/s13643-021-01618-4. PMID: 33691790; PMCID: PMC7948327.
3. Aggarwal M, Puri V, Puri S. Serotonin and CGRP in migraine. *Ann Neurosci.* 2012 Apr;19(2):88-94. doi: 10.5214/ans.0972.7531.12190210. PMID: 25205974; PMCID: PMC4117050.

Вигівська Л.А., Петренко А.І.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ПРЕЕКЛАМПСІЇ У ВАГІТНИХ

Харківський національний медичний університет,

кафедра акушерства, гінекології, дитячої гінекології та медичної генетики,

м. Харків, Україна

Вступ

Прееклампсія (ПЕ) – одна з провідних причин материнської та перинатальної захворюваності і смертності у світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щороку у світі реєструється понад 70 000 випадків материнської смерті, пов'язаних з ПЕ та еклампсією. Це мультифакторіальне захворювання, що характеризується системною ендотеліальною дисфункцією, гіпертензією й ураженням органів-мішеней, які виникають після 20-го тижня вагітності [1,5].

Незважаючи на значні досягнення в діагностиці та лікуванні, ефективна профілактика залишається ключовим завданням сучасного акушерства. Вона ґрунтується на ранньому виявленні груп ризику, вживанні низькодозового аспірину та використанні біомаркерів і комбінованих скринінгових моделей.

Мета

Проаналізувати сучасні підходи до профілактики прееклампсії з урахуванням рекомендацій міжнародних організацій, результатів великих рандомізованих клінічних досліджень і перспектив застосування біомаркерів для прогнозування ризику розвитку ПЕ.

Матеріали та методи

Було проведено огляд літератури з досліджуваної проблеми. Для пошуку інформації використано клінічні рекомендації (ACOG, USPSTF, FIGO, NICE, WHO), рандомізовані контрольовані дослідження, метааналізи баз даних «PubMed», «Cochrane Library», «Embase» і «Scopus» за період 2015–2025 рр.

Результати та обговорення

Починаючи з кінця минулого століття, потенційним засобом для профілактики ПЕ вважається аспірин завдяки його здатності інгібувати тромбоксан А2 та відновлювати баланс між вазоконстрикцією й вазодилатацією в

плацентарному кровотоці, що зменшує судинну резистентність.

Згідно з USPSTF (2021), низькодозовий аспірин (81–150 мг/добу) рекомендовано вагітним з високим ризиком розвитку ПЕ, включно з жінками, які мають в анамнезі ПЕ, хронічну артеріальну гіпертензію, прегестаційний цукровий діабет 1-го чи 2-го типу, захворювання нирок, аутоімунні захворювання або багатоплідну вагітність. Оптимальний час початку терапії – з 12-го тижня вагітності і до пологів [2,6].

Дослідження ASPRE (Aspirin for Evidence-Based Preeclampsia Prevention) продемонструвало, що застосування 150 мг аспірину щовечора з 11–14-го по 36-й тиждень вагітності знижує частоту прееклампсії раннього початку на 60% [3]. Подальші метааналізи підтвердили, що профілактичний ефект аспірину є дозозалежним і найбільш виражений при дозуванні ≥ 100 мг [4].

Водночас NICE (2023) та FIGO (2021) наголошують, що аспірин має призначатися не всім вагітним, а лише тим, у кого наявні достовірно визначені фактори ризику за результатами комбінованого скринінгу [5,6].

Окрім застосування аспірину, сучасний підхід до профілактики ПЕ передбачає ранню ідентифікацію жінок з високим ризиком її розвитку.

Модель «Fetal Medicine Foundation» (FMF) поєднує материнські клінічні дані, середній артеріальний тиск, індекс пульсації маткових артерій (UtA-PI), скоригований за значеннями другого триместру, рівні біохімічних маркерів (PAPP-A, PlGF) й обчислює індивідуальний ризик розвитку ПЕ [7].

Згідно з деякими дослідженнями, використання комбінованого скринінгу в 11–13+6 тижнів дає змогу виявити до 90% випадків прееклампсії раннього початку при 10% хибнопозитивних результатів. Такий підхід є основою для таргетованого призначення аспірину, що підвищує ефективність профілактики [8].

Патогенез ПЕ тісно пов'язаний з дисбалансом ангіогенетичних факторів: підвищенням рівня антиангіогенного фактора sFlt-1 та зниженням плацентарного ростового фактора (PlGF). Їх співвідношення стало надійним біомаркером для раннього прогнозування та виключення ПЕ. Дослідження Zeisler et al. довело, що значення sFlt-1/PlGF < 38 практично виключає розвиток ПЕ протягом найближчих

7 днів з негативною прогностичною цінністю понад 95% [9].

Основа сучасної концепції профілактики ПЕ полягає в поєднанні виявлення груп ризику й індивідуального підходу до кожної вагітної.

FIGO (2021) і NICE (2023) рекомендують алгоритм, за якого після скринінгу в першому триместрі жінки з високим ризиком розвитку ПЕ отримують низькодозовий аспірин до 36-го тижня вагітності. У поєднанні з контролем артеріального тиску, коригуванням маси тіла та моніторингом біомаркерів це сприяє зниженню частоти виникнення ПЕ раннього початку на 60–70%. Додатково рекомендовано оптимізувати харчування, контролювати глікемію та лікувати супутню екстрагенітальну патологію [5,6].

Незважаючи на перспективність сучасних стратегій профілактики, є певні перешкоди для їх впровадження, такі як обмежена доступність біомаркерного тестування (PlGF, sFlt-1) у низькоресурсних регіонах; відсутність єдиних протоколів дозування аспірину; недостатня обізнаність лікарів первинної ланки щодо сучасних алгоритмів стратифікації ризику.

Висновки

Проаналізувавши літературу, можна сказати, що профілактика преєклампсії має базуватися на індивідуальному підході для виявленні ризику вже в першому триместрі вагітності. Застосування низькодозованого аспірину, призначеного з 12-го тижня вагітності, достовірно знижує ризик виникнення ПЕ раннього початку, а комбіновані моделі скринінгу, що включають клінічні фактори, ультразвукові показники та біомаркери (PlGF, sFlt-1/PlGF), є найефективнішим методом прогнозування.

Література

1. Preeclampsia: Pathophysiology, Challenges, and Perspectives [Електронний ресурс] // Circulatory Research. — 2019 Mar. — 2019;124(7). Режим доступу: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCRESAHA.118.313276>
2. Aspirin Use to Prevent Preeclampsia and Related Morbidity and Mortality [Електронний ресурс] // USPSTF — 2021. — 326(12):1186–1191. Режим доступу: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2784499>

3. Aspirin versus placebo in pregnancies at high risk for preterm preeclampsia. [Электронный ресурс] // N Engl J Med. — 2017. — 377(7):613–622. Режим доступа: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1704559>
4. Aspirin for the prevention of preterm and term preeclampsia: systematic review and metaanalysis [Электронный ресурс] // Am J Obstet Gynecol. — 2018 Mar. — 218(3):287–293. Режим доступа: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(17\)32326-8/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(17)32326-8/fulltext)
5. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention [Электронный ресурс] // Int J Gynaecol Obstet. — 2019 May. — 145(Suppl 1):1–33. Режим доступа: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.12802>
6. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management [Электронный ресурс] // National Institute for Health and Care Excellence (NICE). — 2019 Jun. Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546004/>
7. Performance of a first-trimester combined screening for preterm preeclampsia in the United States population using the Fetal Medicine Foundation competing risks model [Электронный ресурс] // Am J Obstet Gynecol MFM. — 2025 Sep. — 29:101803. Режим доступа: [https://www.ajogmfm.org/article/S2589-9333\(25\)00202-2/abstract](https://www.ajogmfm.org/article/S2589-9333(25)00202-2/abstract)
8. Accuracy of competing-risks model in screening for pre-eclampsia by maternal factors and biomarkers at 11–13 weeks' gestation [Электронный ресурс] // Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. — 2017 Jan. — 49(6)6:751-755. Режим доступа: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.17399>
9. Predictive Value of the sFlt-1:PlGF Ratio in Women with Suspected Preeclampsia [Электронный ресурс] // N Engl J Med. — 2016. — 374(1):13–22. Режим доступа: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1414838>

Вигівська Л.А., Ракитянський І.Ю.

ЕХОГРАФІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА В МОЛОДИХ ЖІНОК З НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Харківський національний медичний університет,

кафедра акушерства, гінекології, дитячої гінекології та медичної генетики,

м. Харків, Україна

Вступ

У літературних джерелах останнім часом багато уваги приділяється патології сполучної тканини (СТ) у формуванні певних захворювань [М. Т. Su et al., 2011]. Увагу вчених спрямовано на дослідження проблем спадкових порушень і захворювань сполучної тканини. Окремий інтерес викликає вплив СТ на формування й перебіг патологічних процесів [Н. М. Lorenz, 2013]. Дисплазія сполучної тканини (ДСТ) – це термін, який використовують для описання патології СТ. Генетично обумовлені зміни фібрилогенезу позаклітинного матриксу стають причиною розладів гомеостазу на всіх рівнях людського організму, що призводить до функціональних й органічних порушень в органах і системах [N. Stollery, 2013]. Захворювання сполучної тканини поділяються на диференційовані і недиференційовані [N. Stollery, 2013]. Диференційована ДСТ (ДДСТ) характеризується певним типом успадкування, має певну клінічну картину, яка супроводжується генними або біохімічними розладами. Недиференційована ДСТ (НДСТ) має набір фенотипових ознак, відсутніх за ДСТ. За даними деяких авторів, НДСТ виникає у 80% людей молодого віку та переважає у жіночій статі.

Мета

Визначити ехографічні характеристики органів малого таза в молодих жінок з недиференційованою сполучнотканинною дисплазією.

Матеріали та методи

Дослідження проведено на клінічній базі кафедри акушерства, гінекології, дитячої гінекології та медичної генетики ХНМУ. Обстежено 90 молодих жінок, розподілених на дві клінічні групи. I клінічна група (основна – ОГ) – 60 пацієнток з НДСТ, II клінічна група (контрольна – КГ) – 30 здорових молодих жінок.

Пацієнтки ОГ та КГ звернулися для проходження профілактичного огляду до лікаря-акушера-гінеколога. Пацієнтки, які взяли участь у дослідженні, надали письмову інформовану згоду на використання отриманих результатів у наукових цілях, відповідно до етичних принципів Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації (остання редакція). НДСТ визначали за фенотиповими ознаками та рівнем 5-оксипроліну в сечі. Ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого таза (ОМТ) проводили за допомогою ультразвукового сканера «MINDRAY M7» (Китай) з використанням трансабдомінального датчика 3,5 МГц і трансвагінального датчика 6,5–7 МГц. При проведенні УЗД ОМТ оцінювали розміри тіла та шийки матки, структуру міометрія, товщину й ехоструктуру ендометрія, стан яєчників. Статистичні дані обробляли за допомогою пакета програм загального призначення «Statistica 6,0».

Результати та обговорення

У пацієнток КГ ехографічна характеристика органів малого таза була в межах вікової норми, патологічні зміни відсутні. В ОГ було виявлено такі зміни: гіпоплазія матки – у 12 (20%) пацієнток, ретроверсія матки – у 15 (25%), сідлоподібна матка – у 9 (15%), двоорога матка – у 7 (11,6%), подвоєна матка – у 2 (3,3%), одноорога матка – у 3 (5%), мультифолікулярні зміни яєчників – у 18 (30%) осіб. У 12 (20%) пацієнток спостерігалось поєднання мультифолікулярних яєчників зі змінами з боку матки.

Висновки

Ехографічна характеристика органів малого таза в жінок з НДСТ свідчить про часті структурні зміни з боку матки та яєчників, що підтверджує вплив дисплазії на розвиток репродуктивної системи молодих жінок. Отримані дані зумовлюють необхідність проведення поглибленого моніторингу таких пацієнток щодо профілактики порушень їхнього репродуктивного здоров'я.

Гайструк Н.А.¹, Вакуленко Л.О.², Гайструк А.Н.¹

СТАТЕГІЧНІ ПЕРСПЕКТИВИ СПІВПРАЦІ АКУШЕР-ГІНЕКОЛОГІВ ТА НЕВРОЛОГІВ ДЛЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ В УМОВАХ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ. КОНЦЕПЦІЯ ЛІКУВАННЯ

¹Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,
кафедра акушерства і гінекології № 2,

м. Вінниця, Україна

²МЦ «МЕДЛАЙТ»,

м. Київ, Україна

Вступ

Хронічний психофізичний стрес часто супроводжується змінами метаболізму мінералів — зокрема зниженням запасів Mg^{2+} , що відіграє важливу роль у регуляції нейрональної збудливості, функції міоцитів і судинного тонуусу. У жінок додатково діють гормональні коливання й фізіологічні навантаження під час вагітності, що змінюють потреби та екскрецію магнію. Ці фактори зумовлюють підвищений ризик неконтрольованої нейрональної збудливості і судомних проявів — від менструальної мігрені й ПМС до серйозних ускладнень, таких як прееклампсія/еклампсія, мігренозний інфаркт головного мозку. Профілактика і лікування потребують інтегрованого підходу акушер-гінеколога і невролога.

Мета

Розробити патогенетично обґрунтовані комплекси системи профілактики і лікування зважаючи на складності багатогранного і складного механізму розвитку ускладнень при хронічному стресі у жінок різних вікових груп, особливо у вагітних.

Матеріали та методи

Ретельно зібрано анамнестичні дані, проведено біохімічні дослідження (визначено рівня магнію в крові), інструментальні методи, статистичної обробки, анкетувальні методи, ретроспективна обробка отриманих результатів.

Результати та обговорення

Розглядаються взаємозв'язки між хронічним стресом, дефіцитом магнію

(Mg²⁺) і підвищеною судомною готовністю у жінок у різні репродуктивні періоди (менструальний цикл, вагітність, післяпологовий період, клімактерій). Показано патогенетичні механізми: вплив стресу на гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникову вісь (НРА), підвищення втрат Mg²⁺ та нейрональний дисбаланс між збуджуючими (глутамат) і гальмівними (GABA) процесами. Наведені клінічні наслідки — від підвищеної тривожності та мігренозного нападу до тяжких станів, як-то прееклампсія/еклампсія, мігренозний інфаркт головного мозку. Описано практичну модель міждисциплінарної роботи акушер-гінеколога та невролога: скринінг ризику, діагностика дефіциту Mg, алгоритми замісної терапії (харчова орієнтація, пероральні добавки, біорегуляційні препарати Ньюрексан для розрешення гострого стресу та Нервохеель для лікування хронічного стресу, парентеральне введення MgSO₄ при еклампсії), а також поведінкові та психотерапевтичні втручання для зниження хронічного стресу. На основі сучасних рекомендацій пропонуються клінічні протоколи та напрями подальших досліджень.

Висновки

1. Зв'язок між хронічним стресом, втратою магнію і судомною готовністю — важлива й клінічно значуща проблема для жіночого здоров'я.
2. Інтегрована модель, де акушер-гінеколог забезпечує ранній скринінг і попередню корекцію, а невролог — спеціалізовану діагностику й ведення неврологічних проявів, є необхідною для покращення якості життя сучасних жінок, зменшення материнської і перинатальної захворюваності.
3. Особливу увагу слід приділяти вагітним із високим ризиком прееклампсії/еклампсії: швидке застосування MgSO₄, чіткий протокол і мультидисциплінарна координація рятують життя.

Гайструк Н.А, Дубас Л.Г, Гайструк А.Н.

МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ БАГАТОВОДДІ У ВАГІТНИХ
ПІД ВПЛИВОМ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ ТА ІНФЕКЦІЙНИХ РИЗИКІВ:
ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова,
кафедра акушерства і гінекології № 2,
м. Вінниця, Україна

Вступ

Сучасні реалії — затяжна, виснажлива війна, поява нових штамів коронавірусу COVID-19 (зокрема варіантів «Omicron Nimbus» та субваріанту «Stratus» (XFG)), а також зростання кількості інфекційних захворювань, — поставили перед науковцями завдання переосмислити ускладнення вагітності в умовах ковідної агресії воєнного часу.

У нинішніх умовах тривожність набуває характеру постійного психоемоційного фону в житті більшості українців. Згідно з результатами дослідження Н. М. Сидорової, проведеного у місті Дніпро у 2022 році, у перші тижні повномасштабного вторгнення підвищений рівень тривоги відзначали близько 75% опитаних: у 38% спостерігалася помірна або виражена тривога, у 37% — легка (Юр'єва та співавт., 2022). Упродовж останніх п'яти років фіксується тенденція до зростання частоти психоемоційних розладів і перинатальної патології серед вагітних із наявною екстрагенітальною патологією.

Вагітні жінки належать до найбільш уразливої категорії пацієнтів, оскільки в умовах воєнного часу зазнають тривалого психоемоційного навантаження, що спричиняє гормональний дисбаланс та зниження адаптаційних можливостей організму. Інфекція COVID-19, характеризуючись високою вірулентністю та агресивністю перебігу, ускладнює перебіг вже існуючих мікст-інфекцій, що значно підвищує ризик розвитку акушерських і перинатальних ускладнень.

Мета

Розробити патогенетично обґрунтовані комплекси системи профілактики і лікування зважаючи на складності багатогранного і складного механізму розвитку

ускладнень при багатоводді в реаліях воєнного часу та активації нових штамів COVID-19.

Матеріали та методи

Ретельно зібрано анамнестичні дані, проведено біохімічні дослідження (визначено рівень фактору росту ендотелію судин людини (VEGF), активність ксантиноксидази, супероксиддисмутази, вміст малонового діальдегіду та карбонільних груп протеїнів), інструментальні методи, статистичної обробки, анкетувальні методи, ретроспективна обробка отриманих результатів.

Результати та обговорення

Проводилось лікування препаратами, які мають саме головне безпечність і ефективність у вагітних з багатогранним та складним механізмом розвитку ускладнень при багатоводді з урахуванням ризику активації інфекції в умовах довготривалого стресу. Було використано в лікуванні вагітних жінок з ускладненнями біорегуляційні препарати, такі як Нервохеель і Ньюрексан, які проявляють седативний вплив без когнітивних побічних ефектів. З протисудомних препаратів був використаний біорегуляційний препарат спаскупрель. Ці препарати в комбінації між собою усували спазми в органах гладенької мускулатури матки, спастичність поперечносмугастої мускулатури (міогельоз, затвердіння м'язів), розлади сну, підвищену нервову збудливість.

Використано препарат Лімфоміозот, який є безпечним у лікуванні, має дренажну функцію та покращує відтік лімфи з усіх органів і тканин, має дезінтоксикаційну, антиексудативну, імунокоригуючу, протизапальну дію, яка базується на активації захисних сил організму і нормалізації порушених функцій за рахунок речовин рослинного, мінерального та тваринного походження, які входять до складу препарату.

Створено патент № 117206 від 26.06.2017 «Спосіб лікування дистресу плода у вагітних з багатоводдям». Де використання лімфоміозоту з тівортіном в комбінації дає кращі результати і ця комбінація є більш безпечною.

Створено та запатентовано 18.08.25 унікальний авторський опитувальник «У фокусі стрес». Діагностичний авторський опитувальник для вагітних групи ризику

із багатоводдям з метою оптимізації сучасної профілактики і лікування дистресу плода».

Хронічний психоемоційний стрес у вагітних із багатоводдям є незалежним предиктором ускладнень з боку плода, особливо у вигляді фетального дистресу. Існуючі методи діагностики не враховували психоемоційний компонент, що призводило до пізнього виявлення ризиків.

Авторський діагностичний опитувальник заповнює цю прогалину, пропонуючи простий, стандартизований та клінічно значущий інструмент первинного скринінгу. Його застосування дозволяє реалізувати персоналізований підхід до моніторингу вагітних групи ризику та сприяє попередженню дистресу плода через вчасне психоакушерське втручання.

Висновки

1. В основі ефективності лікувального процесу вагітної жінки в реаліях воєнного часу повинна бути розроблена система лікувально-профілактичних заходів, яка зважаючи на причини хвороби, принципи її перебігу, допомагає оптимізувати строки одужання та відновлення здоров'я жінки. ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ концепції включає в себе розуміння складності та сутності захворювання, що дозволяє створити основу безпечного підходу до невідкладної терапії.

2. Подальші дослідження мають бути спрямовані на поглиблене вивчення взаємозв'язку між психоемоційним станом вагітних та розвитком акушерських і перинатальних ускладнень в умовах воєнного часу. Перспективним є створення мультидисциплінарних програм моніторингу вагітних групи ризику, що поєднують клінічні, біохімічні, психометричні та соціально-психологічні методи оцінки.

Важливим напрямом подальших розробок є удосконалення біорегуляційних схем терапії з використанням препаратів, безпечних для вагітних, а також впровадження індивідуалізованих підходів до профілактики та лікування дистресу плода.

3. Доцільним також є розширення практичного застосування авторського

опитувальника «У фокусі стрес» для ранньої діагностики психоемоційного напруження у вагітних із багатоводдям та апробація нових психокорекційних і реабілітаційних методик.

У перспективі отримані результати можуть стати основою для створення національних клінічних рекомендацій щодо ведення вагітних в умовах хронічного стресу, пандемічних та воєнних ризиків.

Демиденко О.Д., Кумар Анжелі, Лісовіна Л.О.

ПОРІВНЯННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ
ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ В МІЖНАРОДНИХ РЕКОМЕНДАЦІЯХ ТА
УКРАЇНСЬКИХ ПРОТОКОЛАХ

Харківський національний медичний університет,
кафедра акушерства та гінекології № 1,
м. Харків, Україна

Вступ

Синдром полікістозних яєчників вражає приблизно 6-13 % жінок репродуктивного віку, причому до 70 % випадків залишаються не діагностованими (за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я) [1]. Згідно мета-аналізу 35 досліджень [2], хвороба вражає близько 9,2 % жінок в світі. Синдром полікістозних яєчників є складним нейроендокринним розладом, що залишається найпоширенішою причиною ановуляторного безпліддя та гіперандрогенії у молодих жінок. Сучасне ведення пацієнток ґрунтується на принципах доказової медицини, персоналізації лікування та робить акцент на довгостроковій профілактиці ускладнень.

Мета

Дослідити сучасні підходи до діагностики та лікування синдрому полікістозних яєчників у молодих жінок.

Матеріали та методи

Ми провели порівняльний аналіз українського клінічного протоколу з ведення синдрому полікістозних яєчників [5] та сучасних міжнародних настанов

[1-4, 6-8]. У роботі використали описовий та аналітичний методи для зіставлення підходів до діагностики (Роттердамські критерії, ультразвукові параметри, біохімічні показники), скринінгу супутніх ризиків (метаболічних, серцево-судинних, психоемоційних), модифікації способу життя, гормональної терапії, застосування метформіну, а також методів індукції овуляції. Серед джерел, на які ми спиралась в ході дослідження були офіційний наказ МОЗ України та ключові міжнародні рекомендації [3,7,1], а також оглядові та мета-аналітичні публікації провідних наукових журналів.

Результати та обговорення

Українські протоколи [5] в діагностиці спираються на Роттердамські критерії, тобто для встановлення діагнозу має бути щонайменше дві з трьох ознак: оліго-/ановуляція, клінічна або біохімічна гіперандрогенія, полікістозні яєчники за даними ультразвукового дослідження. Для біохімічної гіперандрогенії визначено, що тестостерон має бути більший від 2,7 нмоль/л, класичним же ультразвуковим критерієм є наявність 12 або більше фолікулів.

Міжнародні рекомендації [3,4,6] також базуються на критеріях Роттердама, але наголошують на необхідності обов'язкової гіперандрогенії для підвищення специфічності діагностики [3,7]. Крім того, сучасні документи [3,4] уточнюють ультразвукові критерії, пропонуючи підвищити поріг кількості фолікулів (20 та більше) і враховувати вік пацієнтки.

Щодо скринінгу супутніх ризиків, МОЗ [5] рекомендує контроль глікемії, ліпідного профілю та артеріального тиску; при ожирінні чи надмірній масі тіла робити пероральний глюкозотолерантний тест, повторюючи його кожні два роки.

Міжнародні документи [1,2,8] надають ширший список: скринінг на інсулінорезистентність, дисліпідемію, неалкогольну жирову хворобу печінки, а також наголошують на моніторингу психічного здоров'я (депресія, тривожність, розлади харчової поведінки) у всіх жінок із синдромом полікістозних яєчників незалежно від маси тіла.

І міжнародні, і українські документи визнають зміну способу життя основою менеджменту синдрому полікістозних яєчників. Втрата 5–10% маси тіла покращує

овуляцію, регулярність циклу та метаболічний профіль. [3,4,5,7]

Міжнародні настанови [1,4] наголошують на універсальності цієї рекомендації для всіх пацієнток, однак МОЗ [5] робить акцент переважно на жінках із надмірною вагою.

Щодо гормональної терапії та контролю гіперандрогенії, в обох випадках препаратами вибору є комбіновані оральні контрацептиви з антиандрогенними властивостями (дроспіренон, ципротерон, дезогестрел). Як світові, так й українські рекомендації додатково наголошують на необхідності індивідуалізації з урахуванням впливу на ліпідний обмін. Альтернативою при протипоказах є циклічні прогестогени.

Застосування метформіну за МОЗ [5] обмежене: використовують при інсулінорезистентності, ожирінні або цукровому діабеті 2 типу а також як допоміжний препарат в індукції овуляції.

Міжнародні настанови [3, 6] мають дещо ширші вказівки: окрім покращення метаболічного профілю, профілактики цукрового діабету 2 типу і серцево-судинних захворювань та як додатковий засіб в лікуванні ановуляції, джерела також надають рекомендації щодо застосування метформіну у жінок із нормальною масою тіла без інсулінорезистентності.

Основною відмінністю є підхід до індукції овуляції. МОЗ [5] зберігає кломіфен цитрат як стандарт першої лінії, тоді як міжнародні документи [4,7] визнають летрозол (інгібітор ароматази) препаратом вибору завдяки більшій ефективності та безпечності. В українському протоколі згадується, що інгібітори ароматази наразі теж застосовуються рутинно, однак наголошують, що препарат має використовуватися тільки під контролем спеціаліста-репродуктолога.

Для довготривалого ведення МОЗ робить акцент на контролі маси тіла, профілактиці цукрового діабету 2 типу, серцево-судинних захворювань і гіперплазії ендометрію.

Міжнародні настанови [1,4] в свою чергу роблять більший акцент на мультидисциплінарності: профілактика цукрового діабету 2 типу, серцево-судинних захворювань, неалкогольної жирової хвороби печінки, інтеграція

психічного здоров'я та оцінка якості життя.

Висновки

Український протокол загалом відповідає міжнародним принципам (Роттердамські критерії, комбіновані оральні контрацептиви, базовий метаболічний скринінг), однак деякі розбіжності (індукція овуляції, застосування метформіну, універсальність модифікації способу життя, інтеграція психічного здоров'я та неалкогольної жирової хвороби печінки) обмежують його ефективність.

Оновлення національних протоколів з урахуванням сучасних доказів (летрозол як перша лінія, ширший скринінг, нові ультразвукові критерії, мультидисциплінарний підхід) дозволить уніфікувати практику в Україні зі світовими стандартами та покращити ведення пацієток із синдромом полікістозних яєчників.

Література

1. World Health Organization. (2024). Polycystic ovary syndrome.
2. Li, R., Li, X., Guo, L., et al. (2023). Association between polycystic ovary syndrome and risk of cardiometabolic diseases: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 108(11), 2927–2939.
3. Teede, H.J., Misso, M.L., Costello, M.F., Dokras, A., Laven, J., Moran, L., Piltonen, T., Norman, R.J., & International PCOS Network. (2018). Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Human Reproduction*, 33(9), 1602–1618.
4. Teede, H.J., Tay, C.T., Laven, J.J. E., Dokras, A., Moran, L.J., Piltonen, T.T., Costello, M.F., Boivin, J., Redman, L.M., Boyle, J.A., Norman, R.J., Mousa, A., & Joham, A.E. (2023). Recommendations from the 2023 International Evidence-based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome. *Fertility and Sterility*, 120(4), 767–793.
5. МОЗ України. Настанова 00953. Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ), 2017.

6. Escobar-Morreale, H.F. (2018). Polycystic ovary syndrome: Definition, aetiology, diagnosis and treatment. *Nature Reviews Endocrinology*, 14(5), 270–284.
7. Legro, R.S., Arslanian, S.A., Ehrmann, D.A., Hoeger, K.M., Murad, M.H., Pasquali, R., & Welt, C.K. (2013). Diagnosis and treatment of polycystic ovary syndrome: An Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 98(12), 4565–4592.
8. Cooney, L.G., & Dokras, A. (2018). Beyond fertility: Polycystic ovary syndrome and long-term health. *Fertility and Sterility*, 110(5), 794–809.

Кузьміна О.О., Малярєнко В.Р., Грицьков В.А.

ОЧІКУВАННЯ ЖІНОК ВІД ЛІКАРЯ-ГІНЕКОЛОГА: АНКЕТУВАННЯ ПАЦІЄНТОК РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП

Харківський національний медичний університет,
кафедра акушерства та гінекології №1,
м. Харків, Україна

Вступ

Очікування жінок від лікаря-гінеколога значно впливає на якість лікування, ставлення до рекомендацій та рівень медичної допомоги в цілому. Саме тому, їхнє вивчення в акушерсько-гінекологічній практиці є важливим для впровадження пацієнто-орієнтованих підходів [1]. Комунікативні навички лікаря, а саме, чіткі пояснення та увага до емоційного комфорту взаємопов'язані із кращою прихильністю пацієнток до лікування і зростанням задоволеності медичною допомогою [2]. Наприклад, переваги щодо статі лікаря та вікові відмінності у очікуваннях пацієнток вже описані в літературі. Їхнє врахування може покращити довіру та результативність лікування в гінекологічній практиці.

Мета

Метою дослідження було визначити основні аспекти очікувань жінок із різних вікових категорій. Опитувані поділялись на три групи: в першу входили жінки 16-24 років, вік другої групи був 25-49 років та третя група - жінки після 49 років. Запитання анкети охоплювали професійні, комунікативні та етичні аспекти

роботи лікаря-гінеколога. Також цією роботою автори хотіли оцінити, чи існують статистично значущі вікові відмінності, які можуть впливати на якість взаємодії «лікар-пацієнтка».

Матеріали та методи

У роботі було використане анонімне анкетне опитування. До вибірки включалися жінки віком від 16 років і старші, які добровільно заповнили онлайн-анкету. Плановий обсяг вибірки становив 100%, з них 36,7% були дівчата 16-24 років, 43,3% жінки 25-49 років та 20% жінки від 49 років і старше. Інструментом збору даних була стандартизована анкета, що включала соціально-демографічні дані, питання про частоту та досвід відвідувань гінеколога, очікування від лікаря (професіоналізм, конфіденційність, психологічна підтримка, можливість вибору статі лікаря, зрозуміле пояснення процедур), а також шкалу задоволення прийомом за типом Лайкерта (1–5 балів) та блок про наявність попереднього негативного досвіду [1].

Результати та обговорення

Одним з перших питань у нашому опитуванні було: “З якого віку ви вперше звернулися до акушера-гінеколога?” Воно ставилось з метою порівняти покоління, проте більшість, а це понад 70% уперше звернулися до 18 років, решта — у віці 18–25 років, незалежно від вікової групи, тому цей результат може свідчити про зростання культури профілактичних візитів серед молодших пацієнток. Більшість жінок, а саме понад 80%, відповідально ставляться до свого здоров'я, бо відвідують гінеколога регулярно раз на рік або навіть частіше. Нерегулярні відвідування або візити “лише за наявності скарг” частіше зустрічалися серед старших жінок. Причиною звернення у більшості випадків був профілактичний огляд (приблизно 70% відповідей), менша частка, зверталася до лікаря-гінеколога через “захворювання/скарги” або причиною було “профілактика захворювання та планування вагітності”. Тут можна помітити, що молодші жінки частіше приходять із профілактичною метою, тоді як старші - через конкретні скарги. На питання про минулий досвід відвідування гінеколога, дівчата відповідали по різному. Більшість відповіли, що мають “скоріше позитивний” досвід (близько

60%), також близько 20% відповіли що мали “дуже позитивний” досвід. Оцінили, як “нейтральний” прийом у лікаря близько 15%. Проте були і поодинокі випадки (близько 5%) й “негативного” досвіду. Отже, загальний рівень задоволеності взаємодією з лікарями-гінекологами є високим. На питання “Що для вас найважливіше під час прийому у гінеколога?” майже всі опитувальні жінки відповіли, що для них найважливіше – це професійність і компетентність лікаря, делікатність і тактовність та детальні пояснення діагнозу. Кілька респонденток також відзначили “психологічний комфорт”. Ці критерії були пріоритетними у всіх вікових групах. Також більшість жінок (понад 90%) зазначили що ставлення лікаря та виділення часу на пацієнта також дуже важливо, і що їх лікар-гінеколог майже завжди приділяє достатньо часу і це також є одним з кроків до формування довіри між лікарем та пацієнтом. Іншими факторами, що впливають на формування довіри були: досвід і кваліфікація лікаря, перше враження при спілкуванні, рекомендації інших пацієнтів та, звичайно, вік і стать лікаря. Звісно, більшість (приблизно 70%) надають перевагу лікарю-жінці, проте старші респондентки частіше відповідали “стать не має значення, головне - професіоналізм”. Також, ми звернули увагу жінок на їхнє ставлення до присутності студентів під час їх прийому. Результатами цього питання стало, що близько половини відповіли “залежить від ситуації”, 25% - позитивно (проте слід зазначити, що позитивно на це дивляться жінки більш старшого віку), а решта - негативно. Це свідчить, що фактор присутності студентів потребує більшої комунікації та пояснення з боку лікаря. Що стосується емоційного аспекту, то частина респонденток зазначила, що іноді відчують хвилювання або емоційний дискомфорт перед прийомом. Особливо це характерно для молодших пацієнок. Старші жінки рідше повідомляли про такі відчуття. Найпоширенішими пропозиціями щодо покращення взаємодії були: “більше пояснень і комунікації”, “більше конфіденційності” та “краще ставлення і більше часу на прийом”. Це свідчить, що пацієнтки хочуть не лише кваліфікованого, а й психологічно комфортного спілкування.

Висновки

Дослідження анкетуванням жінок різних вікових груп виявило вікові диференціації очікувань від лікаря-гінеколога. Молоді респондентки (16-24 роки) пріоритезують емоційну підтримку та чітке пояснення; середній вік (25-49 років) цінує професіоналізм та довіру; старші учасниці (49+) надають перевагу конфіденційності та стабільності контакту.

Слід відзначити, що задоволеність пацієнток жодним чином не залежить від їхньої вікової приналежності, оскільки визначальні фактори завжди зводяться до професійної майстерності, чутливості у підході та власне результативної взаємодії лікаря з особою, яка звернулася за допомогою. Примітно, що хоч переважна кількість респонденток повідомила про цілком сприятливий досвід спілкування зі своїми гінекологами, була висловлена нагальна потреба запровадити більш відвертий обмін інформацією, а також забезпечити дійсно комфортну з психологічної точки зору атмосферу під час огляду. Крім того, хоча перевага надається лікарю-жінці, з накопиченням життєвого досвіду та віку цей гендерний аспект поступово втрачає свою критичну значущість, адже акцент беззастережно переноситься на оцінку фахівця через його кваліфікаційні якості, а не стать.

Література

1. El-Haddad C, Hegazi I, Hu W. Understanding Patient Expectations of Health Care: A Qualitative Study. *J Patient Exp.* 2020 Apr 28;7(6):1724–1731. DOI: 10.1177/2374373520921692. PMID: 33457636
2. Zolnierak, K.B.H. and Dimatteo, M.R. (2009) Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-Analysis. *Medical Care*, 47, 826–834. DOI: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc

Лахно І.В., Дьоміна О.В., Ромаєва В.П., Сикал І.М., Шаповал Д.М., Пак С.О.
ВПЛИВ ВОЄННОГО ЧАСУ НА СТАН ЗДОРОВ'Я СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ
СИСТЕМИ ВАГІТНИХ

Харківський національний медичний університет,
кафедра акушерства та гінекології №3,
м. Харків, Україна

Вступ

Гіпотеза плодового програмування пояснює зв'язок між низькою вагою при народженні та серцево-судинними захворюваннями (ССЗ) у подальшому житті. Вона походить з Нідерландів часів Другої світової війни. Відомий вплив воєнного часу на репродуктивне здоров'я жінок. Харків – основний центр розміщення для внутрішньо переміщених осіб (ВПО) зі Сходу України. ВПО є цільовим контингентом для досліджень у галузі ССЗ.

Відомо, що великі акушерські синдроми є причиною ССЗ у майбутньому. Преєклампсія може підвищити ризик виникнення ССЗ до 9 разів. Було виявлено, що затримка росту плода також збільшує ризик появи ССЗ. Ймовірно, що дисфункція плаценти є тригером материнських та плодових ССЗ. Дисліпідемія, ендотеліальна дисфункція та хронічне запалення відіграють вирішальну роль у патогенезі атерогенної васкулопатії. Можливими маркерами ССЗ, що використовуються для прогнозування та профілактики, є атерогенний індекс (АІ) та С-реактивний білок (С-РБ).

Моніторинг росту та дозрівання плода шляхом виявлення варіабельності серцевого ритму (ВСР) є перспективним інструментом оцінки стану та прогнозування перинатальної патології плода. Серцево-судинна система матері та плода взаємодіють через гемодинамічні коливання, які відображає ВСР. Зв'язок між параметрами росту плода спонукав до пошуків у галузі безперервного моніторингу серцевого ритму плода. Неінвазивна електрокардіографія плода (НІ-ЕКГ) є перспективним варіантом дистанційного моніторингу плода. Стрес воєнного часу, можливо, впливає на ВСР матері та плода. Механізми ССЗ у вагітних жінок під час війни викликають великий інтерес.

Дослідження було присвячено вивченню ВСР матері та плода, біометричних показників і оцінки за шкалою Апгар новонароджених, маркерів серцево-судинного здоров'я матері у вагітних ВПО та мешканок Харкова

Матеріали та методи

Дослідження було проведено серед вагітних жінок, госпіталізованих до Харківського міського перинатального центру з 1 вересня 2024 року по 31 травня 2025 року, в рамках НДР кафедри акушерства та гінекології № 3 Харківського національного медичного університету (0123U104315) «Створення системи прогнозування, профілактики та лікування ускладнень вагітності, пологів і післяпологового періоду в жінок, які зазнали впливу стресу внаслідок військових дій». Критерії виключення: хромосомні аномалії, багатоплідна вагітність, прегестаційні тяжкі захворювання, такі як цукровий діабет, метаболічний синдром, хвороби серця, нирок та тиреотоксикоз. Загалом у дослідженні взяли участь 59 вагітних жінок у термінах 34-38 тижнів гестації. До I групи були включені 26 вагітних мешканок Харкова, а до II групи – 23 вагітні ВПО.

Показники ВСР матері та плода були отримані з часового ряду RR-інтервалів, зареєстрованих з передньої черевної стінки матері за допомогою НІ-ЕКГ плода. У дослідженні використовувалося обладнання «Cardiolab Baby Card» («ХАІ-Медика», Україна) Було вивчено стресовий індекс (СІ), показники АС/DC (англ., схильність до прискорення/схильність до уповільнення) матері та плода. У плода також визначали показники коротко- і довготривалих осциляцій (англ., STV і LTV). Біохімічні дослідження проводилися на аналізаторі Cobas 6000 (Roche Diagnostics, Швейцарія). З отриманих показників було розраховано індекс атерогенності (ІА), який відображає співвідношення атерогенної та антиатерогенної фракцій холестерину. Було досліджено С-реактивний білок (С-РБ) як маркер хронічного запалення. Протокол дослідження також включав: масу тіла новонароджених, довжину тіла, окружність головки та оцінку за шкалою Апгар.

Для статистичного аналізу було використано програму Statistical Package for Social Sciences (SPSS) (IBM SPSS Statistics for Windows, версія 28,0, Armonk, NY:

IBM Corp.). Для багатовимірних досліджень використовувався логістичний регресійний аналіз з введеною моделлю, Значення $p < 0,05$ вважалося достатнім для статистичної значущості.

Результати та обговорення

Отримані дані показали, що середній вік у I групі становив $24,6 \pm 6,9$ років, а у II групі – $26,2 \pm 8,4$ років ($p > 0,05$). Першовагітних було 11 (42,3%) та 10 (43,5%) у тих самих групах відповідно. Ускладнення вагітності виявлені у 14 вагітних жінок (53,8%) у I групі та 13 (56,5%) жінок у II групі. Загроза передчасних пологів мала місце у 5 (19,2%) серед мешканок Харкова та 4 (17,4%) ВПО. Гострий пієлонефрит діагностовано у 4 (15,4%) та 3 (13,0%) випадках у I та II групі. Легка преєклампсія виявлена у 3 (11,5%) та 3 (13,0%) вагітних I та II груп відповідно. Затримка росту плода була виявлена у 2 (7,7%) та 3 (13,0%) серед представників тих самих груп.

Параметри ВСР матері та плода, біометричні показники новонароджених та біохімічні маркери продемонстрували певні закономірності (таблиця 1). Показники ВСР матері та плода суттєво не відрізнялися. Різниця у масі тіла новонароджених та довжині тіла серед резидентів та ВПО не досягла статистичної значущості. Проте окружність головки продемонструвала статистично значуще зниження у новонароджених II групи. Оцінка за шкалою Апгар була вищою у I групі. Рівні С-РБ та АІ не мали суттєвих відмінностей.

Таблиця 1.

Показники ВСР матері та плода, біометричні параметри та оцінка за шкалою Апгар новонароджених, С-РБ і АІ у обстежених жінок.

Показники, одиниці виміру	Гру- па	Кіль- кість	Серед- не	Стандартне відхилення	Міні- мум	Макси- мум
АС матері, мс	I	26	8,67	2,57	4,25	14,44
	II	23	8,7	3,55	4,44	17,44
	$p=0,9729$					
ДС матері, мс	I	26	8,8	2,45	5,11	13,58
	II	23	8,53	3,12	4,53	17,13
	$p=0,7362$					

Показники, одиниці виміру	Гру- па	Кіль- кість	Серед- не	Стандартне відхилення	Міні- мум	Макси- мум
АС плода, мс	I	26	1,95	0,6	0,77	3,54
	II	23	1,87	0,69	0,78	3,71
	p=0,6662					
ДС плода, мс	I	26	2,36	0,81	0,82	4,37
	II	23	2,17	0,87	0,78	4,22
	p=0,4326					
СІ матері	I	26	155,42	88,22	48	430
	II	23	175,39	102,79	34	457
	p=0,4679					
СІ плода	I	26	1002,5	598,89	251	3102
	II	23	1230	954,51	403	4569
	p=0,3169					
STV, мс	I	26	7,19	2,87	1,2	12,7
	II	23	6,82	2,9	1,7	13
	p= 0,6561					
LTV, мс	I	26	36,5	14,72	9,3	71
	II	23	34,73	12,69	10,6	59,5
	p=0,6563					
Вага новонародженого, г	I	26	3107,88	795,47	410	4400
	II	23	2572,39	1179,06	440	5530
	p=0,0659					
Довжина тіла, см	I	26	50,69	6,2	27	61
	II	23	46,39	8,88	29	62
	p=0,0532					
Окружність голівки, см	I	26	33,81	3,56	19	37
	II	23	31,48	4,39	19	38
	p=0,0459					
Шкала Апгар, бали	I	26	7,85	1,83	0	9

Показники, одиниці виміру	Гру- па	Кіль- кість	Серед- не	Стандартне відхилення	Міні- мум	Макси- мум
	II	23	6,7	1,94	0	9
	p=0,0381					
С-РБ, мг/л	I	26	2,61	3,85	0,3	18,5
	II	23	3,48	4,35	0,6	17,5
p=0,4613						
АІ	I	26	2,96	1,06	1,25	5,92
	II	23	2,5	0,87	0,86	4,77
p=0,1062						

Багатовимірною логістичною регресією виявлено зв'язок між балами за шкалою Апгар та DC плода (таблиця 2). Інші моделі з ВСР матері або плода, С-РБ та АІ не показали жодного зв'язку. Отримані дані підтверджують доцільність використання показника DC задля електронного моніторингу плода.

Таблиця 2.

Модель багатофакторної логістичної регресії з оцінкою за шкалою Апгар.

Показники	Нестандартизовані коефіцієнти	Стандартизовані коефіцієнти				95% довірчий інтервал для В	
			Стандартна похибка	t	p	Нижня межа	Верхня межа
Модель	В	Beta					
АС матері	-0,12	-0,19	0,13	-0,93	0,359	-0,38	0,14
DC матері	0,17	0,25	0,15	1,18	0,247	-0,13	0,48
АС плода	-0,23	-0,08	0,61	-0,38	0,709	-1,48	1,02
DC плода	1,12	0,48	0,5	2,22	0,033	0,1	2,15
СІ матері	0	0,19	0	1,89	0,066	0	0,01
СІ плода	0	-0,02	0	-0,19	0,852	0	0

Показники	Нестандартизовані коефіцієнти	Стандартизовані коефіцієнти				95% довірчий інтервал для В	
			Модель	В	Beta	Стандартна похибка	t
STV	-0,1	-0,14	0,18	-0,53	0,602	-0,47	0,28
LTV	-0,03	-0,23	0,03	-1,27	0,212	-0,08	0,02
Вага тіла	0	-0,44	0	-2,09	0,044	0	0
Довжина тіла	0,14	0,57	0,06	2,53	0,016	0,03	0,26
Окружність голівки	0,35	0,74	0,08	4,19	<0,001	0,18	0,52
С-РБ	0,05	0,11	0,03	1,68	0,103	-0,01	0,12
AI	0,17	0,08	0,12	1,35	0,187	-0,08	0,42

Висновки

Проведена робота продемонструвала негативний вплив статусу ВПО на показники окружності голівки та оцінку за шкалою Апгар. Був встановлений певний зв'язок показником DC плода та оцінкою за Апгар новонародженого, що обґрунтовує доцільність використання цього показника у діагностиці стану плода. Проте вплив війни на показники серцево-судинне здоров'я матері не був підтверджений. Отримані дані продемонстрували нормальний діапазон С-РБ та AI у обстежених. Ймовірно, потрібні ширші та багатоцентрові дослідження для виявлення ранніх маркерів ССЗ. Ці обставини слід враховувати при розробці можливих профілактичних програм, спрямованих на покращення здоров'я ВПО.

Мартинюк В.М., Маланчин І.М.

СУЧАСНІ МАРКЕРИ ДІАГНОСТИКИ ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського,

кафедра акушерства та гінекології № 1

м. Тернопіль, Україна

Вступ

Згідно даних світової літератури, спостерігається підвищена увага практичних лікарів і науковців до проблеми генітального ендометріозу, яка зумовлена не лише постійним зростанням частоти цього захворювання, але й труднощами своєчасної діагностики, обмеженою ефективністю лікування та несприятливим прогнозом. За даними міжнародних досліджень, у країнах Європи ендометріоз виявляють майже у 10 % жінок, тоді як в Україні його поширеність серед жінок репродуктивного віку становить від 7 до 50 %. Існує багато теорій щодо механізмів розвитку ендометріозу, проте жодна з них не дає повного пояснення природи цього захворювання. Останніми роками особливу увагу приділяють дослідженню молекулярно-генетичних аспектів патогенезу ендометріозу, зокрема ролі генів II фази системи детоксикації, які вирізняються значною варіабельністю молекулярної структури ДНК.

Мета

Метою нашого дослідження було визначити роль поліморфізму генів II фази системи детоксикації у розвитку генітального ендометріозу.

Матеріали та методи

Нами було обстежено 102 пацієнтки репродуктивного віку з діагнозом внутрішній генітальний ендометріоз. Дослідження стану жінок проводилось відповідно до вимог наказу Міністерства охорони здоров'я України від 06.04.2016 року № 319 «Тактика ведення пацієнток з генітальним ендометріозом». Діагноз внутрішнього ендометріозу ми встановлювали на підставі аналізу скарг пацієнток, анамнезу захворювання, результатів об'єктивного, гінекологічного та інструментального обстеження. Для медико-генетичного аналізу відбирали 3–5 мл венозної крові, яку забирали з *v. subitalis* у стандартних умовах вранці, натщесерце,

у вакуумну систему з 3 % EDTA. Після забору крові пробірку кілька разів перевертали для ретельного змішування з антикоагулянтом. Ампліфікацію геномних послідовностей здійснювали методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Отримані під час ПЛР фрагменти ДНК (копії досліджуваних ділянок) накопичувалися в ампліфікаційній суміші у кількості, достатній для якісного визначення та подальшого аналізу нуклеотидного складу. Оскільки ДНК має негативний заряд, ампліфікаційні продукти розділяли за довжиною молекул для подальшого дослідження. У роботі застосовували фрагментний аналіз у горизонтальному агарозному гелі.

Результати та обговорення

З метою виявлення біомаркерів схильності до розвитку ендометріозу нами проведено медико-генетичні дослідження. Гомо- та гетерозиготні варіанти за алелем «+» генів GSTT1 і GSTM1 визначали на електрофореграмах за наявністю ампліфікаційних продуктів довжиною 218 пар основ (для GSTM1) та 460 пар основ (для GSTT1). Відсутність відповідних фрагментів свідчила про гомозиготність за делеційним типом обох генів. У результаті встановлено, що серед 65 (63,7 %) жінок із внутрішнім генітальним ендометріозом тіла матки спостерігалось делеційне носійство обох генів (GSTT1 та GSTM1), у 10 (9,8 %) випадках виявлено генотип ins/del, тоді як у 27 (26,5 %) пацієток не виявлено поліморфізму генів II фази системи детоксикації.

Висновки

Поліморфізм генів системи детоксикації суттєво впливає на їх функціональну активність. Більшість поліморфних варіантів цих генів асоціюється з розвитком різних мультифакторних захворювань, в тому числі і ендометріозу. Результати нашого дослідження показують, що одним із факторів розвитку генітального ендометріозу є поліморфізм генів GSTT1, GSTM1. Перспективним є подальше визначення особливостей генотипів у жінок із ендометріозом, адже це є важливим прогностичним та діагностичним маркером у перебігу важкості захворювання.

Нагута Л.О., Вакуленко А.І.

ЗМІНА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЖІНКИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Харківський національний медичний університет,

кафедра акушерства та гінекології № 1,

м. Харків, Україна

Вступ

Вагітність — період, який впливає на функціонування більшості систем організму, зокрема на: серцево-судинну, травну, дихальну, опорно-рухову. Фізіологічні чинники мають значний вплив на психоемоційний стан жінки. Значне підвищення рівня естрогену, прогестерону, які впливають на нейротрансмітери, це призводить до частоти втоми, тривожності, порушення сну. Для кожного триместру вагітності характерні певні психоемоційні зміни. Спочатку переважають такі симптоми: значне знесилення, переважання тривоги, дратівливість, потім стан покращується, ближче до пологів - переважає фізичний дискомфорт та хвилювання за майбутнє батьківство. Надмірні хвилювання про перебіг вагітності, народження дитини призводить до погіршення стану здоров'я жінки.

Мета

Метою дослідження було з'ясувати про зміни психоемоційного стану жінок під час вагітності, їх обізнаність про використання програм для зменшення хвилювань та покращення перебігу майбутнього батьківства.

Матеріали та методи

Для реалізації поставленої мети ми використали різні методи дослідження, зокрема: аналітичний, зіставний та соціологічне опитування. Для вивчення змін психоемоційного стану було проведено опитування у форматі Google Forms. В ньому брали участь 36 людей. Більшість опитуваних у віці 19-30 років.

Результати та обговорення

Запланована вагітність була 64,9% опитуваних. Хронічні захворювання мають 41,7% жінок. Вони призводять до порушення розвитку плода, переважання недоношеності. Про зміни в харчуванні вказали 19 опитуваних, про порушення сну — 64,8%. Вдень у більшості жінок характерна сонливість, це призводить до зменшення

працездатності та пригнічення настрою. В третьому триместрі вагітності переважають сильні рухи плода, тому нічний сон погіршується. Шкідливі звички мали 13 жінок. Це негативно впливало на перебіг вагітності. Вправи для вагітних виконували 41,7% опитуваних. Їх важливо виконувати для розвитку витривалості, зменшення навантаження в опорно-руховій системі. Серед жінок 52,8% вказали, що зміни в тілі впливають на їхній психоемоційний стан. Втому, навантаження та пригніченість часто відчували — 61,1% жінок, іноді радість — 53,8%. Підтримка зі сторони чоловіка була у 41,7% опитуваних. За перебіг вагітності та пологів хвилювалися — 47,3%, за майбутнє батьківство — 52,7%. Про те, якими методами зменшували хвилювання, більшість жінок (67,8%) вказали щодо відвідування лікаря, більше відпочинку та вивчення інформації про вагітність та пологи. 58,3% жінок обізнані та використовують програми підтримки психоемоційного стану під час вагітності.

Висновки

При вагітності жінці потрібно надавати особливу підтримку та турботу. У 52,8% жінок зміни в тілі негативно впливали на психоемоційний стан, тому до вагітності жінці потрібно дізнаватися більше інформації про даний перебіг та намагатися пристосуватися до змін. Тільки 41,7% жінок мали підтримку від чоловіка. Спілкування з родиною дає змогу зменшити хвилювання у жінки та покращити перебіг вагітності. Важливо дотримуватися повноцінного відпочинку, раціонального харчування, регулярно відвідувати лікаря для попередження ускладнень. Також необхідно батькам разом стежити за перебігом вагітності, брати участь в програмах для вагітних, дізнаватися більше про догляд за дитиною для зменшення переживань у жінки та покращення її психоемоційного стану.

Плахотна І.Ю.

СУЧАСНІ ТА МАЙБУТНІ МОЖЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ

Харківський національний медичний університет,

кафедра акушерства та гінекології №1,

м. Харків, Україна

Вступ

Здорові жіночі статеві шляхи містять мікробіом, в якому домінують бактерії, що виробляють молочну кислоту та перекис водню, що забезпечують захист від інфекцій, підтримуючи низький рівень рН. Зміни в бактеріальному складі вагінального мікробіома можуть призвести до бактеріального вагінозу (БВ), який часто пов'язаний із запаленням піхви.

Бактеріальний вагіноз (БВ) — одне з найпоширеніших вагінальних захворювань, що виникає внаслідок дисбіозу мікробіому зі зменшенням кількості *Lactobacillus spp.* і надмірним ростом анаеробних бактерій. Цей стан пов'язаний із серйозними наслідками для репродуктивного здоров'я жінок, зокрема запальними захворюваннями органів малого таза, передчасними пологам, викиднями та підвищеним ризиком зараження ВІЛ. Діагностика БВ здійснюється за критеріями Амсея та системою оцінювання Ньюджента, які вважаються «золотим стандартом», однак мають обмеження через суб'єктивність і залежність від досвіду лікаря. Це може призводити до помилкових результатів і затримки лікування, особливо в умовах з обмеженими ресурсами. Складна, багатофакторна етіологія БВ ускладнює точну діагностику, особливо у безсимптомних пацієток. Розвиток молекулярних технологій, зокрема секвенування нового покоління (NGS), показав, що БВ формується під впливом мікробіологічних, соціальних та імунних факторів, а полімікробні біоплівки сприяють стійкості бактерій до антибіотиків і імунної відповіді. Тому необхідна подальша розробка точних, простих і доступних тестів для виявлення БВ у місцях надання медичної допомоги.

Матеріали та методи

Проведено аналіз вітчизняних та зарубіжних літературних джерел з

проблеми бактеріального вагінозу, опублікованих у базах даних PubMed, Scopus, eLibrary за період 2010-2025 років.

Результати та обговорення

Діагностика бактеріального вагінозу ускладнюється відсутністю єдиного визначення цього захворювання, природними варіаціями вагінального мікробіому та складною полімікробною етіологією. На розвиток БВ впливають численні фактори ризику, зокрема вік, соціально-економічний статус, прийом антибіотиків, сексуальна поведінка та етнічна належність. Хоча бактерії роду *Lactobacillus* традиційно асоціюються зі здоровим мікробіомом, вид *L. iners* може виявляти патогенні властивості. Сукупність цих чинників зумовлює відсутність універсального та точного методу діагностики БВ.

Нині БВ розглядають як полімікробне порушення, у розвитку якого беруть участь *Gardnerella* spp., *Prevotella bivia*, *Atopobium vaginae* та *Megasphaera* type I, здатні формувати біоплівки й витіснити *Lactobacillus* spp.. І досі однозначного переліку етіологічних агентів не встановлено. Запальні процеси при БВ мають суперечливий характер: одні дослідження не виявляють суттєвих змін цитокінів, інші фіксують підвищення рівнів IL-1 β , IL-8, IL-12 і TNF- α . Ймовірно, рання колонізація *Gardnerella* та *Prevotella* порушує слизовий бар'єр, а вторинні колонізатори, як *A. vaginae* та *Sneathia* spp., індукують прозапальні реакції. Точні механізми патогенезу БВ залишаються неясними. Традиційно здоровий стан асоціюють із домінуванням *Lactobacillus* spp., хоча до 75% випадків БВ можуть бути безсимптомними. Втрата лактобацил і зростання анаеробів, як-от *Gardnerella*, *Prevotella*, *Atopobium*, не завжди супроводжуються клінічними проявами, що ускладнює діагностику. Дослідження показують, що деякі анаероби можуть частково виконувати захисну функцію лактобацил, зокрема продукувати молочну кислоту. Вагінальний мікробіом є динамічним і змінюється під впливом гормонів, віку, менструального циклу, етнічних та фізіологічних факторів.

Вагінальний мікробіом зазвичай домінує *Lactobacillus* spp., серед яких *L. crispatus*, *L. gasseri*, *L. jensenii* та *L. iners* є найпоширенішими. Роль *L. iners* у патогенезі бактеріального вагінозу залишається суперечливою: цей вид

зустрічається як у здорових, так і у хворих жінок. Завдяки генетичним адаптаціям *L. iners* може виживати у зміненому вагінальному середовищі та брати участь у переході від нормального стану до дисбіозу. Виявлення *L. iners* має обмежену діагностичну цінність у традиційних тестах, тому найточнішим методом є секвенування 16S рРНК.

Бактеріальний вагіноз діагностують клінічно за критеріями Амселя або лабораторно за шкалою Ньюгента, яка вважається «золотим стандартом». Критерії Амселя ґрунтуються на клінічних ознаках (гомогенні виділення, рН > 4,5, ключові клітини, позитивний аміновий тест, тоді як шкала Ньюгента базується на мікроскопічному підрахунку морфотипів бактерій у мазках, забарвлених за Грамом. Попри високу специфічність, обидва методи мають обмежену чутливість і залежать від досвіду лаборанта. Проміжні результати (оцінка Ньюгента 4–6) залишаються діагностично невизначеними. Через неможливість виявлення деяких етіологічних агентів (*A. vaginae*, *Ureaplasma*, *Mycoplasma*) мікроскопічні методи доповнюють молекулярними тестами, Молекулярні методи є перспективним напрямом у діагностиці бактеріального вагінозу, оскільки дозволяють точно ідентифікувати численні вибагливі мікроорганізми. Наприклад як тести ампліфікації нуклеїнових кислот (NAAT). Також прямий зондовий аналіз BD Affirm™ VPІІІ та панель Quest Diagnostics, сучасні швидкі РОС-тести (OSOM BVBlue, VGTesT) дозволяють оперативно визначати ферменти або метаболіти, пов'язані з БВ, забезпечуючи точнішу та швидшу діагностику.

Методи секвенування гена 16S рРНК дозволили виявити велику мікробну різноманітність при БВ і визначити нові некультивовані бактерії.

Метагеноміка на основі секвенування 16S рРНК дає змогу виявляти змішані інфекції, гени антибіотикорезистентності й відстежувати рецидиви БВ, але її застосування у клінічній практиці обмежене високою вартістю та складністю аналізу. Розробка довгоампліконних методів і повного секвенування геному (WGS) розширює можливості ідентифікації бактерій на видовому рівні та визначення вірулентності й резистентності. NGS-технології мають потенціал стати основою персоналізованої діагностики та лікування БВ, особливо при дослідженні

проміжних форм мікробіоти, що відображають перехід між здоровим і дисбіотичним станом.

Наукові галузі такі, як протеоміка та метаболоміка дають змогу досліджувати функціональні взаємодії між мікробіомом і хазяїном, виявляючи білки та метаболіти, характерні для бактеріального вагінозу (БВ). Методи мас-спектрометрії (МС) та ядерного магнітного резонансу (ЯМР) дозволили ідентифікувати специфічні сполуки (кадаверин, путресцин, сукцинат) і зміни білкового складу, пов'язані з БВ. Ці молекули можуть слугувати потенційними біомаркерами, хоча їх діагностична точність ускладнена варіабельністю мікробного складу.

БВ часто протікає безсимптомно, але супроводжується підвищеним запаленням та активацією імунних клітин, що підвищує ризик ВІЛ-інфекції. Полімікробна природа БВ зумовлює різні профілі імунних медіаторів: *G. vaginalis*, *A. vaginae* та інші асоціюються з підвищеними рівнями ІЛ-1 α , ІЛ-1 β , ІЛ-12p70, тоді як *L. crispatus* — з низьким рівнем запалення, тому поєднання цих цитокінів може слугувати ефективними біомаркерами БВ, особливо у безсимптомних жінок.

Для підвищення точності діагностики дослідники почали застосовувати алгоритми машинного вивчення. Перші спроби включали використання алгоритмів логістичної регресії та генетичного програмування для класифікації даних про відносну чисельність бактерій. Комп'ютерні алгоритми також інтегрують дані молекулярної діагностики.

Ще один напрям — автоматизація діагностики БВ на основі мікроскопічних зображень. Був розроблений алгоритм для сегментації бактерій та класифікації морфотипів за шкалою Nugent. Чутливість алгоритму після ручного відбору зображень експертами підвищилася до 76%.

Ці підходи поки що потребують вдосконалення та валідації перед широким впровадженням у клінічну практику, але вже демонструють великий потенціал для вдосконалення досліджень.

В останні два десятиліття уявлення про етіологію бактеріального вагінозу (БВ) значно змінилося завдяки відкриттю адгезивних полімікробних біоплівки на

вагінальних епітеліальних клітинах, що дозволило зрозуміти БВ не як інфекцію одного патогена, а як синергетичний полімікробний синдром.

Основним ініціатором біоплівки є *Gardnerella vaginalis*, яка складає приблизно 55- 60% бактеріального складу біоплівки. Вона прикріплюється до епітеліальних клітин і формує матрицю, що захищає бактерії від молочної кислоти, H_2O_2 , бактеріоцинів та антибіотиків (метронідазол, тинідазол), а також від імунної відповіді господаря. Функціональна характеристика біоплівки показала, що *G. vaginalis* у біоплівці проявляє підвищену експресію генів вірулентності (вагінолізин, сіалідаза) та білків стійкості до антибіотиків, що забезпечує захищений фенотип із високою вірулентністю та низькою метаболічною активністю. Такі характеристики пояснюють високу частоту рецидивів БВ і роблять транскриптомні маркери потенційними біомаркерами для діагностики та терапевтичного втручання.

Висновки

Полімікробна природа БВ вимагає комбінованих критеріїв, оскільки жоден окремий показник (наприклад, рН або наявність ключових клітин) не дає достатньої чутливості та специфічності. Доступ до високопродуктивних платформ (ПЛР, метагеноміка, профілювання цитокінів) дозволяє визначати метаболіти та маркери запалення в масштабі популяцій та відкриває можливості для нових біомаркерів, що може допомогти у прогнозуванні ризику ВІЛ-інфекції чи ускладнень під час вагітності. Крім того розробка нових тестів має враховувати економічну доцільність дослідження та встановлення балансу між користю для здоров'я та витратами. Крім цього важливо проводити вибір тесту залежно від групи ризику. Наприклад у групах високого ризику (підлітки, ВІЛ-позитивні, вагітні) доцільно використовувати точніші, але дорожчі методи, з урахуванням його здатності запобігати серйозним наслідкам БВ.

Потапова Л.В., Колінько Є.С., Стіба А.В.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ В ПРОФІЛАКТИЦІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Харківський національний медичний університет,

кафедра акушерства та гінекології №1,

м. Харків, Україна

Вступ

Гестаційний цукровий діабет(ГЦД) – найбільш поширене ускладнення вагітності, середній показник поширеності в Європі складає близько 5,8 %. За даними досліджень у 50 % жінок, які в анамнезі мали ГЦД, протягом 5 років років після пологів розвивався цукровий діабет (ЦД) 2 типу. Тому жінки з ГЦД мають значний ризик розвитку ЦД 2 типу в молодшому віці і потребують профілактичних заходів, які могли б попередити маніфестацію ЦД 2 типу. Одним з таких методів є грудне вигодовування, яке позитивно впливає на метаболічний стан матері.

Мета

Оцінити ефективність грудного вигодовування у зниженні ризику розвитку ЦД 2 типу у жінок після ГЦД.

Матеріали та методи

Аналіз сучасних літературних джерел у базах PubMed, Google Scholar, даних ВООЗ та МОЗ України за останні 10 років, присвячених ГЦД та профілактиці ЦД 2 типу у жінок після пологів.

Результати та обговорення

Гестаційний цукровий діабет це порушення вуглеводного обміну, що виникає під час вагітності внаслідок фізіологічної інсулінорезистентності, що спричинена дією плацентарних контрінсулярних гормонів – плацентарного лактогену та гормону росту, прогестерону і естрогену. Компенсаторна дія β-клітин підшлункової залози стає недостатньою, що призводить до розвитку гіперглікемії[1]. Після пологів рівень глюкози зазвичай нормалізується, проте в середньому у 17 % жінок в подальшому розвивається ЦД 2 типу[2].

Механізм переходу ГЦД у ЦД 2 типу зумовлений збереженням хронічної інсулінорезистентності, порушенням секреції інсуліну та прогресуючим виснаженням β -клітин підшлункової залози. Цьому також сприяють фактори ризику – ожиріння, малорухливий спосіб життя, нераціональне харчування, повторні випадки ГЦД та відсутні профілактичні заходи у післяпологовому періоді[3].

Грудне вигодовування слід розглядати як один з ефективних та доступних методів профілактики ЦД 2 типу. Аналіз досліджень свідчить, що тривале грудне вигодовування асоціюється зі зниженням ризику розвитку ЦД 2 типу на 20 - 30 %. Навіть короткотривала лактація позитивно впливає на показники глікемії та чутливість до інсуліну в післяпологовому періоді[4]. У короточасній перспективі лактація позитивно впливає на вуглеводний обмін, знижуючи ризик розвитку переддіабету та метаболічного синдрому[5].

Біохімічно це пов'язують із дією пролактину, рівень якого зростає під час вагітності, до пологів досягає максимальних значень і лишається підвищеним на період лактації. Він відіграє роль у формуванні та функціонуванні β -клітин підшлункової залози, що стимулює секрецію інсуліну та покращує чутливість тканин до нього. Крім того лактація впливає на гіпоталамо-гіпофізарну вісь, зниження рівнів гонадотропіну та гормону росту додатково підвищує чутливість тканин до інсуліну[6].

Під час лактації відбувається активне використання енергетичних резервів організму, зокрема мобілізація вісцерального жиру, який накопичується за період вагітності. Це зменшує кількість метаболічно активної жирової тканини, яка є джерелом факторів інсулінорезистентності, що у свою чергу сприяє зниженню ризику розвитку ЦД 2 типу[7].

Висновки

Грудне вигодовування має позитивний вплив на розвиток дитини, та є ефективним методом профілактики ЦД 2 типу у жінок. Його слід рекомендувати не лише жінкам, які в анамнезі мали ГЦД, але й усім породіллям як природний, фізіологічний спосіб відновлення вуглеводного та ліпідного обмінів.

Література

1. Sharma AK, Singh S, Singh H, Mahajan D, Kolli P, Mandadapu G, Kumar B, Kumar D, Kumar S, Jena MK. Deep Insight of the Pathophysiology of Gestational Diabetes Mellitus. *Cells*. 2022 Aug 28;11(17):2672. doi: 10.3390/cells11172672. PMID: 36078079; PMCID: PMC9455072.
2. Dennison RA, Chen ES, Green ME, Legard C, Kotecha D, Farmer G, Sharp SJ, Ward RJ, Usher-Smith JA, Griffin SJ. The absolute and relative risk of type 2 diabetes after gestational diabetes: A systematic review and meta-analysis of 129 studies. *Diabetes Res Clin Pract*. 2021 Jan;171:108625. doi: 10.1016/j.diabres.2020.108625. Epub 2020 Dec 15. PMID: 33333204; PMCID: PMC7610694.
3. Mohan S, Egan AM. Diagnosis and Treatment of Hyperglycemia in Pregnancy: Type 2 Diabetes Mellitus and Gestational Diabetes. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2024 Sep;53(3):335-347. doi: 10.1016/j.ecl.2024.05.011. PMID: 39084811; PMCID: PMC11296496.
4. Pinho-Gomes AC, Morelli G, Jones A, Woodward M. Association of lactation with maternal risk of type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Diabetes Obes Metab*. 2021 Aug;23(8):1902-1916. doi: 10.1111/dom.14417. Epub 2021 May 20. PMID: 33908692.
5. Suthasmalee S, Phaloprakarn C. Lactation duration and development of type 2 diabetes and metabolic syndrome in postpartum women with recent gestational diabetes mellitus. *Int Breastfeed J*. 2024 Apr 12;19(1):25. doi: 10.1186/s13006-024-00632-1. Erratum in: *Int Breastfeed J*. 2024 Apr 29;19(1):30. doi: 10.1186/s13006-024-00640-1. PMID: 38610024; PMCID: PMC11015662.
6. Suthasmalee S, Phaloprakarn C. Lactation duration and development of type 2 diabetes and metabolic syndrome in postpartum women with recent gestational diabetes mellitus. *Int Breastfeed J*. 2024 Apr 12;19(1):25. doi: 10.1186/s13006-024-00632-1. Erratum in: *Int Breastfeed J*. 2024 Apr 29;19(1):30. doi: 10.1186/s13006-024-00640-1. PMID: 38610024; PMCID: PMC11015662.
7. Stuebe AM, Rich-Edwards JW. The reset hypothesis: lactation and maternal

metabolism. Am J Perinatol. 2009 Jan;26(1):81-8. doi: 10.1055/s-0028-1103034.
Epub 2008 Nov 21. PMID: 19031350; PMCID: PMC3006166.

Потапова Л.В., Москалець М.О.

НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВАГІТНИМ В БОЙОВИХ УМОВАХ

Харківський національний медичний університет,

кафедра акушерства та гінекології №1,

м. Харків, Україна

Вступ

Військові дії створюють екстремальні умови, в яких надання медичної допомоги вагітним жінкам вимагає інтеграції травматологічних та акушерських протоколів. Мінно-вибухова травма є домінуючим типом ураження і являє собою складну політравму (баротравма, уламкові поранення, контузії, опіки), що значно підвищує ризик материнської та перинатальної смертності. Фундаментальним принципом є те, що порятунок плода не може бути здійснений за рахунок затримки в адекватній реанімації та хірургічному лікуванні матері. Тому допомога ґрунтується на модифікованих протоколах Advanced Trauma Life Support (ATLS) та національних настановах. [1,2, 3].

Патофізіологічне обґрунтування та критичні ризики мінно- вибухової травми при вагітності маскують ступінь шоку та підвищують ризики. Через фізіологічну гіперволемію вагітна може втратити до 30-35% загального об'єму крові, перш ніж з'являться класичні ознаки гіпотензії. Крім того, аортокавальна компресія, спричинена зростаючою маткою у положенні на спині різко знижує венозне повернення та серцевий викид, посилюючи травматичний шок.

Первинне ураження (баротравма) є головним чинником передчасного відшарування нормально розташованої плаценти . Ударна хвиля викликає різкий зсув на межі плацента/міометрій, що призводить до відриву плаценти, масивної маткової кровотечі та розвитку коагулопатії споживання. Це може статися навіть без зовнішніх ознак травми живота. Гіпоксія плода, що виникає внаслідок шоку матері та передчасного відшарування нормально розташованої плаценти, є

основною причиною перинатальної смертності.

Мета

Обґрунтування надання медичної допомоги вагітним в бойових умовах.

Матеріали та методи

В роботі використано протоколи надання невідкладної допомоги - модифіковані протоколи Advanced Trauma Life Support (ATLS) та національні настанови.

Результати та обговорення

Реанімаційні заходи мають бути швидкими. Визначають спочатку прохідність дихальних шляхів (А) та дихання (В), для цього необхідна рання інтубація, 100% кисень призначається для забезпечення SaO₂ ,яка дорівнює 95% у матері, що є критичним для перфузії плода.

Для забезпечення кровообігу (С) потрібно негайне і постійне ручне зміщення матки вліво (або нахил тіла на лівий бік на 15-30 градусів) для усунення аортокавальної компресії. При зовнішній кровотечі використовуються турнікети та гемостатики. При наявності ознак геморагічного шоку застосовуються протоколи масивної трансфузії, збалансованої компонентами крові для профілактики коагулопатії.

При огляді потрібно забезпечити активний обігрів ,оскільки гіпотермія посилює ДВЗ-синдром.

Кардіотокографія (КТГ) є золотим стандартом моніторингу стану плода, проводиться через 4-6 годин після травми живота. Патологічні зміни КТГ є прямим показанням до невідкладного акушерського втручання.

УЗД використовується для виявлення внутрішньочеревної кровотечі та оцінки ретроплацентарної гематоми.

Всім реус-негативним вагітним протягом 72 годин після травми живота вводиться антитреус-імуноглобулін. При проникаючих пораненнях необхідна антибіотикопрофілактика широкого спектру дії.

Для дозрівання легень плода вводять кортикостероїди (до 34 тижнів), якщо розродження можна відтермінувати. Токоліз абсолютно протипоказаний при

матковій кровотечі.

Рішення про кесарів розтин (КР) приймається при неможливості стабілізувати стан матері, діагностованому розриві матки, або масивному відшарування плаценти. У разі зупинки серця матері, якщо серцево-легенева реанімація не була успішною протягом 4 хвилин, застосовується перимортальний кесарів розтин, при якому плід має бути народжений до 5-ї хвилини для збільшення венозного повернення та підвищення ефективності реанімації матері.

Організація допомоги вагітним включає також заходи щодо психоемоційної реабілітації. В умовах бойових дій жінки часто перебувають у стані хронічного стресу, страху, тривожності, що підвищує ризик передчасних пологів, прееклампсії та розвитку депресії. Психологічна підтримка, спілкування з медичним персоналом, пояснення подальших дій, забезпечення контакту з родиною значно знижують рівень стресу.

Важливою складовою є профілактика інфекцій та ускладнень. Вагітним рекомендується вакцинація проти правця, грипу, COVID-19, дотримання правил асептики у польових умовах, використання антибіотиків при відкритих ранах та травмах. Також вагітні перебувають у групі ризику тромбоемболічних ускладнень через вимушене малорухливе перебування в укриттях. У таких випадках рекомендують рухову активність, компресійні панчохи профілактичні дози низькомолекулярних гепаринів.

Висновки

Поранення та травми в умовах бойових дій погіршують перебіг вагітності та пологів. Надання медичної допомоги вагітним жінкам вимагає інтеграції травматологічних та акушерських протоколів.

Література

1. Наказ МОЗ України від 08.06.2023 № 1030. Затвердження Уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги "Травма".
2. Наказ МОЗ України від 26.03.2020 № 715. Уніфікований клінічний протокол "Кровотеча. Масивна крововтрата".

3. American College of Surgeons. Advanced Trauma Life Support (ATLS) Student Course Manual. (Актуальна версія, 11-е видання, 2022). Розділ "Trauma in Pregnancy".

Скорбач О.І.

ВПЛИВ АБДОМІНАЛЬНОЇ ГІСТЕРЕКТОМІЇ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН І ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Харківський національний медичний університет,

кафедра акушерства та гінекології №1,

м. Харків, Україна

Вступ

Гістеректомія залишається однією з найпоширеніших гінекологічних операцій. Щороку цю операцію виконують мільйонам жінок у всьому світі. Основними показаннями до хірургічного втручання є доброякісні або злоякісні захворювання матки [1, 2]. Незалежно від обсягу хірургічного втручання, у 60-85 % жінок розвиваються вегетативно-судинні, психоемоційні, метаболічні та ендокринні розлади, знижується самооцінка, виникає соціальна дезадаптація [3, 5]. Видалення матки, навіть із збереженням яєчників, може сприйматися пацієнткою як втрата частини своєї жіночої ідентичності, що сприяє формуванню емоційної нестабільності, тривоги або депресії, що призводить до зниження якості життя [4].

Мета

Метою даного дослідження було вивчення особливостей психоемоційних, вегетативно-судинних процесів та оцінка якості життя жінок після гістеректомії.

Матеріали та методи

У дослідженні взяли участь 40 жінок репродуктивного віку. Основну групу склали 20 жінок після хірургічного втручання (абдомінальна гістеректомія із збереженням обох яєчників). До контрольної групи увійшли 20 практично здорових жінок.

Для оцінки вегетативного стану використовували опитувальник О.М. Вейна. Емоційний стан оцінювали за рівнем тривожності за допомогою шкали

Спілбергера-Ханіна. Для оцінки якості життя через 1 тиждень і 6 місяців після операції використовували опитувальник Short Form-36 (SF-36).

Результати та обговорення

Дослідження показало, що жінки, які перенесли гістеректомію, найчастіше страждали від вегетативно-судинних розладів, включаючи припливи, тахікардію, біль у серці, підвищене потовиділення та головний біль.

Ознаки вегетативної дисфункції були виявлені у 75% жінок в основній групі, тоді як лише 25% мали вегетативний баланс.

При дослідженні тривожності у більшості пацієнтів основної групи домінувала помірنا тривожність. Переважали астеничні та депресивні прояви, що свідчить про емоційну нестабільність у післяопераційному періоді.

У жінок основної групи через 1 тиждень після операції середній показник якості життя за шкалою SF-36 становить $52,4 \pm 2,3$ бали, що достовірно нижче порівняно з контрольною групою ($82,0 \pm 2,0$, $p < 0,05$). Через 6 місяців після операції спостерігалось незначне покращення ($60,0 \pm 2,5$ балів), але якість життя залишалася статистично значно нижчою, ніж у здорових жінок ($p < 0,05$).

Висновки

Таким чином, у жінок репродуктивного віку після гістеректомії, окрім психоемоційних та вегето-судинних порушень, також знижується якість життя. Отримані дані свідчать про необхідність комплексної післяопераційної підтримки для збереження психоемоційного здоров'я та покращення адаптації жінок після операції.

Література

1. Bartels HC, Rogers AC, Janda M, Obermair A, Brennan DJ. Quality of life following minimally invasive hysterectomy compared to abdominal hysterectomy: A meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020;252:199-206. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.06.055
2. Kotani Y, Ishikawa T, Okamoto A, et al. Quality of life after laparoscopic hysterectomy versus abdominal hysterectomy: A prospective cohort study. *BMC Womens Health.* 2021;21(1):145. doi: 10.1186/s12905-021-01364-8

3. Martinez L, Lopez A. Psychological outcomes and body image after hysterectomy: A narrative review. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2019;40(3):189-197. doi:10.1080/0167482X.2018.1532843.
4. Janda M, Martin A, Obermair A. Hysterectomy and quality of life: long-term follow-up. *Qual Life Res.* 2021;30(3):815-822. doi:10.1007/s11136-020-02669-2.
5. Saini J, Gupta A, Patel R. Cardiovascular risks following hysterectomy: a cohort study. *Int J Cardiol.* 2023;370:50-56. doi:10.1016/j.ijcard.2023.01.012.

Ткачова О.В., Громко Є.А.

ЕКОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ЯК ФАКТОРИ РИЗИКУ ПОРУШЕННЯ
ЕМБРІОГЕНЕЗУ

Харківський національний медичний університет,
кафедра акушерства та гінекології №1,
м. Харків, Україна

Вступ

Ембріогенез є одним із найчутливіших періодів розвитку живого організму, під час якого будь-який зовнішній вплив може призвести до незворотних порушень морфогенезу та функціональної диференціації тканин. Екологічні фактори, такі як забруднення атмосферного повітря, важкі метали, пестициди, радіонукліди та індустріальні відходи, дедалі частіше розглядаються як ключові тератогенні агенти, що діють безпосередньо або через материнський організм. У сучасних умовах урбанізації, військових дій та техногенного навантаження особливої актуальності набувають дослідження, спрямовані на визначення взаємозв'язку між екотоксичними чинниками та змінами у процесах раннього ембріонального розвитку. За даними Європейського агентства з довілля до 25% випадків вроджених вад розвитку можуть бути асоційовані з впливом екологічних токсикантів у період гестації [1, с. 47].

Мета

Метою дослідження є визначити вплив екологічних факторів на перебіг і результати ембріонального розвитку в умовах антропогенного навантаження.

Матеріали та методи

Аналіз літературних джерел, клінічних і експериментальних досліджень.

Результати та обговорення

Екологічні забруднювачі здатні порушувати клітинну проліферацію, апоптоз та ангіогенез у критичні періоди ембріонального розвитку. Встановлено, що дія свинцю, кадмію та ртуті призводить до затримки росту ембріона, дефектів нервової трубки та серцево-судинних аномалій [2]. Метали проникають через плацентарний бар'єр, накопичуючись у тканинах плода, що супроводжується оксидативним стресом і порушенням експресії генів антиоксидантного захисту.

Особливо небезпечним є вплив поліциклічних ароматичних вуглеводнів (ПАВ) та діоксинів, які активують рецептори AhR, що регулюють гени детоксикації. У результаті змінюється клітинна диференціація, підвищується рівень апоптозу, що в експериментальних моделях щурів асоційовано зі збільшенням кількості ембріонів з морфологічними дефектами кінцівок і лицьового відділу [3].

Забруднення повітря твердими частками PM_{2.5} і PM₁₀ також визнано фактором ризику затримки внутрішньоутробного розвитку. Вагітні, які проживають у промислових районах, мають вищі показники плацентарної ішемії та гіпоксії плода. Патогістологічні дослідження свідчать про потовщення базальної мембрани хоріона, зменшення кількості синцитіокапілярних мембран і зниження щільності ворсинчастої мережі [4].

Радіаційні фактори, навіть у низьких дозах, викликають порушення реплікації ДНК, зміну хромосомного апарату й активацію механізмів репарації, що часто є неповними. Унаслідок цього в ембріональних тканинах спостерігається анеуплоїдія та структурні перебудови, які лежать в основі вроджених аномалій центральної нервової системи та кісткової тканини [5].

Пестициди (органофосфати, хлорорганічні сполуки) чинять кумулятивний ефект, спричинюючи ендокринні зрушення. Вони впливають на рівень естрогенів, прогестерону та тиреоїдних гормонів, що призводить до порушення нейрогенезу та плацентарного кровообігу. Дослідження ВООЗ засвідчують, що у регіонах із

високим рівнем агрохімічного навантаження частота вроджених вад розвитку у дітей зростає в 1,8-2,3 рази порівняно з екологічно безпечними територіями [6].

В умовах хронічного техногенного забруднення у матері формується системна запальна відповідь, що проявляється підвищенням рівня С-реактивного білка, інтерлейкінів (IL-6, IL-1 β) та TNF- α . Ці цитокіни здатні змінювати проникність плаценти й порушувати сигнальні шляхи розвитку ембріона [7]. Таким чином, екологічні чинники реалізують свій вплив як через пряме токсичне пошкодження, так і через опосередковані ендокринно-імунні механізми.

Висновки

Екологічні фактори, особливо важкі метали, пестициди та промислові забруднювачі повітря, чинять багатофакторний негативний вплив на ембріональний розвиток через оксидативний стрес, порушення генетичної регуляції та ушкодження плацентарного бар'єра. Розуміння цих механізмів має важливе значення для профілактики тератогенних ефектів і формування програм перинатального моніторингу у зонах екологічного ризику. Перспективою дослідження є розроблення комплексної системи оцінки біомаркерів екотоксичного впливу для ранньої діагностики ризиків патологічного ембріогенезу.

Література

6. European Environment Agency. Environmental health inequalities in Europe. Copenhagen: EEA, 2023. 128 p. URL: <https://www.eea.europa.eu/publications/environmental-health-inequalities>
7. Nordberg G. F., Fowler B. A., Nordberg M. (eds.) Handbook on the Toxicology of Metals. 5th ed. Amsterdam : Elsevier, 2022. 1196 p. URL: <https://www.sciencedirect.com/book/9780128229460/handbook-on-the-toxicology-of-metals>
8. Birnbaum L. S., Staskal D. F. Dioxins and health effects in humans. // Environmental Health Perspectives. 2004. Vol. 112, No. 1. P. 37–46. DOI: 10.1289/ehp.12060
9. Madhloum N., Cox B., Nawrot T. S. Air pollution and the placenta: a systematic

- review // Environment International. 2020. Vol. 138. Article 105678. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.envint.2020.105678>
10. De Santis M, Cesari E, Nobili E, Straface G, Cavaliere AF, Caruso A. Radiation effects on development. Birth Defects Res C Embryo Today. 2007 Sep;81(3):177-82. doi: 10.1002/bdrc.20099. PMID: 17963274.
11. World Health Organization. Preventing disease through healthy environments: exposure to pesticides – a global review. Geneva : WHO, 2022. 86 p. ISBN 978-92-4-006163-5. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061635>
12. Veras M. M., Damaceno-Ramos C., Caldini E. G., Saldiva P. H. N. Particulate urban air pollution affects the functional morphology of mouse placenta // Biology of Reproduction. 2008. Vol. 79, No. 3. P. 578–584. DOI: 10.1095/biolreprod.108.069591

Чехунова А.О., Власенко А.С.

ПРОГНОСТИЧНА РОЛЬ ІНТЕРЛЕЙКІНІВ (ІЛ-6, ІЛ-8) ТА МАТРИКСНОЇ
МЕТАЛОПРОТЕЇНАЗИ-9 У ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГАХ

Харківський національний медичний університет,

кафедра акушерства та гінекології №1,

м. Харків, Україна

Вступ

Передчасні пологи — це одна з головних причин хвороб і смертей серед новонароджених у всьому світі. Відомо, що їхній розвиток часто спричинений запаленням або мікробним зараженням амніотичної рідини. Саме тому науковці активно вивчають такі маркери запалення, як металопротеїназа-9 (ММР-9), інтерлейкін-6 (ІЛ-6) та інтерлейкін-8 (ІЛ-8), як потенційні маркери ризику передчасних пологів [1].

Мета

Визначити роль запальних медіаторів (ІЛ-6, ІЛ-8) та ферменту ММР-9 у патогенезі передчасних пологів і передчасному розриві плодових оболонок.

Матеріали та методи

Аналіз сучасних літературних джерел у базах PubMed, Google Scholar, даних ВООЗ та МОЗ України за останні 10 років

Результати та обговорення

Передчасні пологи (ПП) є провідною причиною перинатальної захворюваності та смертності [1, 2]. Особливе занепокоєння викликає передчасний розрив плодових оболонок (ПРПО), який спостерігається приблизно у 3% вагітностей і зумовлює близько третини всіх випадків ПП [3].

Попри доведену роль запальних реакцій та мікробної інвазії у патогенезі ПП і ПРПО, клінічне прогнозування цих станів залишається складним. Це зумовлено відсутністю надійних діагностичних інструментів, ефективних прогностичних біомаркерів (зокрема в материнській крові), особливо пов'язаних із запаленням, для ранньої діагностики та стратифікації ризику спонтанних пологів після ПРПО (особливо при терміні ≤ 30 тижнів), що дозволить покращити перинатальні результати [4, 5]

Протягом останнього десятиліття численні дослідження підтвердили тісний зв'язок між підвищеними рівнями запальних біомаркерів в амніотичній рідині та механізмами спонтанних передчасних пологів (СПП) у жінок із ПРПО. До цих ключових маркерів належать прозапальні цитокіни (ІЛ-6, ІЛ-8). [5, 6]

Окрім цитокінів, які регулюють імунну запальну реакцію, важливу роль у патогенезі передчасних пологів відіграють ферменти, що забезпечують ремоделювання тканин. Матриксна металопротеїназа-9 (ММР-9), є центральним елементом запального каскаду, сприяючи міграції лейкоцитів, активації прозапальних медіаторів (цитокінів і хемокінів) та деградації позаклітинного матриксу. Ці властивості роблять ММР-9 ключовим об'єктом дослідження як потенційного медіатора розриву плодових оболонок (РПО) і маркера внутрішньоутробного запалення. У жінок із ПРПО та мікробною інвазією амніотичної порожнини спостерігається суттєве підвищення експресії ММР-9 в амніотичній рідині [5]. З іншого боку, матриксна металопротеїназа-9 (ММР-9) відіграє ключову роль у деградації позаклітинного матриксу та регуляції запальних процесів. Цей фермент, що

належить до родини позаклітинних протеолітичних білків, активно індукується під час пологів і, як показано, бере участь у процесі відокремлення плаценти від матки. Дослідження виявили підвищену експресію MMP-9 в амніотичній рідині жінок із спонтанними передчасними пологами порівняно з доношеними пологами [7, 8, 9, 10].

Додаткові дані свідчать про важливу прогностичну роль інтерлейкіну-8 (ІЛ-8) в ускладненнях, пов'язаних із передчасними пологами. Зокрема, дослідження Sullivan G та співавт. [11] показало, що підвищений рівень ІЛ-8 у пуповинній крові не лише асоціюється з хоріоамніонітом – однією з ключових причин ПП, — але й корелює з ознаками незрілості білої речовини мозку у новонароджених протягом першого тижня життя.

Важливо, що підвищені рівні ІЛ-8 в амніотичній рідині були пов'язані з розривом плодових оболонок. Отримані результати поглиблюють розуміння молекулярних механізмів передчасного розриву плодового міхура і створюють основу для розробки нових терапевтичних стратегій [12, 13].

Враховуючи ключову роль запальних медіаторів і ферментів у патогенезі передчасних пологів, зростає інтерес до генетичних варіацій, здатних впливати на їх експресію та функціональну активність.

У клінічному аспекті, тест на ІЛ-6 в амніотичній рідині, що проводиться безпосередньо в місці надання медичної допомоги, дозволяє швидко виявляти внутрішньоамніотичне запалення у жінок з передчасними пологами та цілісними амніотичними оболонками, а результати можуть додатково підтверджуватися методом ELISA. Подальші дослідження необхідні, щоб з'ясувати, чи можуть результати тесту на ІЛ-6 слугувати орієнтиром для прийняття клінічних рішень і покращення перинатальних результатів [4]. Швидкі діагностичні тести для виявлення внутрішньоамніотичного запалення, тест на ІЛ-6, є перспективним інструментом для своєчасної ідентифікації та ведення вагітностей із групи ризику. Прогностична точність тесту на ІЛ-6 була підтверджена дослідженням Собо Т. та співавт. [14]: автоматизований імунологічний аналіз ІЛ-6 в амніотичній рідині у жінок із передчасними пологами продемонстрував високу узгодженість із традиційним методом ELISA

Висновки

Передчасні пологи залишаються значною проблемою перинатальної медицини, а передчасний розрив плодових оболонок підвищує ризик перинатальних ускладнень. Запальні медіатори, такі як ІЛ-6 та ІЛ-8, разом із ферментом ММР-9, відіграють ключову роль у розвитку спонтанних передчасних пологів і ускладнень у новонароджених. Швидкі тести на ІЛ-6 забезпечують раннє виявлення внутрішньоамніотичного запалення та можуть стати орієнтиром для своєчасного медичного втручання. Поєднання молекулярних і клінічних маркерів відкриває перспективу персоналізованого підходу до ведення вагітних із ризиком передчасних пологів. Своєчасна діагностика здатна поліпшити перинатальні результати та знизити ризик тяжких ускладнень у новонароджених.

Література

1. Gomes J., Au F., Basak A., Cakmak S., Vincent R., Kumarathasan P. Maternal blood biomarkers and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Crit. Rev. Toxicol.* 2019;49:461–478. doi: 10.1080/10408444.2019.1629873. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
2. La Verde M., Luciano M., Fordellone M., Sampogna G., Lettieri D., Palma M., Torella D., Marrapodi M.M., Di Vincenzo M., Torella M. Postpartum Depression and Inflammatory Biomarkers of Neutrophil-Lymphocyte Ratio, Platelet-Lymphocyte Ratio, and Monocyte-Lymphocyte Ratio: A Prospective Observational Study. *Gynecol. Obstet. Investig.* 2024;89:140–149. doi: 10.1159/000536559. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
3. Sae-Lin P, Wanitpongpan P. Incidence and risk factors of preterm premature rupture of membranes in singleton pregnancies at Siriraj Hospital. *J Obstet Gynaecol Res.* 2019;45(3):573–7. 10.1111/jog.13886 .[DOI] [PubMed] [Google Scholar]
4. <https://doi.org/10.3390/biomedicines13010118>
5. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244720>
6. Bhatti G., Romero R., Rice G.E., Fitzgerald W., Pacora P., Gomez-Lopez N., Kavdia M., Tarca A.L., Margolis L. Compartmentalized profiling of amniotic fluid

- cytokines in women with preterm labor. *PLoS ONE*. 2020;15:e0227881. doi: 10.1371/journal.pone.0227881. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
7. Sundrani D., Narang A., Mehendale S., Joshi S., Chavan-Gautam P. Investigating the expression of MMPs and TIMPs in preterm placenta and role of CpG methylation in regulating MMP-9 expression. *IUBMB Life*. 2017;69:985–993. doi: 10.1002/iub.1687. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
 8. Lea A.J., Vockley C.M., Johnston R.A., Del Carpio C.A., Barreiro L.B., Reddy T.E., Tung J. Genome-wide quantification of the effects of DNA methylation on human gene regulation. *eLife*. 2018;7:e37513. doi: 10.7554/eLife.37513. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
 9. AM M., Sh A. The Effect of B9 and B12 Vitamins Deficiency on Hypomethylation of MMP-9 gene Promoter Among Women with Preterm Parturition. *Biochem. Genet*. 2022;60:336–350. doi: 10.1007/s10528-021-10099-y. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
 10. Pandey M., Awasthi S., Baranwal S. IL-6: An endogenous activator of MMP-9 in preterm birth. *J. Reprod. Immunol*. 2020;141:103147. doi: 10.1016/j.jri.2020.103147. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
 11. Sullivan G., Galdi P., Cabez M.B., Borbye-Lorenzen N., Stoye D.Q., Lamb G.J., Evans M.J., Quigley A.J., Thrippleton M.J., Skogstrand K., et al. Interleukin-8 dysregulation is implicated in brain dysmaturation following preterm birth. *Brain Behav. Immun*. 2020;90:311–318. doi: 10.1016/j.bbi.2020.09.007. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
 12. Hong S., Park Y., Kim Y.M., Lee J.E., Kim H.J., Park K.H. Antibody microarray analysis of amniotic fluid proteins associated with subsequent ruptured membranes in women with threatened preterm labor. *Am. J. Reprod. Immunol*. 2021;85:e13371. doi: 10.1111/aji.13371. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
 13. Duran-Chavez J., Grandi C., Dos S.R.L., de Freitas S.F., Cardoso V.C., Carvalho Cavalli R. Relationship between metalloproteinase-2 and -9 levels in plasma and vaginal secretion with preterm birth. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol*.

2021;261:217–221. doi: 10.1016/j.ejogrb.2021.03.026. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

- 14.Cobo T., Aldecoa V., Holeckova M., Andrys C., Filella X., Jacobsson B., Kacerovsky M. A Rapid Amniotic Fluid Interleukin-6 Assessment for the Identification of Intra-Amniotic Inflammation in Women with Preterm Labor and Intact Membranes. *Fetal Diagn. Ther.* 2021;48:327–332. doi: 10.1159/000513660. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

Чехунова А.О., Бура М.С., Малявіна В.М.

ПОТЕНЦІАЛ HPV-ВАКЦИНАЦІЇ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Харківський національний медичний університет,
кафедра акушерства та гінекології №1,
м. Харків, Україна

Вступ

Рак шийки матки залишається однією з провідних причин смертності серед жінок. В Україні рівень захворюваності та смертності від раку шийки матки значно перевищує показники країн, де систематично проводиться вакцинація проти вірусу папіломи людини (ВПЛ). Відсутність широкого доступу до профілактичної вакцинації, низька поінформованість населення та обмежені можливості для раннього виявлення інфекції сприяють збереженню високого рівня захворюваності. З огляду на сучасні наукові дані, що підтверджують високу ефективність та безпечність вакцин проти ВПЛ, важливим завданням є впровадження системної вакцинації в Україні. Саме це робить дослідження теми надзвичайно актуальним як з точки зору громадського здоров'я, так і клінічної практики.

Мета

Проаналізувати сучасні можливості профілактики раку шийки матки за допомогою вакцинації проти ВПЛ, оцінити ефективність та безпечність наявних вакцин з урахуванням міжнародного досвіду та рекомендацій.

Матеріали та методи

В роботі було використано відкриті інформаційні ресурси, що містять актуальні дані щодо епідеміології вірусу папіломи людини (ВПЛ), профілактичної вакцинації та стану впровадження програм імунізації в різних країнах, зокрема в Україні.

Результати та обговорення

У багатьох промислово розвинених країнах поширеність ВПЛ-інфекцій серед молодих дорослих жінок коливається від 30% до 80%.

Час між піком інфекції ВПЛ та піком захворюваності на рак становить від двох до чотирьох десятиліть, що ускладнює раннє виявлення цього захворювання.

Глобальна поширеність ВПЛ-інфекції серед жінок з нормальною цитологією становить близько 11-12%, з найвищою поширеністю в країнах Африки (24%), Східній Європі (21%) та Латинській Америці (16%). Максимальні показники поширеності ВПЛ спостерігаються у жінок віком до 25 років, деякі з яких мають вторинний пік у перименопаузальному віці.

Поширеність зростає у жінок з цитологічною патологією шийки матки прямо пропорційно до тяжкості ураження, досягаючи близько 90% у жінок з цервікальною інтраепітеліальною неоплазією (ЦІН) 3 ступеня або інвазивним раком шийки матки. Ретроспективні дослідження показали, що майже 100% усіх випадків раку шийки матки є ВПЛ-позитивними. Частка ВПЛ-позитивних жінок, у яких виявлено ВПЛ16, значно зростає зі тяжкістю ураження.

Серед усіх існуючих типів ВПЛ лише деякі викликають рак. ВПЛ 16 та 18 типів відповідають за 70% випадків раку шийки матки у світі. ВПЛ 31, 33, 35, 45, 52 та 58 типів відповідають лише за 20% випадків.

Відкриття ВПЛ як причини раку шийки матки призвело до важливих наукових досягнень, включаючи розробку молекулярних тестів на ВПЛ для виявлення жінок з передраковими ураженнями шийки матки.

Профілактична вакцинація проти ВПЛ стала потужним інструментом первинної профілактики раку шийки матки, пов'язаних з ВПЛ. Наразі доступні три вакцини проти ВПЛ: бівалентна (проти ВПЛ 16/18), квадривалентна (проти ВПЛ

6/11/16/18) та 9-валентна вакцина (проти ВПЛ 6/11/16/18/31/33/45/52/58).

Проведені рандомізовані дослідження продемонстрували безпеку, імуногенність та високу ефективність бівалентних та квадριвалентних вакцин у профілактиці доінвазивних уражень, особливо при введенні в молодому віці, до контакту з ВПЛ. Клінічні випробування 9-валентної вакцини також продемонстрували безпеку, імуногенність та ефективність вакцини, а також її потенціал щодо суттєвого підвищення загальної профілактики захворювань, пов'язаних з ВПЛ.

Вакцина проти ВПЛ рекомендується для планової вакцинації у віці 11 або 12 років.

Консультативний комітет з питань імунізації також рекомендує вакцинацію для всіх осіб віком до 26 років, якщо вони не були належним чином вакциновані в більш молодому віці. Вакцинація проти ВПЛ проводиться у вигляді серії з двох або трьох доз, залежно від віку на момент першої вакцинації.

Вакцинація не рекомендується для осіб старше 26 років. Вакцинація проти ВПЛ осіб від 27 до 45 років дає менше переваг з кількох причин, зокрема тому, що більшість осіб цього вікового діапазону вже були інфіковані ВПЛ.

Рекомендований графік введення трьох доз вакцини — 0, 1–2 і 6 місяців.

Усі вакцини, що використовуються, проходять ретельні випробування на безпеку.

Найпоширенішими побічними реакціями, про які повідомлялося під час клінічних випробувань вакцин проти ВПЛ, були місцеві реакції у місці ін'єкції.

У вакцинованих осіб повідомлялося про різноманітні системні побічні реакції, включаючи нудоту, запаморочення, міалгію та знедужання. Однак ці симптоми виникали з однаковою частотою як у вакцинованих проти ВПЛ, так і у тих, хто отримав плацебо.

Жодних серйозних побічних ефектів не було пов'язано з жодною вакциною проти ВПЛ.

В Україні від раку шийки матки щорічно помирає понад тисяча жінок. В нашій країні щороку фіксують понад 20 випадків раку шийки матки на 100 тис.

населення, тоді як у країнах, де активно вакцинують від ВПЛ, є 4 випадки на 100 тисяч.

Висновки

Рак шийки матки є серйозним, але здебільшого попереджуваним захворюванням, основною причиною якого є персистентна інфекція вірусу папіломи людини (ВПЛ). Вакцинація проти ВПЛ ефективна та безпечна у профілактиці передракових уражень та зниженні поширеності ВПЛ-асоційованих захворювань. Впровадження програм щеплень призводить до відчутного зменшення кількості випадків раку шийки матки.

Щербина М.О., Діхтяренко В.О., Аралов О.М.

ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ РАННЬОЇ ПЛАЦЕНТАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ НА ПОДАЛЬШИЙ ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ

Харківський національний медичний університет,

кафедра акушерства та гінекології №1,

м. Харків, Україна

Вступ

Плацентарна недостатність – комплекс морфологічних, функціональних, гемодинамічних, імунологічних порушень, які беруть свій початок ще з моменту імплантації та порушення інвазії трофобласта [1, 2, 3]. Порушення функції плаценти є підґрунтям для розвитку таких ускладнень вагітності як преєклампсія, затримка росту плода, народження плода з низькою масою для поточного гестаційного віку, передчасні пологи, невиношування [4, 5]. Тому важливо корегувати даний стан на найбільш ранніх етапах гестації.

Мета

Метою даного дослідження стало визначення впливу комплексного лікування ранньої плацентарної недостатності на подальший перебіг вагітності та пологів.

Матеріали та методи

В дослідженні брали участь 105 вагітних в термінах від 16 до 22 тижнів

вагітності. Були розділені на 3 групи. До контрольної увійшли 40 жінок з фізіологічним перебігом вагітності. До Па групи – 35 жінок з ознаками плацентарної недостатності, що отримували стандартну загальновизнану терапію. До Пб групи було включено 30 вагітних, які крім стандартної терапії також отримували курси гіпербаричної оксигенації. Спостереження проводилось протягом всієї вагітності та післяпологового періоду, шляхом акушерського та гінекологічного огляду, збору скарг та анамнезу, аналізу медичної документації.

Результати та обговорення

З отриманих результатів видно, що середній термін розродження був більшим у жінок із плацентарною недостатністю, які в складі комплексної терапії проходили курси гіпербаричної оксигенації: $38,9 \pm 0,2$ тижня проти $38,1 \pm 0,2$ у групі Па при доношеній вагітності ($p < 0,05$). Передчасні пологи наступали в групі Пб в 16,6% випадків, в той час як після традиційного лікування передчасним розродженням закінчилися вагітності у 20%. Частота кесаревого розтину у групі Пб була нижчою і наближалася до показників контрольної групи. Слабкість пологової діяльності спостерігалась рідше серед пацієнток, яким додатково проводили оксигенотерапію (10% проти 11,4% у групі Па).

Прееклампсія розвинулась у 13,3% жінок Пб групи, що менше порівняно з пацієнтками, які отримували лише стандартне лікування (14,3%). Затримка розвитку плода у Пб групі не відзначалась, що збігалось з показниками у жінок із фізіологічним перебігом вагітності, тоді як у однієї пацієнтки Па групи діагноз ЗРП було встановлено на 35 тижні.

Ознаки плацентарної недостатності у пізньому терміні вагітності виявлялися у 8 жінок (26,6%), які отримували гіпербаричну оксигенацію у другому триместрі, тоді як у групі з традиційною терапією цей показник становив 12 випадків (34,2%). Екстрагенітальна патологія також частіше відмічалась у Па групі (37,1%) порівняно з Пб (30%).

Середній бал за шкалою Апгар у новонароджених жінок, які проходили оксигенотерапію, склав $8,7 \pm 0,2$, що практично відповідає фізіологічній вагітності ($8,9 \pm 0,2$) і перевищує показник групи Па ($7,9 \pm 0,2$) ($p < 0,05$). Крім того, діти з Пб

групи народжувались з більшою масою тіла — у середньому $3321,9 \pm 42,8$ г, тоді як у групі Па цей показник дорівнював $3120,1 \pm 59,6$ г ($p < 0,05$).

Висновки

Комплексне лікування ранньої плацентарної недостатності з включенням курсів гіпербаричної оксигенації більш позитивно впливає на перебіг вагітності та пологів ніж традиційні методики ведення.

Використання оксигенотерапії з підвищеним тиском може вважатись також профілактикою таких грізних станів як затримка розвитку плода, преєклампсія, передчасні пологи, тощо.

Література

1. Awamleh, Z., Gloor, G. B., & Han, V. K. M. (2019). Placental microRNAs in pregnancies with early onset intrauterine growth restriction and preeclampsia: Potential impact on gene expression and pathophysiology. *BMC Medical Genomics*, 12, 91. <https://doi.org/10.1186/s12920-019-0548-x> (!)
2. Wesolowski, S. R., & Hay, W. W., Jr. (2015). Role of placental insufficiency and intrauterine growth restriction on the activation of fetal hepatic glucose production. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 435, 61-68. <https://doi.org/10.1016/j.mce.2015.12.016> (!)
3. Ghi, T. (2022). Mechanisms of fetal adaptation to chronic hypoxia following placental insufficiency: A review. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 49(5-6), 279-292. <https://doi.org/10.1159/000525717> (!)
4. Kingdom, J. C., Keating, S., Fitzgerald, B., & Ray, J. G. (2012). The placenta in pre-eclampsia and intrauterine growth restriction. *Placenta*, 33(7), 568-571. <https://doi.org/10.1016/j.placenta.2012.03.011> (!)
5. Gaccioli, F., Cox, M., Torgersen, K., et al. (2021). Genomic imbalances in the placenta are associated with poor fetal growth. *Molecular Medicine*, 27, 3. <https://doi.org/10.1186/s10020-020-00253-4> (!)

Щербина М.О., Мерцалова О.В., Страховецька М.В.

ДОПЛЕРОМЕТРИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА КРОВОТОКУ ШИЙКИ МАТКИ ПРИ ФІЗІОЛОГІЧНИХ ПОЛОГАХ

Харківський національний медичний університет,

кафедра акушерства та гінекології №1,

м. Харків, Україна

Вступ

Сучасні підходи до реалізації державної програми безпечного материнства визначають вирішення питань прогнозування початку пологів. Своєчасна оцінка стану готовності шийки матки до пологів має велике значення при визначенні прогнозу перебігу майбутніх пологів, особливо якщо мова йде про вибір методу індукції, тому з'ясування механізмів і чинників, що сприяють початку спонтанної пологової діяльності є важливим науково-практичним завданням.

Біологічна готовність шийки матки напередодні мимовільних нормальних пологів за даними літератури є комплексом багаторівневих механізмів, що забезпечують зміни її морфологічного і біохімічного стану, відзначено, що імунологічні аспекти цього процесу є провідними, з погляду локальної запальної реакції шийки матки.

Імунологічні зміни стану вагітної, що відбуваються в шийці матки перед пологами патогенетично пов'язані із особливостями гемодинамічними характеристиками шийкового кровотоку.

Мета

Метою дослідження стало вивчення показників кровотоку в судинах шийки матки для оцінки їх в якості об'єктивних маркерів допологових перетворень напередодні фізіологічних пологів.

Матеріал та методи

Відповідно до мети дослідження обстежено 75 вагітних при терміні вагітності 38-40 тижнів. У досліджувані групи включали першовагітних без важкої екстрагенітальної і акушерської патології. У дослідження не були включені жінки з повторною вагітністю та пологами, вагітні, що надійшли для планового оперативного

розродження, а також із загостреннями хронічних екстрагенітальних захворювань, підвищеною температурою, важкими формами преєклампсії.

Обстежені жінки були розділені на дві клінічні групи при надходженні до стаціонару, в залежності від ступеня зрілості шийки матки. Ступінь зрілості шийки матки оцінювалася за шкалою EN Bishop (1964). Групу 1 склали 29 пацієток з зрілою шийкою матки (9–13 балів), групу 2 – 31 вагітна з недостатньо зрілою шийкою матки (6–8 балів). Контрольну групу склали 15 першовагітних при терміні вагітності 35–36 тижнів до початку фізіологічних процесів ремоделювання шийки матки до пологів, у яких не було ознак загрозливих передчасних пологів і порівнянних з жінками 1 і 2 груп за анамнезом і соматичним статусом.

Ехографічне та доплерометричне дослідження проводили за допомогою ультразвукових діагностичних приладів Aloka SSD – 3500 SV (Японія) із функцією кольорового доплеровського картування, застосовували трансабдомінальний та трансвагінальний датчики. При трансабдомінальному дослідженні визначали показники кровотоку у загальній матковій артерії в низхідному та висхідному відділах, а при трансвагінальному дослідженні – в артеріях та венах строми шийки матки та в ділянці перешийка. Вимірювали індекс резистентності (IP) та систоло-діастолічне відношення (СДВ), для венозних судин – середню венозну швидкість (V_{mean}).

Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використанням програми «STATISTICA-6».

Результати та обговорення

Вік обстежених вагітних склав від 18 до 33 років в середньому – 25,7. Пацієток можна було порівняти між собою за віком, особливостям статевої і менструальної функції ($p < 0,05$). В анамнезі серед гінекологічної патології переважали запальні захворювання жіночих статевих органів – 49,4 %, і 64,6 % в 1 і 2 групах відповідно, ектопія шийки матки – 38,5 %, 51,6 % відповідно ($p < 0,05$).

Результати дослідження основних показників цервікального кровотоку у вагітних досліджених груп показали достовірні відмінності індексів судинного опору в судинах, які живлять шийку матки. Відзначено достовірно більш низькі показники систоло-діастолічного відношення і індексу резистентності у жінок 1 групи в

порівнянні з вагітними 2 групи і контрольної групою як в загальній маткової артерії, висхідній і в низхідній її гілках так і в артеріях та венах строми шийки матки.

Таким чином процес підготовки організму до пологів пов'язаний з посиленням гемодинаміки шийки матки. Комплексний підхід до дослідження особливостей різних патогенетичних варіантів забезпечення готовності організму вагітної до пологів дозволить сформуванню об'єктивні підходи до питань прогнозування ефективності індукції і преіндукції пологів, а також виникнення аномалій пологової діяльності.

Висновки

1. Гемодинамічними особливостями «зрілої» шийки матки у вагітних є посилення артеріального кровотоку в низхідних відділах маткової артерії та стромальних судинах шийки матки та уповільнення швидкостей кровотоку венозних судин.

2. Імунорегуляторні маркери можливо грають важливу роль в забезпеченні гемодинамічної перебудови шийки матки напередодні пологів.

Щербина М.О.¹, Нагута Л.О.¹, Щербіна І.М.², Антонян І.М.³

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КОНСЕРВАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ РЕКТОВАГІНАЛЬНИХ НОРИЦЬ

¹Харківський національний медичний університет,
кафедра акушерства та гінекології №1,

м. Харків, Україна

²Харківський національний медичний університет,
кафедра акушерства, гінекології, дитячої гінекології та медичної генетики,

м. Харків, Україна

³Харківський національний медичний університет,
кафедра урології,

м. Харків, Україна

Вступ

Ректовагінальні нориці відносяться до досить рідкісної патології і складають близько 3 % гінекологічних ускладнень, але потребує своєчасної діагностики та

лікування. Це захворювання характеризується наявністю отвору, який утворюється між піхвою та прямою кишкою, коли виникає пошкодження тканин у певному місці та має схильність до рецидивів. Через саме цей отвір у піхву потрапляють калові маси і газ. Ректовагінальні нориці можуть бути різноманітними за формами та розмірами. Ця патологія викликає у пацієнтів значний фізичний та психоемоційний стрес, найбільш часто зустрічається у жінок молодого віку, які у минулому мали розриви промежини III ступеню у пологах та інші акушерські травмування, а саме: тривалі та стрімкі пологи, при накладанні акушерських щипців, що може призвести до ураження стінок піхви, прямої кишки та сечового міхура, ускладнення після оперативних втручань, таких як гістеректомія, кесарів розтин, після оперативних втручань на прямій кишці або сечовивідних шляхах, після перенесених запальних процесів чи перфорації органів малого тазу (Рис.1). Іноді ректовагінальні нориці утворюються через неспроможності післяопераційних швів чи випадкового ураження тканини [1]. Як правило, утворення ректовагінальних нориць поєднується з недостатністю анального сфінктера, що в свою чергу призводить до зниження якості життя, спричиняючи фізичний дискомфорт. Після хірургічного лікування досить часто відбуваються рецидиви ректовагінальних нориць, які коливаються від 20 до 80%, тому що хірургічне лікування цієї патології без урахування більшості факторів, які впливають на наслідки післяопераційного лікування можуть призводити до незадовільних результатів.

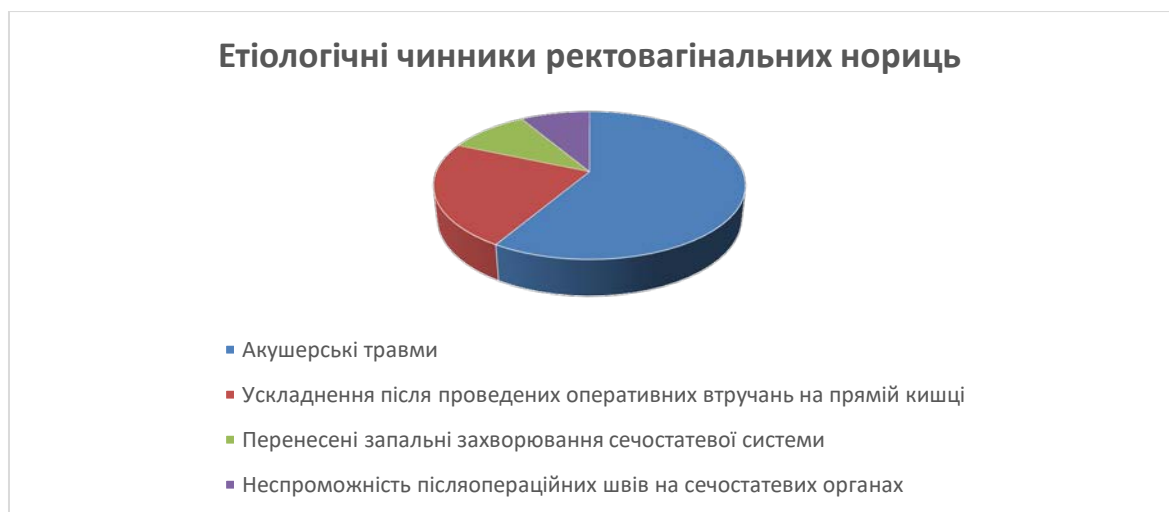


Рис.1. Етіологічні чинники ректовагінальних нориць

У більшості випадків ректовагінальна нориця є набуте захворювання, але у медичній практиці зустрічаються і випадки вроджених форм даного захворювання. Ці форми, як правило, діагностуються в ранньому дитячому віці та успішно виліковуються. Ректовагінальні нориці також можуть бути ускладненням неовагінальної конструкції при вроджених аномаліях, так і в якості оперативних втручань по зміні статі. Частота даної проблеми після проведених операцій по зміні статі складає близько 16% цієї патології [2]. Ректонеовагінальна нориця є тяжким ускладненням після проведеної вагінопластики та може виникати самостійно, незалежно від техніки проведеного оперативного лікування. Нориці, які утворюються при відсутності вірогідного пошкодження прямої кишки, можуть бути результатом прихованого судинного пошкодження прямої кишки. Інші механізми можуть включати невпорядковане загоєння вчасно не діагностованої травми прямої кишки. В порівнянні з первинною вагінопластиком, ревізійна вагінопластика має значно вищий ризик утворення ректонеовагінальних нориць. Для досягнення функціональної спроможності неовагіни потрібно видалити залишки піхви. До ускладнень вагінопластики, можна віднести інфіковану неовагінальну гематому, абсцеси, частковий некроз слизової оболонки або ділянки кишківника [1].

Додаткові методи дослідження можуть бути необхідні для підтвердження наявності нориці та визначення ступеню даного захворювання. Трансректальне та трансвагінальне ультразвукове дослідження використовують для діагностики нижнього норичного отвору. Проксимальні нориці найкраще діагностувати при допомозі вагінографії, фістулографії або комп'ютерної томографії з контрастуванням прямої кишки. Такий метод діагностики, як ендоскопія, необхідна, якщо є підозра на запалення кишківника. Діагностування під знеболенням з біопсією можуть потребувати пацієнти з попереднім опроміненням з приводу злоякісних новоутворень. Цілком додаткові методи дослідження необхідні у тих випадках, коли ректовагінальна нориця не піддається ідентифікації при фізикальному огляді [3].

У всіх пацієнтів є обов'язковим оцінювання утримання кала, однак у деяких

випадках можуть виникнути труднощі з диференціюванням нетримання сечі, яке може бути викликано норицею, основним захворюванням або травмою анального сфінктеру [6]. Визначення причини нетримання сечі, якщо таке є, важливо для прийняття тактики лікування з приводу ректовагінальної нориці. Трансректальне ультразвукове дослідження та магнітно-резонансна томографія більш достовірні у виявленні дефекту сфінктеру. Ендолюмінальна ультразвукова діагностика включає візуалізацію в реальному часі. Даний метод дослідження дозволяє визначити зовнішній і внутрішній сфінктери, що дає змогу визначити морфологічну класифікацію. Окрім того, ендосонографія допомагає виявити розташування і напрямок нориці, розташування внутрішніх норичних отворів [4].

При виборі методу лікування цієї патології має місце вплив декількох факторів, такі, як: висота стояння нориці, діаметр отвору нориці, товщина ректовагінальної перетинки та довжина нориці, причини утворення ректовагінальної нориці. Без кваліфікованого лікування дана патологія призводить до тяжких ускладнень, таких як: дерматиту промежини, хронічним інфекційним процесам сечостатевої системи, загальному дискомфорту, психосоціальним проблемам [5].

Вищеописані показники свідчать про необхідність своєчасного лікування та спонукають до пошуку сучасних консервативних методів лікування, які будуть направлені на усунення цієї патології та на збереження здоров'я, підвищенню працездатності та покращення якості життя жінок після лікування ректовагінальних нориць. Консервативна терапія також може бути використана як підготовчий етап перед застосуванням хірургічного втручання або як самостійний метод лікування у випадках коли хірургічне лікування недоцільно [7].

Досить часто ця патологія потребує комплексного лікування, яке включає в себе консервативне лікування, тобто антибіотикотерапію, корекцію супутніх захворювань та реабілітаційних заходів, спрямованих на усунення цього захворювання.

Успіх консервативного лікування ректовагінальних нориць залежить від розміру та місця розташування нориці, також від супутніх захворювань. Основні

методи лікування включають консервативну терапію, яка направлена на покращення загоєння, введення спеціальних препаратів, які сприяють закриттю та загоєнню нориці. Медикаментозна терапія також включає і застосування антибіотиків для боротьби з інфекційним процесом, протизапальних препаратів для зменшення запалення, також препаратів, які покращують кровообіг в ділянці нориці. Доцільним є рекомендації щодо дієти, яка в свою чергу направлена на зменшення частоти та консистенції випорожнень, що сприяє загоєнню нориці [4].

Ця патологія, в свою чергу викликає значний дискомфорт у пацієнтів, запальні процеси та психологічні страждання, що значно порушують якість життя у жінок. Зазвичай нориці класифікують за локалізацією процесу, причинами формування самої нориці та клінічним проявом захворювання. Ця патологія в практиці зустрічається нечасто, але потребує завчасної діагностики та лікування. Без лікування дана патологія може призвести до тяжких ускладнень, а саме: до хронічних і рецидивуючих інфекцій сечостатевої системи, подразнення чи запалення піхви, неконтрольованого випорожнення, нетримання калу, подразнення промежини та шкіри навколо ануса, до проблем з інтимним життям та психосоціальних проблем.

Мета

Для визначення нашої мети ми вивчили аспекти ефективності удосконалення консервативного лікування ректовагінальних нориць при допомозі використання вагінальних тампонів з антибактеріальними мазями.

Матеріали та методи

Для визначення нашої мети ми дослідили 28 жінок (1 група) з ректовагінальними норицями віком від 29 до 40 років. Превалюючим етіологічним чинником формування ректовагінальної нориці у даній групі були акушерські травми під час пологів у 12 (42,85%) жінок, та у 16 (33,3%) пацієнтів були відмічені затяжні пологи з тривалим безводним проміжком відповідно. У 2-х (7,14%) пацієнтів ректовагінальні нориці розвинулись на 8-му добу після пологів, у 20-и (71,42%) – дана патологія була виявлена на 10-ту добу після пологів. Всі хворі мали скарги на виділення кишкового вмісту та газів через піхву, відмічали загальний

дискомфорт, печію, свербіж у ділянці піхви та промежини. Виділення з піхви мали гнійний характер з неприємним запахом. Групу порівняння склали 30 здорових жінок (контроль), яким не було необхідності проводити лікування. Схема лікування пацієнтів 1-ї групи складалася із застосування вагінальних тампонів із антибактеріальними мазями 3 рази на добу протягом 12 днів.

Всім хворим було проведене вагінальне обстеження, де було виявлено наявність вагінальної нориці, проведена оцінка її локалізації, визначення глибини та напрямку нориці. При вагінальному обстеженні в дзеркалах було виявлено наявність запальних процесів у піхві та шийці матки, проведено клініко-лабораторне дослідження крові, бактеріологічне дослідження піхви. Кожна із пацієнтів була обстежена та проконсультована проктологом.

Результати та обговорення

При ректовагінальному дослідженні пацієнтів 1-ї групи було виявлено наявність ректовагінальної нориці та проведена її оцінка. За локалізацією у 6 (21,42%) жінок було відмічено низьку локалізацію, 30 міліметрів вище присінка піхви, у 22 (78,57%) пацієнтів розташування ректовагінальної нориці серединне, на 40 міліметрів вище ануса. У 5 (83%) пацієнтів з низькою локалізацією ректовагінальної нориці при ректовагінальному огляді відмічався канал, який був обмежений злуками та мав накопичення гнійного вмісту. В клініко-лабораторних дослідженнях крові у всіх пацієнтів 1-ї групи відмічався лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво, що в свою чергу свідчить про наявність запального процесу. При бактеріологічному дослідженні піхви було виявлено значну кількість лейкоцитів та *Escherichia coli* у10⁸, лактобактерії були відсутні.

При лікуванні жінок даної групи, з ректовагінальними норицями, із застосуванням тампонів з антибактеріальними мазями, після проведеного лікування протягом 10 днів, значно краща визначалася гінекологічна ситуація: відмічалось відсутність кишкового вмісту та виділення газів з піхви, значно покращився загальний стан пацієнтів, нормалізувалися клініко-лабораторні показники та у бактеріологічному дослідженні піхви *Escherichia coli* відповідала 10³, що свідчить про задовільний результат даного лікування. Після проведеного

вагінального обстеження в дзеркалах значно покращився стан слизової оболонки піхви.

Висновки

Можна зробити висновки, що застосування консервативного лікування ректовагінальних нориць при допомозі використання вагінальних тампонів з антибактеріальними мазями є ефективним методом лікування та може бути рекомендовано для практичного застосування.

Література

1. Bhama AR, Schlüssel AT. Evaluation and Management of Rectovaginal Fistulas. *Dis Colon Rectum*. 2018 Jan;61(1):21-24.
2. Egziabher, T.G. Obstetric fistula management and predictors of successful closure among women attending a public tertiary hospital in Rwanda: a retrospective review of records / T.G. Egziabher, N. Eugene, K. Ben, K. Fredrick // *BMC Res Notes*. – 2015. - № 12(8). – P.774.
3. Ishimaru T, Kawashima H, Tainaka T, Suzuki K, Takami S, Kakihara T, Katoh R, Aoyama T, Uchida H, Iwanaka T, Laparoscopically Assisted Anorectoplasty for Intermediate-Type Imperforate Anus: Comparison of Surgical Outcomes with the Sacroperineal Approach. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2020 Mar;30(3):350-354.
4. Knuttinen MG, Yi J, Magtibay P, Miller CT, Alzubaidi S, Naidu S, Oklu R, Kriegshauser JS, Mar WA, Colorectal-Vaginal Fistulas: Imaging and Novel Interventional Treatment Modalities. *J Clin Med*. 2018 Apr 22;7(4)
5. Karp, N.E. Do the Surgical Outcomes of Rectovaginal Fistula Repairs Differ for Obstetric and Nonobstetric Fistula? A Retrospective Cohort Study / N.E. Karp, E.K. Kobernik, M.B. Berger, C.M. Low // *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. – 2019. - № 25(1). – P. 36-40.
6. Thubert T, Cardailiac C, Fritel X, Winer N, Dochez V. [Definition, epidemiology and risk factors of obstetric anal sphincter injuries: CNGOF Perineal Prevention and Protection in Obstetrics Guidelines]. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 2018 Dec;46(12):913-921.

7. Zheng Y, Zhang N, Lu W, Zhang L, Gu S, Zhang Y, Yi X, Hua K. Rectovaginal fistula following surgery for deep infiltrating endometriosis: Does lesion size matter. J Int Med Res. 2018 Feb; 46(2):852-864.

Зміст

Вигівська Л.А., Гасанова Гулчін Бакір кизи ВПЛИВ РІВНЯ ЕСТРОГЕНУ НА ВИНИКНЕННЯ МІГРЕНІ	3
Вигівська Л.А., Петренко А.І. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПРОФІЛАКТИКИ ПРЕЕКЛАМПСІЇ У ВАГІТНИХ	5
Вигівська Л.А., Ракитянський І.Ю. ЕХОГРАФІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗА В МОЛОДИХ ЖІНОК З НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЮ ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ	9
Гайструк Н.А., Вакуленко Л.О., Гайструк А.Н. СТАТЕГІЧНІ ПЕРСПЕКТИВИ СПІВПРАЦІ АКУШЕР-ГІНЕКОЛОГІВ ТА НЕВРОЛОГІВ ДЛЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ В УМОВАХ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ. КОНЦЕПЦІЯ ЛІКУВАННЯ.....	11
Гайструк Н.А, Дубас Л.Г, Гайструк А.Н. МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ БАГАТОВОДДІ У ВАГІТНИХ ПІД ВПЛИВОМ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ ТА ІНФЕКЦІЙНИХ РИЗИКІВ: ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ.....	13
Демиденко О.Д., Кумар Анжелі, Лісовіна Л.О. ПОРІВНЯННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ В МІЖНАРОДНИХ РЕКОМЕНДАЦІЯХ ТА УКРАЇНСЬКИХ ПРОТОКОЛАХ	16
Кузьміна О.О., Малярєнко В.Р., Грицьков В.А. ОЧІКУВАННЯ ЖІНОК ВІД ЛІКАРЯ-ГІНЕКОЛОГА: АНКЕТУВАННЯ ПАЦІЄНТОК РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП	20
Лахно І.В., Дьоміна О.В., Ромаєва В.П., Сикал І.М., Шаповал Д.М., Пак С.О. ВПЛИВ ВОЄННОГО ЧАСУ НА СТАН ЗДОРОВ'Я СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ВАГІТНИХ.....	24

Мартинюк В.М., Маланчин І.М.	
СУЧАСНІ МАРКЕРИ ДІАГНОСТИКИ ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ	30
Нагута Л.О., Вакуленко А.І.	
ЗМІНА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЖІНКИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ	32
Плахотна І.Ю.	
СУЧАСНІ ТА МАЙБУТНІ МОЖЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ БАКТЕРІАЛЬНОГО ВАГІНОЗУ	34
Потапова Л.В., Колінько Є.С., Стіба А.В.	
ЕФЕКТИВНІСТЬ ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ В ПРОФІЛАКТИЦІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ	39
Потапова Л.В., Москалець М.О.	
НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВАГІТНИМ В БОЙОВИХ УМОВАХ.....	42
Скорбач О.І.	
ВПЛИВ АБДОМІНАЛЬНОЇ ГІСТЕРЕКТОМІЇ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН І ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ	45
Ткачова О.В., Громко Є.А.	
ЕКОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ЯК ФАКТОРИ РИЗИКУ ПОРУШЕННЯ ЕМБРІОГЕНЕЗУ	47
Чехунова А.О., Власенко А.С.	
ПРОГНОСТИЧНА РОЛЬ ІНТЕРЛЕЙКІНІВ (ІЛ-6, ІЛ-8) ТА МАТРИКСНОЇ МЕТАЛОПРОТЕЇНАЗИ-9 У ПЕРЕДЧАСНИХ ПОЛОГАХ.....	50
Чехунова А.О., Бура М.С., Малявіна В.М.	
ПОТЕНЦІАЛ НRV-ВАКЦИНАЦІЇ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ.....	55
Щербина М.О., Діхтяренко В.О., Аралов О.М.	
ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ РАННЬОЇ ПЛАЦЕНТАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ НА ПОДАЛЬШИЙ ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ ...	58
Щербина М.О., Мерцалова О.В., Страховецька М.В.	
ДОПЛЕРОМЕТРИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА КРОВОТОКУ ШИЙКИ МАТКИ ПРИ ФІЗІОЛОГІЧНИХ ПОЛОГА	61

Щербина М.О., Нагута Л.О., Щербіна І.М., Антонян І.М.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КОНСЕРВАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ РЕКТОВАГІНАЛЬНИХ НОРИЦЬ.....	63
Зміст	70

Наукове видання

*М'ясоєдов Валерій Васильович
Наконечна Оксана Анатоліївна
Щербина Микола Олександрович
Мерцалова Ольга Владиславівна
Потапова Лілія Вікторівна
Аралов Олег Миколайович*

ІННОВАЦІЙНІ ПИТАННЯ В АКУШЕРСТВІ ТА ГІНЕКОЛОГІЇ

Матеріали

VI Міжнародної науково-практичної конференції

(м. Харків, 24 жовтня 2025 р.)

Відповідальний за випуск О.В. Мерцалова

Комп'ютерна верстка О.М. Аралов

Формат А4. Умов. друк. арк. 4,56.

Редакційно-видавничий відділ

ХНМУ, пр. Науки 4, м. Харків, 61022

izdatknurio@gmail.com

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготовлювачів і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.