



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

ЗБІРНИК ТЕЗ

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

до 220-річчя кафедри акушерства та гінекології № 2

Харківського національного медичного університету

4 квітня 2025 року



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

Харків – 2025

УДК: 618(082)

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

Сафонов Р.А., Тіщенко О.М.

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

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

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

Редакція не відповідає за зміст тез, які представлені авторами.

ЗМІСТ

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

ДЕЯКІ ГОРМОНАЛЬНІ ТА УЛЬТРАЗВУКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ У ЖІНОК З ПУХЛИНАМИ ЯЄЧНИКІВ ТА ОЖИРІННЯМ <i>Зуб О. В., Карпенко В. Г., Пасієшвілі Н. М.</i> м. Харків.....	26
PSYCHOLOGICAL STATE OF WOMEN WITH HYPERTENSIVE DISORDERS DURING PREGNANCY <i>Курьченко М. М., Сіусіука В. Г.</i> Zaporizhzhia.....	27
THE POSSIBLE ROLE OF FETAL GROWTH RESTRICTION IN MATERNAL CARDIOVASCULAR DISEASE <i>Lakhno I. V., Diomina O. V., Sharoval D. M., Sykal I. M., Romaieva V. P., Pak S. O.</i> Kharkiv.....	29
ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНА АНГІОТЕНЗИНОГЕНУ II 235 М→Т У ВАГІТНИХ З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ <i>Лоскутова Т. О.</i> м. Дніпро.....	31
ВПЛИВ МАТЕРИНСЬКО-ПЛОДОВОЇ ІНФЕКЦІЇ НА ПРОЦЕСИ ЕРИПТОЗУ У ВАГІТНИХ <i>Кудін І. Д., Борзенко І.Б.</i> м. Харків.....	34
ІМУНОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ І ЦИТОКІНИ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНІЙ НЕДОСТАТНОСТІ <i>Кузьміна І. Ю., Кузьміна О. А.</i> м. Харків.....	36
БІОЦЕНОЗ ПІХВИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ХРОНІЧНИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПРИДАТКІВ МАТКИ <i>Куксенко Л. А., Гусев В. М.</i> м. Кропивницький.....	37
ПЕЛОЇДОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ПРИДАТКІВ МАТКИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ <i>Куксенко Л. А.</i> м. Лиман.....	40
ПЕРИНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ ТРАВМ ЖИВОТА У ВАГІТНИХ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ <i>Кулікова О. В., Тищенко О. М.</i> м. Харків.....	42
РОЛЬ ГІСТЕРОСКОПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ БЕЗПЛІДДЯ <i>Луцький А. С., Луцька С. В.</i> м. Харків.....	44
ВІДДАЛЕНІ НАСЛІДКИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ НА МАТЦІ НА МЕНСТРУАЛЬНУ ТА ОВУЛЯТОРНУ ФУНКЦІЮ ЖІНОК <i>Мудра Ю. С.</i> м. Бровари.....	46

ІСТМОЦЕЛЕ. СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ <i>Сафонов Р. А., Сафонова І. М.</i> м. Харків.....	47
ОСОБЛИВОСТІ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІЯ У ПІЗНЬОМУ РЕПРОДУКТИВНОМУ ПЕРІОДІ <i>Страховецька Ю. В.</i> м. Київ.....	49
ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЛОДА ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ДОПЛЕРОГРАФІЇ. <i>Сусідко О. М.</i> м. Київ.....	50
ОГЛЯД СУЧАСНИХ ТА НОВІТНІХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ Й ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ: ПЕРСПЕКТИВИ ТА ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ <i>Сухоруков І. Ю., Поваляев О. А., Нагута Л. О.</i> м. Харків.....	50
СУЧАСНІ АСПЕКТИ РЕТРОХОРІАЛЬНИХ ГЕМАТОМ: КЛІНІКО-ЕНДОКРИНОЛОГІЧНІ ТА ЕХОГРАФІЧНІ <i>Талько О. В., Вдовиченко С. Ю.</i> м. Київ.....	52
ВПЛИВ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ЖІНОК-ЛІКАРІВ: АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО НАВАНТАЖЕННЯ <i>Феськова А. О., Конопля Л. А.</i> м. Харків.....	53
СТАН ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ, НАРОДЖЕНИХ ВІД МАТЕРІВ З ОЖИРІННЯМ ТА НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА <i>Фролова Т. В., Лазуренко В. В., Железняков О. Ю., Осман Н. С., Стенкова Н. Ф., Терещенкова І. І., Карпушенко Ю. В., Сіняєва І. Р., Амаш А. Г., Ащеулов О. М.</i> м. Харків.....	56
РОЗРОБКА МОДЕЛІ ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЦИДИВУ ТА ПРОГРЕСУВАННЯ ГІПЕРПЛАЗІЇ ЕНДОМЕТРІУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ГОРМОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ <i>Хасхачих Д. А., Гарагуля І. С.</i> м. Дніпро.....	59
ВПЛИВ СПОСОБУ ЖИТТЯ НА РОЗВИТОК СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ <i>Чабан Ю. А., Корчинська О. О.</i> м. Ужгород.....	62
РОЛЬ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В ОХОРОНІ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ <i>Шапкін В. Є., Заздравнов А. А.</i> м. Харків.....	63

**ВІТАМІНИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ: ОСНОВИ БЕЗПЕЧНОГО
ЗАСТОСУВАННЯ**

Шарашидзе А. Г., Лазуренко В. В.

м. Харків..... 65

**ВПЛИВ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА
ПЕРИНАТАЛНІ НАСЛІДКИ РОЗРОДЖЕННЯ**

Щедров О. А.

м. Київ..... 67

**ЕФЕКТИВНІСТЬ БІПОЛЯРНОЇ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ
РЕЗЕКЦІЇ/КОАГУЛЯЦІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ СКВАМОЗНОЇ МЕТАПЛАЗІЇ
СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ СЕЧОВОГО МІХУРА**

Щирін О. Л.

м. Київ..... 68

ІСТОРІЯ КАФЕДРИ АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2
ХАРКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
(до 220-річчя дня заснування)

Лазуренко В. В., Лященко О. А., Овчаренко О. Б.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Історія кафедри є складовою частиною розвитку акушерства та гінекології в Україні. Становлення кафедри нерозривно пов'язано з ХНУ ім.В.Н.Каразіна, заснованого 17 січня 1805 року. Серед 6 кафедр ХНУ була кафедра повивального містечтва. Завідувачами кафедри за цей час були: ад'юнкт медицини Авраам Якович **Калькау (1805-1811)**, викладав акушерство латинською мовою 2 години на тиждень; **І.П.Каменський (1811-1819)** читав лекції 4 рази на тиждень за підручником Н.М.Максимовича-Амбодика «Мистецтво сповивання або Наука про бабіче діло»; **І.Гнедич (1821-1823)** ввів відправцювання акушерських навичок на фантомі; **О.П.Богородицький (1824-1826)** порушив питання про відкриття акушерської клініки. В 1829 р. на Університетській гірці була відкрита перша акушерська клініка на 4 ліжка. В цей час зав.кафедри був **А.І.Блюменталь (1827-1834)** і студенти мали змогу отримувати як теоретичні так і клінічні знання. Під час завідування **Ф.І.Гана (1834-1862)** клініка була розширена до 6 ліжок, займала 6 кімнат, працювали лікар-ординатор, його помічник, акушерка. Клініка мала акушерський інструментарій, готовила лікарів-акушерів, бабок-повитух, були написані навчальні посібники, наукові праці.

Яскраву сторінку в історію акушерства вписав **Іван Павлович Лазаревич (1862-1885)**, який розширив клініку до 25 ліжок, створив Повивальний інститут для підготовки акушерок. Викладання акушерства та гінекології базувалося на вивченні анатомії та фізіології організму жінки; заняття проводилися безпосередньо біля ліжка хворої, де здійснювалося засвоєння практичних навичок. І.П.Лазаревич розглядав пологи як рефлекторний процес; приділяв увагу стану нервової системи, запровадив бесіди з вагітними для зняття страху перед пологами; вивчав причина слабкості пологової діяльності; проблему еклампсії; реанімацію новонароджених з асфіксією; питання гіпогалактії. Він створив ряд інструментів, зокрема прямі акушерські щипці; запропонував хлороформ, ефір для знеболювання пологів; зовнішній спосіб видалення посліду (спосіб Креде-Лазаревича); операцію оваріотомію, видалення матки.

Він написав «Атлас гінекологічних та акушерських інструментів», 2-томний підручник «Курс акушерства»; монографії «Діяльність жінок»; «Увага до дітей та матерів».

З 1885 до 1902 р кафедрою завідував видатний вчений **М.П. Толочин**, який запропонував метож зупинки атонічних маткових кровотеч шляхом тампонади матки; описав клініку незарощення міжшлуночнової перегородки у новонароджених (хвороба Толочина - Роже); збудував нове приміщення пологового будинку на 40 ліжок, кількість пологів за рік зросла до 400, операцій - до 100. Надалі завідувачами кафедри були: **Павло Аفرіканович Ясинський (1902-1903)** - автор підручника «Курс акушерства»; **Павло Васильович Міхін (1903-1912)**— розвивав бактеріологічний вплив на акушерсько-гінекологічну патологію; був чудовим лектором; **В.Д.Брант (1912-1922)**.

Необхідно відзначити, що з 1861 р до 1917 р. на кафедрі було підготовлено 13 професорів, 4950 лікарів, понад 3500 акушерок, видано більше 300 наукових праць, написано 3 підручника з акушерства, 1 з педіатрії, надана спецдопомога тисячам жінок, стали проводитись конкурси на кращу студентську роботу.

В 1920 р. зі складу ХНУ відокремився медичний факультет, який разом з Жіночим медичним інститутом Харківського медичного товариства організувався в Медичну академію, яка в подальшому була перетворена в ХМІ, на сьогодні = ХНМУ. На той час в ХМІ були утворені 2 кафедри акушерства (пропедевтична та госпітальна) потім вони змінили назву (лікувального та педіатричного і санітарно-гігієнічного факультетів), зараз - кафедри №1 та №2.

З 1922 до 1946 року кафедрою керував проф. **П.Х.Хажинський**, який наблизив навчання до запитів практичної медицини, зробив кафедру методичним центром зі складання навчальних планів для ВНЗ України, організував студентський гурток, під його керівництвом захищено 3 докторських і 8 кандидатських. При ньому сталися пологи у 6-річної дівчинки. Під час другої світової війни ХМІ було евакуйовано до м.Чкалов, кафедрою з 1941 по 1943р. завідувала **Р.Л.Лівшина**.

З 1946 по 1972 р. Кафедрою завідував професор, заслужений діяч науки **Іван Іванович Грищенко**. Він автор 140 наукових публікацій, 4 монографій, під його керівництвом виконано 7 докторських, 52 кандидатських дисертацій.

В педагогічній роботі І.І.Грищенко акцентував увагу на набуття студентами практичних навичок під час занять і чергувань; введення субордінатури сприяло підвищенню якості підготовки фахівців; виїзди на 1-2 місяця до районних лікарень знайомили інтернів зі специфікою роботи; проведення конференцій з докладами студентів також підвищувало їх теоретичні знання; також поглибленню знань сприяли патолого-анатомічні матеріали музею кафедри. В науковій роботі І.І.Грищенко віддавав перевагу вивченню проблеми антенатальної охорони плода; оперативної гінекології (кольпопоез з очеревини або шкіри стегна); антропозоонозним інфекціям, зокрема токсоплазмозу; проблемі резус-конфлікту, діагностиці гемолітичної хвороби; розробці методу коригуючої гімнастики для виправлення неправильного положення плода, зовнішнього повороту; психопрофілактичній підготовці вагітних до пологів для їх знеболення.

З 1972 року до 1999 р. кафедрою завідував професор **Микола Григорович Богдашкін**, автор 274 наукових робіт, 6 монографій, 16 методрекомедацій, 4 авторських свідоцтв. В лікувальній роботі професор М.Г.Богдашкін приділяв увагу пластичним операціям з відновлення тазового дна та промежини; оперативному лікуванню ректовагінальних норниць; оперативному лікуванню синдрому полікістозних яєчників; реабілітаційним заходам після гінекологічних операцій; антенатальній охороні плода (вплив несприятливих факторів); генетичним методам дослідження; проблемі передракових станів та ендометріозу. Під його керівництвом захищено 4 докторських, 46 кандидатських дисертацій,

Професор **Юрій Степанович Паращук** завідував кафедрою акушерства і гінекології №2 з 1999 р по 2018 р. Наукові дослідження були присвячені актуальним проблемам перинатології, репродуктології, зокрема плацентарної дисфункції; гінекологічній

ендокринології; дитячій гінекології; невиношуванню вагітності; застосуванню ендоскопічних методів в гінекологічній практиці. За участю проф. Ю.С. Паращука та Інститута проблем кріобіології та кріомедицини НАНУ створений кріобанк репродуктивних клітин, служба штучної інсемінації при безплідді.

Ю.С.Паращук автор 270 наукових праць, 4 монографій, підручника «Акушерство», навчальних посібників, методичних рекомендацій. Лікувальну роботу кафедра в той час здійснювала на 2 базах — Харківська обласна клінічна лікарня та пологовий будинок №1.

У зв'язку з передчасною смертю Ю.С.Паращука з 2019 р. по теперешній час кафедрою керує д.мед.н., професорка **Вікторія Валентинівна Лазуренко**, автор більше 300 статей, з них - 22 в Скопусі, підручників, навчальних посібників, методичних вказівок, патентів.

На кафедрі працюють 2 професора, 6 доцентів, 4 асистента. В аспірантурі навчаються 3 практичних лікаря акушера-гінеколога. Спираючись на славнозвісні традиції співробітники кафедри продовжують розвивати та удосконалювати спільну роботу на всіх напрямках - науковому, навчально-методичному, лікувальному, виховному.

На кафедрі проходять навчання з акушерства та гінекології українською та англійською мовами студенти 4, 5, 6 курсів спеціальності “Медицина”, “Педіатрія”, “Стоматологія”. Також навчаються медсестри, реабілітологи, фізіотерапевти та ерготерапевти.

Викладачі кафедри проводить заняття в он-лайн режимі з пологових залів та операційних, демонструють надання акушерсько-гінекологічної допомоги на фантомах та в симуляційному центрі для засвоєння студентами практичних навичок, здійснюють підготовку студентів до ОСКІ.

На кафедрі працює студентський кружок, де студенти 4,5,6 курсів, підвищують свої знання з актуальних проблем акушерства та гінекології, готуються до іспиту Крок-2, представляють свої доповіді, приймають участь в конференціях, семінарах.

Основними напрямками наукової діяльності кафедри є продовження вивчення проблем діагностики та лікування захворювань репродуктивної системи та ускладнень вагітності у жінок з екстрагенітальною патологією, вивчення питань ендометріозу, аномальних маткових кровотеч, дослідження проблеми стану фетоплацентарного комплексу у вагітних з цукровим діабетом, бронхіальною астмою, церебро-васкулярних порушень у вагітних, удосконалення методів хірургічної корекції неправильного положення жіночих статевих органів, доброякісних пухлин матки та придатків.

Одним із провідних напрямків також залишається розробка новітніх допоміжних технологій, лікування безпліддя. Довгі роки базою кафедри залишалася “Клініка ім. Академіка В.І.Грищенка”, де дотепер працюють наші співробітники.

За період з 2019-2025 роки було захищено 1 докторська, 1 кандидатська дисертація, 7 - на звання доктора філософії (PhD). Необхідно відзначити, що п'ять з них захищено під час воєнного стану. На теперішній час на кафедрі виконуються три дисертаційні роботи на звання доктора філософії у рамках кафедральної науково-дослідної роботи.

Співробітники кафедри є членами Асоціації акушерів-гінекологів України, Асоціації остеопорозу, Європейської Асоціації з використання вітаміну D, Української асоціації репродуктивної медицини, Асоціації аномальної плацентациї, Ультразвукового дослідження

в акушерстві та гінекології. Співробітники кафедри приймають участь у міжнародних та вітчизняних конференціях, проходять стажування в США, Франції, Угорщині, Бельгії.

Кафедра продовжує видавничу діяльність шляхом публікацій наукової, науково-методичної, навчальної літератури на вітчизняних та закордонних науково-освітніх ресурсах. Здійснюється післядипломна підготовка лікарів шляхом циклів тематичного удосконалення. З 2019 по тепер кафедра активно приймає участь у лікувальній роботі на базі пологового та гінекологічного відділення Обласної клінічної лікарні.

Незважаючи на несприятливі обставини, що супроводжували роботу кафедри останні роки (локдаун під час COVID-19), повномасштабне вторгнення в 2022 р, знаходження на прифронтовій території колектив навчився працювати у надзвичайних умовах, здійснювати навчання студентів on-line у повному обсязі, виконуючи всі завдання та функціональні обов'язки.

Під час повномасштабного вторгнення приміщення кафедри зазнало значних руйнувань, але не зважаючи на складні умови колектив кафедри акушерства та гінекології ХНМУ продовжує працювати за викликами сьогодення не втрачаючи надію на мир та перемогу України!

Література:

1. Історія Харківського державного медичного університету-200 років. За редакцією ректора ХДМУ акад. Циганенка А.Я. Харків: ВПЦ «Контраст», 2005 р.
2. Харківський університет наприкінці XIX-початку XX ст. Автореф. канд.дис. Косінова Г.О. 2004 р.
3. Видатні вихованці Харківської вищої медичної школи: Бібліографічний довідник. За редакцією В.М.Лісового. Харків: ХНМУ, 2010р.
4. Перцева, Ж.М. Родоначальник харківської наукової акушерської школи Іван Павлович Лазаревич (до 190-річчя від дня народження). Східноєвропейський журнал внутрішньої та сімейної медицини. 2019;2:69-71. doi: 10.15407/internalmed2019.02.069

ПІЕЛОНЕФРИТ, ЯК НАСЛІДОК БЕЗСИМПТОМНОЇ БАКТЕРІУРІЇ У ВАГІТНИХ

Білий Є. Є.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Мета: провести аналіз існуючих публікацій щодо визначення можливостей розвитку пієлонефриту у вагітних жінок як результату безсимптомної бактеріурії.

Завдання: за даними сучасних світових і вітчизняних літературних джерел провести вивчення проблематики розвитку пієлонефриту у вагітних через безсимптомну бактеріурію.

Матеріали та методи: пошук наукової інформації проводився з використанням вітчизняних та зарубіжних інтернет-ресурсів мережі Google Scholar, PubMed, Medscape, баз даних Scopus та Web of Science тощо; а також на веб-сторінках міжнародних медичних організацій за певними ключовими словами: пієлонефрит у вагітних, безсимптомна бактеріурія у вагітних, Інфекції сечовивідних шляхів (ІСШ) вагітних.

Результати. ІСШ вагітних є одним із найпоширеніших перинатальних ускладнень, вражаючи приблизно 8% усіх вагітностей. Ці інфекції являють собою значний нозологічний спектр: від безсимптомної бактеріурії та симптоматичного гострого циститу і до найсерйознішого ускладнення – пієлонефриту. [1]. За багатьма дослідженнями, ІСШ

пов'язані з несприятливими наслідками перебігу вагітності, серед яких частіш за все зустрічається підвищена частота передчасних пологів і низька маса тіла новонародженого. Крім того, відмічаються й серйозні ускладнення пієлонефриту в матері, що включають сепсис, дисеміноване внутрішньосудинне згортання крові та гострий респіраторний дистрес-синдром.

За даними багатьох авторів пієлонефрит є одним із найбільш поширених проявів ІСШ під час вагітності [2]. Він вражає приблизно 1–2% вагітних і є частою причиною госпіталізації під час вагітності [3]. Крім того, розвиток пієлонефриту пов'язують зі збільшенням несприятливих наслідків як для матері, так і для плоду, включно з респіраторним дистресом, нирковою дисфункцією, гематологічними порушеннями, сепсисом, передчасними пологами та низькою вагою при народженні [4].

За статистикою, пієлонефрит частіше виникає у другому та третьому триместрах вагітності, а в 10–20% випадків – у першому триместрі. Слід вказати, що вагітні мають підвищений ризик розвитку пієлонефриту через високий рівень прогестерону, що викликає розслаблення гладкої мускулатури та зниження перистальтики в збірній системі нирок. В свою чергу, зниження тонуусу детрузора сечового міхура призводить до неповного випорожнення і збільшення його ємності, а тиск вагітної матки на ниркову систему спричиняє різні рівні розширення ниркової чашечки, що провокує застій сечі та вогнища для заселення різноманітних бактерій [5], що й є тригером розвитку пієлонефриту вагітної жінки. Дані процеси ще більше посилюються фізіологічними змінами жінки під час вагітності, які пов'язані з підвищенням рівня протеїнурії та глюкозурії, що значно сприяє росту мікроорганізмів.

В досить значному відсотку випадків пієлонефрит у вагітних виникає через відсутність лікування бактеріурії, яка протікає безсимптомно. За оцінками багатьох авторів, безсимптомна бактеріурія вражає від 2 до 7% вагітних жінок [6] і за відсутності відповідного лікування вона може спричинити досить серйозні ускладнення. Тому, своєчасний скринінг і лікування безсимптомної бактеріурії у вагітних жінок знижують частоту виникнення пієлонефриту під час вагітності, що й було показано у багатьох дослідженнях.

Висновки: таким чином, за проведеним аналізом літературних джерел визначено значні ризики розвитку пієлонефриту у вагітних, як результату їх безсимптомної бактеріурії та констатовано високий ризик розвитку серйозних ускладнень у матері та новонародженого.

Рекомендації: проводити скринінг безсимптомної бактеріурії на ранніх термінах вагітності та лікування позитивних жінок для запобігання пієлонефриту як необхідної медичної послуги у програмі спостереження вагітних задля попередження розвитку пієлонефриту при супроводі вагітних жінок.

Література:

1. Urinary Tract Infections in Pregnant Individuals. *Obstet Gynecol.* 2023;142(2):435-45. doi: 10.1097/AOG.0000000000005269.
2. DeYoung TH, Whittington JR, Ennen CS, Poole AT: Pyelonephritis in pregnancy: relationship of fever and maternal morbidity. *AJP Rep.* 2019;9:e366-71. doi: 10.1055/s-0039-1695746.
3. Grette K, Cassity S, Holliday N, Rimawi BH. Acute pyelonephritis during pregnancy: a systematic review of the aetiology, timing, and reported adverse perinatal risks during pregnancy. *J Obstet Gynaecol.* 2020;40(6):739-48. doi: 10.1080/01443615.2019.
4. Stephens AJ, Baker A, Barton JR, Chauhan SP, Sibai BM. Clinical findings predictive of maternal

- adverse outcomes with pyelonephritis. Am J Obstet Gynecol MFM. 2022;4(2):100558. doi: 10.1016/j.ajogmf.2021.100558.
5. Umeh CC, Okobi OE, Olawoye OI, Agu C, Koko J, Okoeguale J. Pyelonephritis in Pregnancy From the Lens of an Underserved Community. Cureus. 2022;14(9):e29029. doi: 10.7759/cureus.29029.
 6. Ansaldi Y, Martinez de Tejada Weber B. Urinary tract infections in pregnancy. Clin Microbiol Infect. 2023;29(10):1249-53. doi: 10.1016/j.cmi.2022.08.015.

ВПЛИВ ГІСТЕРЕКТОМІЇ НА РОЗВИТОК МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ

Вдовиченко С. Ю., Забудський О. В.

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Мета дослідження: Вивчити особливості метаболічних порушень після гістеректомії.

Матеріали та методи. Обстежено 126 жінок, яким з приводу аденоміозу або міоми матки у поєднанні з аденоміозом була виконана гістеректомія без придатків. Залежно від тривалості післяопераційного періоду і характеру терапії, що проводиться, було сформовано IV групи. Перша (I) група включала 26 жінок через 1 рік після гістеректомії, друга (II) група - 39 пацієток через 3, третя (III) група - 39 жінок через 5 років після операції. Контрольну групу склали 21 пацієнтки у віці 44, $5 \pm 1,6$ року, що знаходяться на диспансерному спостереженні з приводу міоми матки або міоми у поєднанні з аденоміозом. До четвертої (IV) групи увійшли 22 жінки з надлишковою масою тіла (індекс маси тіла > 30). Контрольну групу склали 21 жінка аналогічного віку без генітальної та соматичної патології. До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, лабораторні інструментальні та статистичні методи.

Результати. Дослідження вуглеводного обміну на тлі проведення глюкозотолерантного тесту показало, що рівень індексу резистентності інсуліну у всіх три підгрупах перевищують нормальні значення, складаючи відповідно: $32,5 \pm 3,2$ мкод/мл; $32,8 \pm 3,7$ мкод/мл; $33,8 \pm 3,4$ мкод/мл ($p > 0,05$). Показник С-пептиду, залишаючись стабільно-нормальним у перших двох підгрупах, збільшується в 2,5 рази ($p < 0,01$) до п'ятого року після операції, як в порівнянні з нормою, так і в порівнянні з контролем. Дослідження ліпідного обміну не виявили значних змін в рівнях загального холестерину, ліпопротеїдів високої щільності і тригліцеридів у всіх три підгрупах обстежених. Проте слід зазначити, що, починаючи з третього року після операції, відмічене значиме підвищення загального холестерину в порівнянні з контрольною групою, ще більш виражене до 5 року після гістеректомії. Рівень загального холестерину в IIа і IIIа підгрупах склав $210,3 \pm 12,3$ мг/дл і $219,3 \pm 20,8$ мг/дл відповідно в порівнянні з $188,8 \pm 16,5$ мг/дл контролю ($p < 0,05$). У всіх підгрупах, особливо в IIIа, наголошується підвищення атерогенної фракції ліпідів – ліпопротеїдів низької щільності як в порівнянні з контролем, так і в порівнянні з нормою ($p < 0,05$).

Заключення. Гістеректомія без придатків є чинником ризику формування (прогресування) метаболічних порушень у жінок репродуктивного і перименопаузального періодів. Характер і ступінь вираженості метаболічних порушень залежить від тривалості післяопераційного періоду. Отримані дані необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів.

ВИДАЛЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ЛАБІАЛЬНИХ СПАЙОК У ЖІНОК В ПОСТМЕНОПАУЗИ

Гасанова Г. Б., Луцький А. С.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Спайки статевих губ - це часткове або тотальне зрощення малих статевих губ, внаслідок утворення прозорої плівки через знижений рівень естрогену, що призводить до порушення входу в піхву і інколи в сечівник. Дана патологія може зустрічатися у жінок періоду постменопаузи в більшості випадків внаслідок зниження рівня статевих гормонів. Також були зазначені такі етіологічні чинники, як цнота, відсутність статевої активності, рак шийки матки, гістеректомія, інфекції сечовивідних шляхів [1]. На сьогодні існує декілька способів відновлення цілісності лабіальних складок при їх зрощенні - застосування місцевого крему з естрогенами і бетаметазоном, хірургічне втручання, поєднання оперативного лікування із консервативною терапією [2, 3].

Мета роботи - провести порівняльний аналіз особливостей методів відновлення спайок статевих губ у жінок періоду постменопаузи, оцінити результати втручань та частоту рецидивів, запропонувати рекомендації для запобігання зрощень.

Матеріали та методи. Дослідження здійснювалося шляхом опрацювання 28 закордонних наукових літературних джерел із використанням наукометричних баз даних Google Scholar і PubMed.

Результати та їх обговорення. Під час ретроспективного огляду нами був зроблений розподіл даних літератури на три групи в залежності від методу лікування пацієнок: застосовування консервативної терапії, оперативне втручання і поєднане використання обидвох методик відповідно.

Консервативна терапія із застосуванням місцевого крему з естрогенами є неінвазивною методикою вказувала на довготривале відновлення. У 27,4% жінок після курсу лікування ефективного результату не спостерігалось і в більшості випадків, при умові успішної терапії, спостерігалися часті рецидиви.

Жінки, яким виконувалася тільки хірургічне втручання, включаючи малоінвазивні методики і нові реконструктивні техніки, швидко відновлювалися після процедур. Результати залежали від важкості випадку та конкретного виду операції. Мануальне та хірургічне розділення в 14–20% випадків призводило до рецидивів. Сучасні реконструктивні методи, при спостереженні від 8 до 18 місяців, характеризувалися відсутністю рецидивів.

Застосування комбінованої хірургічної тактики і консервативної терапії виявилось найбільш результативним варіантом лікування у жінок з лабіальними спайками. Швидке вирішення проблеми оперативним втручанням і підтримка стану місцевими естрогенами є патогенетично обґрунтованим і призводить до мінімізації рецидивів.

Враховуючи етіологічні чинники виникнення лабіальних спайок можна припустити, що жінкам з групи ризику в якості первинної профілактики можна запропонувати покращення способу життя, уникнення шкідливих звичок та підвищення фізичної активності, що допоможе обмежити довгостроковий вплив дефіциту естрогену. При

відсутності протипоказань можливо введення в раціон фітоестрогенів, які можуть підвищити рівень гормону в організмі.

Висновки. Проаналізувавши літературні джерела, ми прийшли до висновку, що синехії статевих губ у жінок в період постменопаузи зустрічається насамперед внаслідок гіпоестрогенії. Найбільш успішним методом лікування в даному випадку вважається оперативне лікування з подальшим місцевим застосуванням гормональної мазі з естрогенами. Для уникнення виникнення лабіальних спайок у жінок з факторами ризику в період постменопаузи можливе покращення режиму дня, уникнення шкідливих звичок і включення в раціон фітоестрогенів.

Література:

1. Mahmoudnejad N, Hamidi Madani M, Roohinezhad R. The Labial Adhesion in Postmenopausal Women: A Systematic Review. Iran J Med Sci. 2024;49(12):752-60. doi: 10.30476/ijms.2024.101283.3395.
2. Maeda T, Deguchi M, Amano T, Tsuji S, Kasahara K, Murakami T. A novel surgical treatment for labial adhesion - The combination of Z- and Y-V-plasty: A case report. Case Rep Womens Health. 2021;32:e00363. doi: 10.1016/j.crwh.2021.e00363
3. Laih CY, Huang CP, Chou EC. Labial adhesion in a postmenopausal female: A case report. Medicine (Baltimore). 2020;99(26):e20803. doi: 10.1097/MD.0000000000020803.

ПРИНЦИПИ ПРЕКОНЦЕПЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ У ЖІНОК ІЗ БЛЮВАННЯМ ВАГІТНИХ В АНАМНЕЗІ

Гвоздецька Г. С^{1.}, Генік Н. І.^{1.}, Жукуляк О. М.^{1.}, Ємець Н. О²

¹Івано-Франківського національний медичний університет,
м. Івано-Франківськ, Україна

²ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м.Київ, Україна

Актуальність теми: Одним із найбільш частих ускладнень I триместру вагітності є блювання вагітних. Згідно останніх наукових даних приблизно 60% вагітних зранку відзначають нудоту і блювання. Блювання вагітних – це патологічний стан вагітності, що пов'язаний із розвитком плідного яйця або його елементів і характеризується різноманітністю симптомів. В умовах сьогодення частота блювання спостерігається у 60-80% вагітних, а необхідність у стаціонарному лікуванні досягає 12-17,8% вагітних. У 20-30% вагітних жінок симптоми нудоти та блювання спостерігаються довше, ніж 20 тижнів вагітності, можливо, аж до пологів, а у 1-2% вагітних розвивається надмірне блювання, ускладненнями якого є дегідратація, порушення харчування та обміну речовин. В даний час тенденції до зниження проявів блювання вагітних не спостерігається і становить від 8,5 до 13,5% усіх вагітностей. На прегравідарному етапі є потреба у надходженні достатньої кількості різних мікронутрієнтів, які забезпечують нормальне настання та перебіг вагітності. Зокрема вітамін D сприяє імунологічній адаптації організму жінки до вагітності, і попереджає розвиток нудотим та блювання. Поодинокі повідомлення про необхідність нових підходів до прегравідарної підготовки у жінок із блюванням вагітних в анамнезі, недостатньо вивчений зв'язок між метаболізмом вітаміну D і розвитком нудоти та блювання, роблять

дану проблему актуальною та вказують на необхідність проведення комплексної прегравідарної підготовки в жінок із блюванням вагітних в анамнезі в анамнезі.

Мета дослідження: Оцінка ефективності розробленої комплексної прегравідарної жінок із блюванням вагітних в анамнезі.

Матеріали та методи дослідження: Під спостереженням знаходились 100 жінок з блюванням вагітних в анамнезі, які звернулись до жіночої консультації з метою планування наступної вагітності. До контрольної групи віднесено 30 жінок із фізіологічним перебігом вагітності та пологів в анамнезі. Всім жінкам як основної, так і контрольної груп проводилось дослідження вмісту вітаміну D в сироватці крові. Визначення 25 (ОН)D проводилось електрохемилюмінісцентним методом. Жінки основної групи було розділено на дві підгрупи: Група А - 50 жінок, які отримували запропоновані лікувально-профілактичні заходи та група Б - 50 жінок, які не отримували прегравідарної підготовки.

Усім жінкам групи А, які планували вагітність, на прегравідарному етапі було рекомендовано застосовувати протягом 3 місяців до настання вагітності та в першому триместрі вагітності по 4000 ОД на добу препарату АКВАДЕТРИМ перорально та вітамінно – мінеральний комплекс «Елевіт пронаталь» по 1 таблетці зранку, запиваючи склянкою води. Перед початком застосування прегравідарної підготовки Групи А і Б практично не відрізнялися за показниками вмісту 25(ОН)D в сироватці крові. Статистична обробка результатів досліджень проводилась шляхом застосування методів варіаційної статистики за допомогою програм Statistica 6.0 і Microsoft Excel 5.0. Достовірність різниці перевіряли за критерієм Хі квадрат. Різниця між величинами, які порівнювались, вважалась достовірною при $p < 0,05$.

Результати досліджень та їх обговорення: На початку дослідження вихідний рівень вмісту 25 (ОН)D в сироватці крові у жінок із блюванням в анамнезі склав 25,9 нг/мл у групі А, 25,91 нг/мл у групі Б та 28,0 нг/мл у жінок контрольної групи ($p < 0,05$).

У таблиці 1 наведено результати аналізу вихідного вмісту 25 (ОН)D в сироватці крові у жінок основної та контрольних груп до початку прегравідарної підготовки.

Таблиця 1

Розподіл жінок по групах залежно від вмісту 25 (ОН)D в сироватці крові

Рівень вітаміну D	Основна група (n=100)				Контрольна група (n=30)	
	Група А (n=50)		Група Б (n=50)		Кількість жінок, (n, %)	Вміст 25 (ОН) D в сироватці, нг/мл
	Кількість жінок, (n, %)	Вміст 25 (ОН) D в сироватці, нг/мл	Кількість жінок, (n, %)	Вміст 25 (ОН) D в сироватці, нг/мл		
Нормальний	9 (18) *	39,53±1,99	9 (18) *	39,52±1,85	19(63,3)	37,81±1,72
Недостатність	19 (38) *	24,29±0,56	19 (38) *	24,28±0,44	9(30,0)	27,90±0,32
Дефіцит	22 (44) *	13,90±0,61	22 (44) *	13,92±0,59	2(6,7)	18,30±1,42

Примітка * - різниця достовірності порівняно із показниками контрольної групи ($p < 0,05$)

Як видно із наведених даних, перед початком прегравідарної підготовки групи А і Б не різнилися середнім вмістом рівня вітаміну D. Тільки у 18,0% жінок із основної групи

визначається достатній рівень вітаміну D, а у жінок контрольної групи достатній рівень спостерігається у 63,3% ($p < 0,05$). Аналіз частоти виявлення недостатності або дефіциту вітаміну D показав, що кількість пацієнок із основної групи з недостатністю та дефіцитом вітаміну D значно переважає над кількістю з нормальним рівнем вітаміну D. Під час вивчення ефективності лікувально-профілактичних заходів щодо вмісту вітаміну D протягом двох місяців, встановили позитивний ефект у жінок із групи А в порівнянні із групою Б (табл. 2).

Таблиця 2

**Розподіл жінок по групах залежно від вмісту 25 (ОН)D в сироватці крові після
прегравідарної підготовки**

Рівень вітаміну D	Група А (n=50)		Група Б (n=50)	
	Кількість жінок, (n, %)	Вміст 25 (ОН) D в сироватці, нг/мл	Кількість жінок, (n, %)	Вміст 25 (ОН) D в сироватці, нг/мл
Нормальний	27 (54) *	42,61±1,67	10 (20)	39,61±1,83
Недостатність	14 (28) *	26,36±0,59	20 (40)	24,20±0,64
Дефіцит	9 (18) *	17,42±0,52	20 (40)	13,72±0,51

Примітка * - різниця достовірності порівняно із показниками групи Б, $p < 0,05$

Як видно із наведених даних, після запропонованого комплексу лікувально-профілактичних заходів достатній рівень вітаміну D спостерігали у 54,0% (на 36% вище від вихідного рівня) жінок із основної групи у порівнянні із 20 % у жінок порівнювальної групи (групи Б), недостатність спостерігалася у 28 % пацієнок групи А у порівнянні із вихідним рівнем 38 % (на 10% менше вихідного рівня), а дефіцит - у 18% пацієнок групи А у порівнянні із вихідним рівнем 44% (на 26% менше вихідного рівня)($p < 0,05$).

Через 2 місяці застосування запропонованого комплексу лікувально-профілактичних заходів рівень вмісту 25 (ОН)D в сироватці крові у жінок склав 28,8 нг/мл у групі А та 25,84 нг/мл - у групі Б. Після запропонованої нами схеми лікувально-профілактичних заходів через 3 місяці вагітність наступила у 48 жінок досліджувальної групи, що становить 96% та у 40 жінок (80%) групи порівняння. Усім жінки групи А і Б підчас вагітності до 12 тижнів гестації отримували запропонований нами комплекс лікувально-профілактичних заходів. Прояви блювання вагітних спостерігалися тільки у 10 жінок групи А, що становить 20,8% , а у порівняльній групі – 25 жінок (62,5%). У жінок із основної групи переважали симптоми блювання вагітних легкого ступеня, а у жінок із групи порівняння-блювання важкого ступеня (табл. 3).

Таблиця 3

Розподіл жінок по за ступенем важкості блювання

Ступінь важкості	Група А, n= 10		Група Б, n= 25	
	n	%	n	%
Легкий	7	70% *	8	32%
Середній	2	20% *	7	28%
Важкий	1	10% *	10	40%

Примітка * - різниця достовірності порівняно із показниками групи Б, $p < 0,05$

Висновки:

1. При застосуванні лікувально-профілактичного комплексу прегравідарної підготовки препаратом Аквадетрим 4000 ОД на добу перорально та вітамінно-мінерального комплексу «Елевіт пронаталь» зменшується кількість випадків недостатності та дефіциту вітаміну D ($p < 0,05$), що позитивно впливає в подальшому на перебіг вагітності.
2. При застосуванні запропонованої нами прегравідарної підготовки відсоток настання вагітності був достовірно вищим -96 % проти 80% ($p < 0,05$).
3. Аналіз перебігу I триместру вагітності показала у пацієнток групи А достовірну нижчу частоту проявів блювання (у 3 рази.) ($p < 0,05$), що відповідає клінічно значущому ефекту запропонованого комплексу лікувально-профілактичних заходів.

Література:

1. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 189: Nausea And Vomiting Of Pregnancy. Obstet Gynecol. 2018;131(1):e15-30. doi: 10.1097/AOG.0000000000002456.
2. Венцківський БМ, Запорожан ВН, Сенчук АЯ, Скачко БГ. Гестози: рекомендації для лікарів. Київ ; 2019.
3. Ebrahimi N, Maltepe C, Einarson A. Optimal management of nausea and vomiting of pregnancy. Int J Womens Health. 2010;2:241-8. doi: 10.2147/ijwh.s6794.
4. Lee NM, Saha S. Nausea and vomiting of pregnancy. Gastroenterol Clin North Am. 2011;40(2):309-34. doi: 10.1016/j.gtc.2011.03.009.
5. Linseth G, Vari P. Nausea and vomiting in late pregnancy. Health Care Women Int. 2005;26(5):372-86. doi: 10.1080/07399330590933926.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ АНОМАЛЬНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ

Гордієнко П. О., Афанасьєв І. В., Гаркавенко К. В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Аномальні маткові кровотечі (АМК) – це будь-яке відхилення від норм менструального циклу, а саме його тривалості менструальні кровотечі, кількості менструальної крові, що втрачається протягом циклу, зміни регулярності та частоти менструацій. Виділяють: гострі маткові кровотечі – кровотечі у невагітних жінок репродуктивного віку, які потребують негайного втручання, хронічні маткові кровотечі – кровотечі, які тривають впродовж останніх 6 циклів [1].

В Україні, за даними літератури, за останні 15 років відмічається збільшення відсотка розповсюженості пацієнток з аномальними менструальними кровотечами, але остаточні дані про захворюваність та поширеність АМК в Україні відсутні [1].

Серед причин АМК згідно класифікації FIGO 2011 року виділяють структурні (PALM: P - поліп, A - аденоміоз, L - лейоміома матки, M - гіперплазія або малігнізація) та неструктурні (COEIN: C - коагулопатія, O – овуляторні розлади, E – ендометріальні порушення, I – ятрогенні (в тому числі маткові кровотечі, які виникають при прийомі антикоагулянтів), N – ще досі не класифіковані, наприклад, симптомні істмоцеле) [5]. Метод лікування (консервативне або хірургічне) АМК залежить від причин, які призводять до виникнення кровотеч. [1]

Мета. Провести аналіз літератури, вивчити питання та сучасні підходи до лікування аномальних маткових кровотеч.

Результати. Був проведений аналіз наукових статей щодо лікування аномальних маткових кровотеч, які були опубліковані у Національній медичній бібліотеці «PubMed.gov» з квітня 2024 року по березень 2025 року. Було знайдено 185 робіт, з них 5 було відібрано для аналізу.

Медикаментозне лікування є терапією вибору у більшості пацієток, якщо це дозволяє дана клінічна ситуація (враховується дані анамнезу, тяжкість стану, наявність супутньої екстрагенітальної патології, наявності протипоказань). Хірургічному лікуванню надається перевага у випадку нестабільного загального стану жінки, наявності протипоказань до медикаментозного лікування, відсутності ефекту від консервативного лікування (для гострої маткової кровотечі критерієм ефективності лікування є зменшення об'єму крововтрати протягом 12 годин від початку лікування, для хронічної маткової кровотечі – зменшення об'єму крововтрати протягом 3 місяців від початку медикаментозної терапії) [1, 2, 3].

Також при виборі методу лікування враховується вік жінки та наявність репродуктивних планів.

Серед медикаментозної терапії виділяють гормональне та негормональне лікування. До препаратів першої лінії в лікування АМК відносять левоноргестрелвмістні внутрішньо маткові системи (ЛНГ-ВМС). За даними літератури, ЛНГ-ВМС значно знижує кількість крові, що втрачається протягом циклу, сприяє підвищенню рівня гемоглобіна та феритину, що дуже важливо для пацієток із супутньою анемією, що виникла на тлі АМК. Пероральні прогестини приймаються з 5-го та до 25-го дня циклу, та є ефективними засобом лікування АМК. [1,3, 4].

Комбіновані оральні контрацептиви (КОК) використовуються для лікування АМК у режимі динамічного дозування у комбінації естрадіолу валерат та діеногест.

Використання агоністів гонадотропін-релізінг гормону показане у випадку наявності протипоказань до інших методів лікування або їх неефективності. [4].

Серед негормональних препаратів для лікування АМК призначають транексамову кислоту та не стероїдні протизапальні засоби. У випадку наявності дисменореї у жінок з АМК препаратами вибору є нестероїдні протизапальні засоби (НПЗП), на відміну від препаратів транексамової кислоти. Застосування негормональних методів лікування припиняється при відсутності позитивної динаміки протягом 3 менструальних циклів. [2].

До основних хірургічних методів лікування відносять: гістерерозектоскопію з подальшою біопсією ендометрія, дилатацію і кюретаж матки, абляцію ендометрія, емболізацію маткових артерій, тотальну гістеректомію. До найменш інвазивних методів хірургічного лікування відносять абляцію ендометрія, що проводиться у жінок з відсутністю репродуктивних планів.

Гістерерозектоскопія з подальшим гістологічним дослідженням наразі є «золотим стандартом» як діагностики, так і лікування аномальних маткових кровотеч, що викликані гіперпластичними процесами ендометрія. Метод дилатації та кюретажу не є методом вибору, і може бути використаний лише при наявності тяжкої екстрагенітальної патології, що

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

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

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

Література:

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

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

Григорян Н. А., Тищенко О. М.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

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

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

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

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

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

Результати опитування вагітних

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

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

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

Література:

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

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

Енеді А. В.

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

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

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

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

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

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

Література:

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

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

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

¹Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

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

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

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

На сьогоднішній день, пероральні препарати двовалентного заліза (Fe²⁺) є найбільш ефективними засобами для усунення залізодефіциту у вагітних жінок, у тому числі й латентного, й виступають в якості препаратів вибору при даному стані. Проте, низка побічних проявів Fe²⁺ препаратів, перш за все з боку травного тракту, знижують прихильність до лікування аж до їх відміни. Між тим, заміна пероральних Fe²⁺ препаратів на менш токсичні ліки, що містять тривалентне залізо (Fe³⁺) на наш погляд є розумною альтернативою в лікуванні ЛЗД у вагітних.

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

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

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

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

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

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

ЛУБРИКАНТИ ЯК ЧИННИК РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Зионг Т. Т., Гордієнко П. О.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Лубриканти широко використовуються в медичній практиці, зокрема після хірургічних втручань на статевих органах, таких як пластика піхви, корекція випадіння органів або операції на зовнішніх статевих органах. Також лубриканти застосовуються при зтяжних пологах для зниження тертя під час родової діяльності, що допомагає зменшити біль та травматичні пошкодження слизових оболонок. Вони допомагають зменшити тертя, знижують ризик подразнень та сприяють швидшому відновленню.

Використання змащувальних засобів має багато позитивних ефектів як для фізичного, так і для психологічного комфорту. Вони зменшують тертя під час статевого акту, що дозволяє уникнути болю, подразнення та мікротравм слизової оболонки (СО). У випадку анального сексу вони є необхідністю, оскільки слизова прямої кишки не виробляє додаткового секрету. Деякі гелі-змазки мають додаткові ефекти (нагрівальні, охолоджуючі, збуджувальні), які додають нових відчуттів.

Метою роботи є дослідження впливу лубрикантів на розвиток захворювань жіночих статевих органів.

Матеріали і методи. Був проведений аналіз наукових статей щодо впливу окремих компонентів лубрикантів на розвиток гінекологічних захворювань, які були опубліковані у Національній медичній бібліотеці «PubMed.gov» з грудня 2020 року по березень 2025 року. Було знайдено 5 робіт, з них 3 було відібрано для аналізу.

Результати. Лубриканти поділяються на водні, силіконові, масляні та змішані.

До водних зазвичай входять: вода, гліцерин, гідроксиетилцелюлоза, біглюконат хлоргексидину, пропіленгліколь, парабени.

Гліцерин — триатомний спирт, притягує молекули води із навколишнього середовища, тому використовується як зволожувач. Використовується як зволожувач, але також сприяє росту дріжджових грибків (*Candida*), особливо у жінок, які страждають на кандидоз або рецидивуючий вагініт. Гліцерин входить до складу живильних середовищ для вирощування пліснявих грибів, псевдомонад, мікобактерій і легіонел. Може викликати алергічну реакцію.

Хлоргексидину біглюконат — антисептик широкого спектру дії. Ефективно знищує шкідливі мікроорганізми, особливо при запальних процесах, але разом зі шкідливими діє на корисні бактерії, зокрема лактобактерії, які формують здоровий мікробіом. Це може спричинити розвиток молочниці або вторинного інфікування після порушення мікрофлори та зниження рН, створюючи сприятливе середовище для грибкової інвазії. Часте або тривале використання, а також висока концентрація (0,2–0,5%) може викликати сухість і подразнення слизової.

Пропіленгліколь — двоатомний спирт, який здатен подразнювати СО. Підвищує ризик запальних захворювань, у деяких людей викликає контактний дерматит або хімічне подразнення.

Метилпарабен і *пропілпарабен* — це консерванти, відомі як ендокринні дизруптори. При тривалому використанні або проникненні в кровотік чинять супресивну дію на нейтрофіли [3] і беруть участь у дисрегуляції щитоподібної залози, впливаючи на її морфологію [1].

Силіконові лубриканти забезпечують тривале зменшення тертя та зволоження, оскільки не всмоктуються. Проте вони утворюють плівку на СО, що складно змити водою чи звичайними мийними засобами. Це ускладнює природну вентиляцію піхви, сприяє накопиченню забруднень, а також макро- і мікроорганізмів.

Засоби на масляній основі закупорюють пори на шкірі промежини, провокуючи розвиток дерматозів. Такі продукти складніше видаляються зі статевих органів. Вони не сумісні з презервативами та іншими латексними виробами, бо масла вступають у хімічну реакцію з молекулами латексу, що призводить до розм'якшення латексу і порушення його цілісності. Розрив бар'єрного засобу контрацепції або його відсутність загрожує незапланованою вагітністю та інфікуванням захворюваннями, що передаються статевим шляхом.

Кислотність піхви складає в нормі становить 3,8-4,5, тоді як слина та слизова прямої кишки мають майже нейтральний рН. Використання оральних або анальних гелів не за призначенням, а також лубрикантів із невідповідним рН, знижує кількість лактобактерій, що виробляють молочну кислоту. Це сприяє росту патогенних бактерій і грибків.

Алергічні реакції можуть викликати ароматизатори, консерванти, барвники, смакові добавки, зігріваючі та охолоджуючі речовини, лідокаїн та інші анестетики [2]. Також не варто забувати про можливу індивідуальну непереносимість певних компонентів.

Висновок. Неправильний вибір інтимного гелю може призводити до кандидозів, вагінітів, алергічних реакцій. Підбір відповідного лубриканту залежить від мети використання, індивідуальної чутливості, типу сексуальної активності, сумісності з презервативами або секс-іграшками, а також стану інтимного здоров'я. Варто уникати лубрикантів з ароматизаторами, барвниками, гліцерином і парабенами. Важливо звертати увагу на рН — він має бути максимально наближеним до природного для піхви (3,8–4,5), щоб не порушити баланс мікрофлори.

Література:

1. Azeredo DBC, Sousa Anselmo D, Falcão Veríssimo AC, Souza LL, Lisboa PC, Soares P, et al. Endocrine-disrupting chemical, methylparaben, in environmentally relevant exposure promotes hazardous effects on the hypothalamus-pituitary-thyroid axis. *Mol Cell Endocrinol.* 2025;598:112444. doi: 10.1016/j.mce.2024.112444.
2. Corbo MD, Weber E, DeKoven J. Lidocaine Allergy: Do Positive Patch Results Restrict Future Use? *Dermatitis.* 2016;27(2):68-71. doi: 10.1097/DER.000000000000171.
3. Nowak K, Jabłońska E, Radziwon P, Ratajczak-Wrona W. Identification of a novel target for the action of endocrine disrupting chemicals: inhibitory effect of methylparaben on human neutrophil functions. *Environ Sci Pollut Res Int.* 2020;27(6):6540-8. doi: 10.1007/s11356-019-07388-w.

ДЕЯКІ ГОРМОНАЛЬНІ ТА УЛЬТРАЗВУКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ У ЖІНОК З ПУХЛИНАМИ ЯЄЧНИКІВ ТА ОЖИРІННЯМ

Зуб О. В., Карпенко В. Г., Пасієшвілі Н. М.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Пухлини яєчників — одна з важливих проблем жінок репродуктивного віку, особливо з надлишковою масою [1,2]. Відомо, що пухлини яєчників знижують оваріальний резерв, приводять до безпліддя, ускладнюють плин вагітності, мають високи ризик малігнізації на тлі ожиріння [3,4]. Тому дослідження впливу ожиріння на розвиток новоутворень в яєчниках є актуальною проблемою сучасної гінекології.

Метою роботи стало дослідження ряду гормонів, пов'язаних з розвитком жирової тканини, та ультразвукове дослідження абмінального та вісцерального жиру у жінок з пухлинами яєчників та ожирінням.

Матеріали та методи. Для досягнення мети обстежено 67 жінок, які розподілені на наступні групи. I групу склали 18 жінок з пухлинами яєчників та ожирінням, II групу — 26 жінок з пухлинами яєчників та нормальним ІМТ, III (контрольну) групу склали 23 жінки, які не мали соматичної та гінекологічної патології. Всім пацієнткам проведено загальне клініко-лабораторне обстеження, ультразвукове дослідження органів малого тазу та абдомінальної та вісцеральної жирової тканини за допомогою Toshiba (Canon) Hario 200, проведено визначення лептину, адипонектину, кортизолу, вазопресину за допомогою методу ІФА (ELISA, Німеччина). Статистична обробка проведена за допомогою програми Statistica 10.0.

Результати. Середній вік жінок з пухлинами яєчників склав 36,7±3,4 роки, з ожирінням - 38,5±4,1 роки, контрольної групи - 35,9±5,2 роки. Пухлини яєчників були представлені переважно кистомами (серозними, муцинозними). Серед пацієнток з ожирінням переважали жінки другим ступенем (61,1%) за даними ІМТ. Дослідження абдомінального та вісцерального жиру вказувало на збільшення товщини вісцеральної жирової тканини в порівнянні з абдомінальною у жінок з ожирінням та пухлинами яєчників в 1,6 разів. Також в цій групі збільшувалася концентрація лептина (17,9±1,2 нг/мл), знизилася концентрація адипонектина (4,1±0,8нг/мл), відмічалось підвищення кортизолу (915±73 нмоль/л) та вазопресину (4,9±0,7пг/мл), що може вказувати на стресовий етіологічний фактор, враховуючи воєнний стан та перебування пацієнток в прифронтівій зоні, і потребує подальших досліджень.

Висновок. Наявність пухлин яєчників у жінок з ожирінням може бути обумовлена як гормональним розладом так і стресовими факторами, враховуючи воєнний стан та перебування пацієнток в прифронтівій зоні.

Література:

1. Markin L. Etiopathogenesis and histogenesis of ovarian tumors. Lviv Clinical Bulletin. 2020;1(29):45-51.doi: 10.25040/lkv2020.01.045.
2. Макаруч ОМ, Римарчук МІ, Островська ОМ, Орішак ІК, Генік НІ, Андрієць ОА. Структурно-функціональні параметри ендометрію та яєчничкової тканини у пацієнток з порушеним репродуктивним потенціалом та ожирінням. Art of medicine. 2023;2:65-71. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/artmed_2023_2_13.
3. Вергун А, Макагонов І, Вергун О, Кіт З, Мощинська О, Литвинчук М. Пухлиноподібні захворювання яєчників у жінок репродуктивного віку: комплексне ультразвукове обстеження,

- діагностичний клінічний досвід. *Grail of Science*. 2023;27:563-6.
4. Стасів ІД, Рижик ВМ. Діагностична роль компресійної соноеластографії у мультипараметричному ультразвуковому дослідженні при виявленні доброякісних утворень яєчників. *Art of Medicine*. 2021;4(20):82-9. doi: 10.21802/artm.2021.4.20.82.

PSYCHOLOGICAL STATE OF WOMEN WITH HYPERTENSIVE DISORDERS DURING PREGNANCY

Kyrychenko M. M., Siusiuka V. G.

Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Zaporizhzhia, Ukraine

Introduction. According to the World Health Organization, stress is defined as a psycho-emotional state of tension or anxiety that arises in response to challenging life circumstances and motivates individuals to take action to overcome potential threats [1]. Although stress is a universal phenomenon, individual responses to it vary and can significantly impact health.

Pregnancy, despite being a physiological process, is accompanied by considerable psycho-emotional changes. In recent years, there has been growing interest in maternal mental health due to the proven association between stress and the risk of adverse obstetric and perinatal outcomes [2]. Pregnant women are more likely to exhibit elevated levels of anxiety and depression compared to non-pregnant women, which is attributed to hormonal changes, shifts in social roles, and psychological adaptation to motherhood [3].

Psycho-emotional stress is an important risk factor for pregnancy complications such as preterm birth, intrauterine growth restriction, low birth weight, and psychosomatic disorders in the mother [4,5]. Anxiety and depressive disorders are among the most common mental health conditions in women of reproductive age, with their prevalence increasing during gestation [6]. Chronic stress has a broad spectrum of adverse health effects, including cardiovascular dysfunction, weakened immunity, and even an increased risk of mortality [7].

Hypertensive disorders affect 5–10% of pregnancies and remain a leading cause of maternal and perinatal complications. Preeclampsia is characterized by elevated blood pressure and proteinuria after 20 weeks of gestation [8,9]. Research confirms the association between pregnancy-induced hypertension and psycho-emotional stress. Personality traits such as a tendency toward anxiety, low stress resilience, and depressive tendencies are linked to an increased risk of developing preeclampsia [10,11].

Therefore, timely assessment of both trait and state anxiety is a critical component of comprehensive care for pregnant women with hypertensive disorders, aimed at improving obstetric and perinatal outcomes.

Materials and Methods. The study was conducted among 35 women with singleton pregnancies complicated by gestational hypertension without significant proteinuria, as well as moderate or severe preeclampsia. The diagnosis based on the current clinical guidelines of the Ministry of Health of Ukraine.

Assessment of trait anxiety (STAI-T) and state anxiety (STAI-S) was performed using the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. The mean gestational age at the time of examination was 29.94 ± 0.24 weeks, and the average age of the participants was 30.31 ± 0.96 years.

Statistical analysis of the results was performed using licensed versions of the software packages STATISTICA and Microsoft Excel.

Results. In the study group of pregnant women with hypertensive disorders, a predominance of high STAI-T over STAI-S was observed. Specifically, elevated STAI-T scores were found in 84.7% of participants, while elevated STAI-S scores were detected in only 40.0%. According to descriptive statistics, the median STAI-S score was 44.0 [Q1: 40.0; Q3: 48.5], and the median STAI-T score was 51.0 [Q1: 46.0; Q3: 59.0] (Fig. 1).

These findings indicate a high level of psycho-emotional tension in pregnant women with hypertensive disorders, with a pronounced predominance of elevated STAI-T.

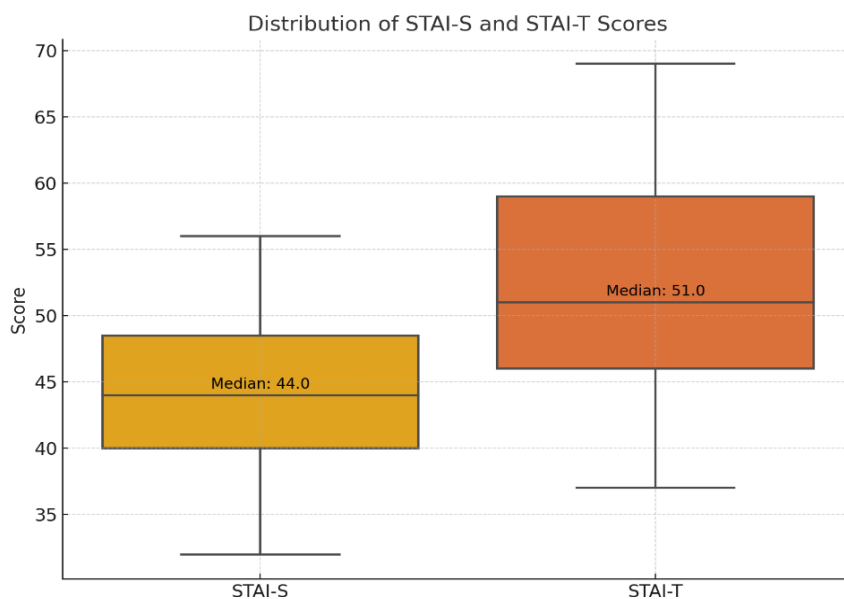


Fig. 1. Distribution of state (STAI-S) and trait (STAI-T) anxiety levels in pregnant women with hypertensive disorders

Conclusions. The study revealed a high level of anxiety among pregnant women with hypertensive disorders. Elevated trait anxiety was identified in 84.7% of participants, whereas elevated state anxiety was observed in 40.0%.

The findings indicate a predominance of stable anxiety-related personality traits, which are not merely reactive to the current situation but reflect deeper psychological characteristics. Such a psycho-emotional background may complicate adaptation to pregnancy and should be considered in the management of patients with hypertensive disorders. In this context, psychological assessment as part of comprehensive clinical evaluation may facilitate the timely identification of the need for psychological support or appropriate therapeutic intervention.

References:

1. World Health Organization. Stress. World Health Organization website. Published 2023. Accessed April 3, 2025. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>
2. Weiner S, Wu Y, Kapse K, et al. Prenatal Maternal Psychological Distress During the COVID-19 Pandemic and Newborn Brain Development. *JAMA Netw Open.* 2024;7(6):e2417924. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.17924.
3. Li W, Lin L, Teng S, et al. Path analysis of influencing factors for anxiety and depression among first-trimester pregnant women. *Front Psychol.* 2024;15:1440560. doi:10.3389/fpsyg.2024.1440560.

4. Husieva AY. The effect of anxiety levels in women with hypertensive disorders on the pregnancy course and outcome. *Zaporozh'ye Med J.* 2024;26(6):468–75. doi:10.14739/2310-1210.2024.6.306126.
5. Huffhines L, Coe JL, Busuito A, Seifer R, Parade SH. Understanding links between maternal perinatal posttraumatic stress symptoms and infant socioemotional and physical health. *Infant Ment Health J.* 2022;43(3):474-92. doi:10.1002/imhj.21985.
6. Mainali A, Infanti JJ, Thapa SB, Jacobsen GW, Larose TL. Anxiety and depression in pregnant women who have experienced a previous perinatal loss: a case-cohort study from Scandinavia. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2023;23(1):111. doi:10.1186/s12884-022-05318-2.
7. Ebong IA, Quesada O, Fonkoue IT, et al. The Role of Psychosocial Stress on Cardiovascular Disease in Women: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol.* 2024;84(3):298-314. doi:10.1016/j.jacc.2024.05.016.
8. Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin Summary, Number 222. *Obstet Gynecol.* 2020;135(6):1492-5. doi:10.1097/AOG.0000000000003892.
9. Poon LC, Shennan A, Hyett JA, Kapur A, Hadar E, Divakar H, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019;145(Suppl 1):1-33. doi: 10.1002/ijgo.12802.
10. Holland C, Richmond MM. Advocating for Interventions When Depression Complicates Preeclampsia. *Nurs Womens Health.* 2022;26(2):152-60. doi:10.1016/j.nwh.2022.01.010
11. Chapuis-de-Andrade S, Moret-Tatay C, de Paula TA, Irigaray TQ, Antonello ICF, da Costa BEP. Psychological factors and coping strategies in pregnancies complicated by hypertension: A cluster-analytic approach. *J Affect Disord.* 2022;296:89-94. doi:10.1016/j.jad.2021.09.049

THE POSSIBLE ROLE OF FETAL GROWTH RESTRICTION IN MATERNAL CARDIOVASCULAR DISEASE

Lakhno I. V., Diomina O. V., Shapoval D. M., Sykal I. M., Romaieva V. P., Pak S. O.

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Objectives. Menopause is an important stage in a woman's life. The age of menopause coincides with the onset of aging accompanied by the manifestation of many diseases. The theory of “fetal programming” (Barker’s hypothesis) of diseases contributes to a better understanding that fetal growth restriction leads to an increased level of cardiovascular diseases [1]. Hypoestrogenicity may be a trigger mechanism that causes atherogenic vasculopathy.

It is known that the risk of mortality of women before the age of 55 from cardiovascular diseases in developed countries is increasing. There is no doubt that women with a history of preeclampsia should control their blood pressure and receive antihypertensive drugs if necessary [2]. This women's category is managed after childbirth through joint consultation with a cardiologist, neurologist, and nephrologist. Chronic non-infectious inflammation, dyslipidemia, and obesity are known pathogenetic events in the total scenario of cardiovascular disease. All these factors may be associated with pathological pregnancy. Is there a certain risk of arterial hypertension after fetal growth restriction or antenatal fetal death? The level of gestational comorbidities like diabetes mellitus and goiter disease is higher during the war in Ukraine [3]. It is a serious challenge in the management of pregnant women. Gestational pathologies, a negative environmental influence, and wartime are the main factors contributing to cardiovascular disease. The enhanced atherogenicity was found in middle-aged internally displaced women in Ukrainian women [4]. Therefore, programs preventing cardiovascular disease in women are important nowadays.

The study **was focused** on the role of preterm birth due to fetal growth restriction in the development of cardiovascular disease.

Material and methods. 71 perimenopausal women were enrolled in the study. 36 patients with or without periods from Group II had fetal growth restriction and iatrogenic preterm birth. 35 women without complicated obstetric anamnesis were included in Group III. 35 healthy reproductive-aged women were included in Group I (control).

The variables of body mass index (BMI) and menopausal Cooperman's score were determined after inclusion in the study. Biochemical studies were performed on a Cobas 6000 analyzer (Roche Diagnostics, Switzerland). All selected women were tested for serum cholesterol and its fractions. The atherogenic index was also calculated. The levels of glycemia and insulin on an empty stomach were detected with subsequent calculation of the HOMA index. C-reactive protein (C-RP) as a marker of chronic inflammation was investigated.

The Statistical Package for Social Sciences (SPSS) program (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.) was used for statistical analysis.

Results. The enhanced atherogenicity was found in women with a history of fetal growth restriction. The value of atherogenic index was different in Group II and Group III: 2.43 ± 0.65 and 3.35 ± 0.74 ($p < 0.001$). The obtained data showed that obesity played an important role in the pathogenesis of climacteric syndrome. The findings of the study demonstrated a moderate positive correlation between BMI and diastolic BP, BMI, and Cooperman's score, BMI and glucose level, BMI and C-RP (fig. 1).

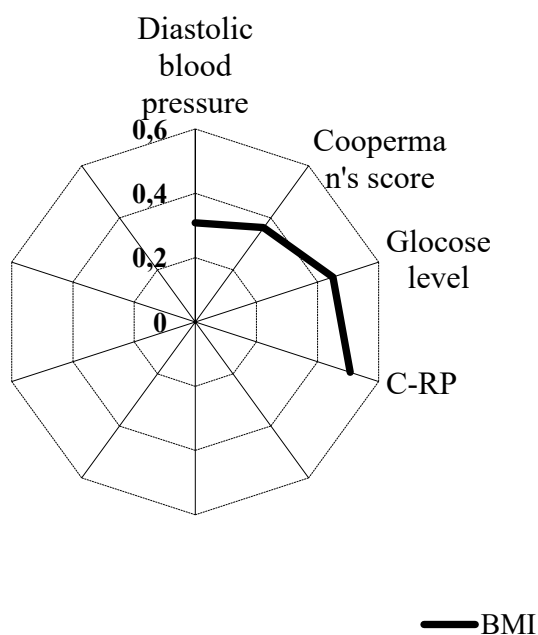


Figure 1. The correlation between BMI and diastolic BP, BMI and Cooperman's score, BMI and glucose level, BMI and C-RP.

The results of the multivariate regression model with C-RP showed a statistically significant relationship between BMI and insulin (table 1). The model itself was meaningful. The role of chronic inflammation and insulin-resistance in metabolic disorders among perimenopausal women was shown.

Table 1

Multivariate logistic regression model with C-RP coefficient.

Variable	Beta	Standard error	t	p	95% confidence interval for B	
					lower bound	upper bound
BMI	0.27	4.83	2.79	.008	3.72	23.27
Cooperman's score	0.01	2.58	0.12	.905	-4.9	5.52
HOMA index	0.17	0.17	1.37	.178	-0.57	0.11
Insulin	0.69	0.04	5.97	<.001	0.16	0.33
Glucose	0.21	0.12	1.5	.143	-0.06	0.43
Triglycerides	0.04	0.46	0.28	.782	-0.81	1.07
Atherogenic index	0.06	0.17	0.52	.608	-0.25	0.42

Conclusions. The complicated obstetric anamnesis was an agent of atherogenicity. The chronic inflammation and disturbed carbohydrate metabolism contributed to the development of cardiovascular disease.

References.

1. Glover V, O'Connor TG, O'Donnell KJ. Fetal Programming and Public Policy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2023 Jun;62(6):618-620. doi: 10.1016/j.jaac.2022.11.010.
2. Yang C, Baker PN, Granger JP, Davidge ST, Tong C. Long-Term Impacts of Preeclampsia on the Cardiovascular System of Mother and Offspring. *Hypertension.* 2023 Sep;80(9):1821-1833. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.123.21061.
3. Lakhno I. Dyslipidemia in Internally Displaced Middle-aged Women in Kharkiv During the War. *Medicina Moderna - Modern Medicine.* 2024;31(4):332-5. doi: 10.31689/rmm.2024.31.4.331
4. Lakhno I. The Insight into Obstetric Care near the Front Line in Kharkiv. *Acta Med Litu.* 2022;29(2):236-244. doi: 10.15388/Amed.2022.29.2.10.

**ПОЛІМОРФІЗМ ГЕНА АНГІОТЕНЗИНОГЕНУ П 235 М→Т
У ВАГІТНИХ З ПРЕЕКЛАМПСІЄЮ**

Лоскутова Т. О.

Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, Україна

Вступ. Гіпертензивні розлади при вагітності є основною причиною материнської та перинатальної смертності в усьому світі [1]. Преєклампсія є причиною 2% - 8% ускладнень, пов'язаних з вагітністю, понад 50 000 материнських смертей і понад 500 000 внутрішньоутробних смертей у всьому світі [2]. Преєклампсія, є судинною дисфункцією, яка спричинена вагітністю. Пацієнтки з преєклампсією мають більший ризик подальшого розвитку гіпертензії, ішемічної хвороби серця, серцевої недостатності, судинної деменції та термінальної стадії ниркової недостатності. Тому розуміння, прогнозування, профілактика та лікування преєклампсії є пріоритетними охорони здоров'я.

Найважливішою діагностичною ознакою прееклампсії є підвищення артеріального тиску. Вивчення поліморфізму генів, продукти яких беруть участь у регуляції артеріального тиску активно розвивається в галузі медичної молекулярної генетики. Ангіотензин II (ANG) – біологічний ефектор ренін-ангіотензинової системи, що бере участь у механізмах гомеостазу серцево-судинної системи, діє як гемодинамічний регулятор і як ростовий фактор. Фізіологічні ефекти ангіотензину II полягають у вазоконстрикції, забезпеченні ниркового водно-сольового балансу, вивільненні альдостерону. Ангіотензин II також відповідає за клітинну проліферацію, гіпертрофію міокарда, гіпертрофію судин, формування неоінтими при атеросклерозі й нефросклерозі. Під час нормальної вагітності підвищується концентрація, активність реніну та рівень ангіотензину II, а судинна відповідь на дію ангіотензину II зменшується. При прееклампсії відзначено збільшення чутливості до ангіотензину II. Хоч механізм цього явища не з'ясовано, проте є дані, що зміни в діяльності ренін-ангіотензинової системи пов'язані з патофізіологією прееклампсії. У контролі рівня артеріального тиску важливу роль відіграє поліморфізм гена ангіотензиногена (ANG) 235 M→T. На сучасному етапі дослідження описано декілька структурних поліморфізмів гена, серед яких мутації в 235-му кодоні, що призводять до заміни кодованої амінокислоти метіонін на треонін (235 M→T поліморфізм), і в 174-му кодоні з відповідною заміною треоніну на метіонін (174 T→M поліморфізм). Наявність генотипу 235 TT призводить до збільшення концентрації ANG і гіперактивності всієї ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, що може спричинити розвиток гіпертензії у вагітних. Крім того, генотип 235 TT асоціюється з високою активністю реніну та вищим рівнем діастолічного артеріального тиску при добовому моніторингу, ніж генотипи MM та MT. Багатофакторний логістичний регресійний аналіз показав, що поліморфізм гена AGT-M235T (OR = 4,63) є незалежним фактором ризику ранньої ПЕ [3].

Мета дослідження - вивчити структуру й частоту генетичних поліморфізмів гена ангіотензиногену II 235 M→T у вагітних з прееклампсією.

Матеріал і методи. Обстежено 177 вагітних. 133 жінки включено до основної групи дослідження (О). Критерієм включення була наявність ПЕ, ступень тяжкості якої оцінювали згідно з наказом МОЗ України №151 від 24.01.2022. Підгрупу 1А групи сформували 64 вагітні з гестаційною гіпертензією та помірною прееклампсією, підгрупу 1В – 69 вагітних з тяжкою ПЕ. Контрольну групу (К) склали 44 вагітні в третьому триместрі з фізіологічним перебігом вагітності.

Для генетичного тестування проводили виділення та очистку ДНК з лейкоцитів цілісної крові за допомогою реагенту «ДНК-експрес-кров» (НВФ «Літех») з подальшою ампліфікацією послідовностей ДНК методом алейспецифічної полімеразної ланцюгової реакції в автоматичному режимі на термоциклері «MyCycler» («Bio-rad», США). Визначали наявність поліморфізму в гені регуляторі артеріального тиску (235 M→T ангіотензиногену II (AGT II). Детекцію продуктів ампліфікації проводили методом горизонтального електрофорезу в 3 % агарозному гелі в камері для горизонтального електрофорезу EC 360. Електрофореграми сканували на ультрафіолетовому транслюмінаторі («Vilber Lourmat», Франція).

Результати дослідження. Було визначено, що середня маса тіла до настання вагітності в групах з ПЕ (1А - $72,5 \pm 2,3$ кг і 1В - $77,44 \pm 2,29$ кг) була вище, ніж в К групі ($61,8 \pm 1,5$ кг, $p < 0,05$). Індекс маси тіла групи 1А вище в 1,22 рази ($28,34 \pm 0,76$, $p < 0,05$), групи 1В – в 1,17 рази ($27,06 \pm 0,76$, $p < 0,05$) порівняно з К ($23,05 \pm 0,50$). Ожиріння у пацієток 1А групи діагностовано в 5,06 рази (34,4 %), 1В – в 3,4 рази частіше (23,19 %), ніж в групі К (6,8 %) ($p < 0,05$; OR=5,6; 95 % ДІ: 1,7-18,7 та $p < 0,05$; OR=4,0; 95 % ДІ 1,2-13,7 відповідно). Акушерський анамнез в групі 1В (12,5 %) здебільшого був ускладнений ПЕ ($p < 0,05$; OR=13,57; 95 % ДІ 0,75-245,4).

Середній термін розродження вагітних з ПЕЛ в 1,03 рази менше ($37,53 \pm 0,32$ тижня, $p < 0,05$), передчасних пологів (17,19 %) більше ($p < 0,05$), пологів в строк (81,25 %) в 1,23 рази менше ($p < 0,05$), середня маса новонароджених ($3099 \pm 79,47$ г) в 1,11 рази менше ($p < 0,05$), зріст ($50,98 \pm 0,44$ см) – в 1,02 рази менше ($p < 0,05$), оцінка за шкалою Апгар на 1 хвилині ($6,57 \pm 0,09$ балів) в 1,06, а на 5 хвилині ($7,64 \pm 0,08$ балів) в 1,04 рази менше ($p < 0,05$), ніж у групи з фізіологічним перебігом вагітності.

У групі 1В, порівняно з К групою, середній термін розродження ($34,01 \pm 0,32$ тижнів) в 1,14 рази менше ($p < 0,001$), частота передчасних пологів більша (75,36%, $p < 0,001$), пологів в строк в 4,06 рази менше (24,64 %, $p < 0,001$), оперативних розроджень в 1,77 рази більше (52,17 %, $p < 0,05$), середня маса новонароджених ($1905 \pm 92,82$ г) в 1,81 рази менше ($p < 0,001$), зріст ($44,17 \pm 0,71$ см) в 1,18 рази менше ($p < 0,001$), оцінка за шкалою Апгар на 1 хвилині ($5,53 \pm 0,24$ балів) в 1,26 рази менше ($p < 0,001$), на 5 хвилині ($6,55 \pm 0,27$ балів) в 1,22 рази менше ($p < 0,001$).

Результати тестування на наявність поліморфізму гена ANG II 235 М→Т свідчать про те, що в групах з преєклампсією кількість носіїв патологічної гомозиготи ТТ вища, ніж в контрольній. Так, зокрема, у 1А групі їх частота в 3,1 рази більша (18 (28,12%), $p < 0,05$), у 1В групі – в 2,87 рази (18 (26,09%), $p < 0,05$) (К=4 (9,09%)).

Нормальних гомозигот у групі 1В було в 1,33 рази менше (17 (24,64%), $p < 0,05$), ніж у К групі (21 (47,73%)). Між ступенем тяжкості ПЕ й поліморфізмом 235 М → Т встановлено прямий кореляційний зв'язок 0,198 ($p = 0,008$).

Поліморфізм гена ANG II 235 М→Т пов'язаний з підвищенням артеріального тиску, спазмом судин, уповільненням течії крові й гіперкоагуляцією, що підтверджує пряма кореляція між поліморфізмом 235 М→Т гена ANG II й рівнем Д-дімеру 0,257 ($p = 0,001$). Мутація в гені ANG II 235 М→Т корелює з рівнем протеїнурії ($r = 0,164$, $p = 0,036$), має обратну кореляцію з вмістом білка в крові ($r = -0,215$, $p = 0,007$). Крім того, підвищення АТ при поліморфізмі 235 М→Т гена ANG II призводить до погіршення матково-плодового кровотоку, що підтверджує існування кореляційного зв'язку між поліморфізмом і СДС АП 0,184 ($p = 0,017$), сумарною оцінкою КТГ (-0,257) ($p = 0,001$), вагою дитини (-0,166) ($p = 0,03$).

Висновки.

1. Наявність патологічної гомозиготи 235ТТ гена ANG II збільшує ризик розвитку ПЕ помірного ступеня в 3,58 рази (OR=3,58, 95 % ДІ 1,18-10,9), тяжкої ПЕ в 3,23 рази (95% ДІ 1,09-9,8). За наявності нормальної гомозиготи ММ ризик розвитку тяжкої ПЕ знижується (OR=0,36, 95 % ДІ 0,16-0,81) на 64%.

2. Тестування поліморфізму 235 М→Т ангіотензиногену II особливо актуальне за наявності хронічних судинних патологій в анамнезі для формуванні групи ризику тяжкої преєклампсії.

Література:

1. Erez O, Romero R, Jung E, Chaemsaitong P, Bosco M, Suksai M, et al. Preeclampsia and eclampsia: the conceptual evolution of a syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 2022;226(2S):S786-803. doi: 10.1016/j.ajog.2021.12.001.
2. Macedo TCC, Montagna E, Trevisan CM, Zaia V, de Oliveira R, Barbosa CP, et al. Prevalence of preeclampsia and eclampsia in adolescent pregnancy: A systematic review and meta-analysis of 291,247 adolescents worldwide since 1969. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020;248:177-86. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.03.043.
3. Procopciuc LM, Nemeti G, Buzdugan E, Iancu M, Stamatian F, Caracostea G. Renin-angiotensin system gene variants and risk of early- and late-onset preeclampsia: A single center case-control study. *Pregnancy Hypertens.* 2019;18:1-8. doi: 10.1016/j.preghy.2019.08.006.

ВПЛИВ МАТЕРИНСЬКО-ПЛОДОВОЇ ІНФЕКЦІЇ НА ПРОЦЕСИ ЕРИПТОЗУ У ВАГІТНИХ

Кудін І. Д., Борзенко І.Б.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Сучасні наукові дослідження демонструють взаємозв'язок між запальними захворюваннями вагітної та перинатальними ураженнями плоду. У більшості жінок, які мають материнсько-плодову інфекцію (МПП), спостерігаються різноманітні ускладнення вагітності та пологів (невиношування, плацентарна дисфункція, багатоводдя, хоріоамніоніт, неврологічні порушення у новонародженого та інші) [1,2,3].

В останній час велика увага приділяється ролі оксидативного стресу в розвитку ускладнень вагітності (преєклампсії, акушерських кровотеч), але його значення в генезі перинатальних ускладнень у вагітних з інфекційними ураженнями плоду висвітлено недостатньо. Наразі існують докази, що окислювальний стрес, який визначається як дисбаланс між утворенням активних форм кисню/реактивних форм азоту та можливостями антиоксидантної системи, відіграє важливу роль в патофізіології клітинного гомеостазу [4]. Доведено, що циркулюючі еритроцити, які перенесли окислювальний стрес, піддаються ериптозу - запрограмованій загибелі клітин, характерної тільки для еритроцитів. Про прискорений ериптоз і пошкодження мембран еритроцитів повідомлялося при багатьох соматичних захворюваннях, включаючи цукровий діабет, гіпертонічні розлади [5], але про ериптоз у вагітних з інфекційними ураженнями результатів наукових досліджень майже не знайдено. Тому вивчення особливостей ериптозу у вагітних з МПП може бути використано для розробки ранніх діагностичних маркерів анемії вагітних та ураження плода, патогенетичних підходів для їх лікування та оптимізації розродження, що залишається актуальним завданням сучасного акушерства.

Мета роботи: оцінити стан процесів ериптозу циркулюючих еритроцитів у вагітних жінок з материнсько-плодовою інфекцією.

Матеріали та методи. Обстежено 62 вагітні, з них 50 з материнсько-плодовою інфекцією (основна група) та 12 вагітних без ознак інфекційних уражень (контрольна група).

Ознаки МПІ визначали за даними ультразвукового дослідження, проведеного на апараті GE Voluson E8 (США) Жінки основної групи були розподілені в залежності від характеру інфекційного процесу (бактеріального, вірусного, грибкового) в репродуктивному тракті. Інфекційний збудник визначали за допомогою бактеріоскопічного, бактеріологічного дослідження, полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) виділень з заднього склепіння піхви, які були досліджені в клінічній лабораторії Харківської обласної клінічної лікарні. Оцінка ериптозу проводилась в Інституті клінічної та експериментальної медицини ХНМУ за допомогою метода проточної цитометрії. Вплив фосфатидилсерину (ФС), який є основною ознакою ериптозу, оцінювали за допомогою фарбування анексин V-FITC. Для оцінки утворення активних форм кисню (АФК) використовували барвник 2',7'-дихлордигідрофлуоресцеїндіацетат (H2DCFDA). Статистичний аналіз проводився з використанням системи Statistica 10.0.

Результати дослідження. При обстеженні вагітних найчастіше зустрічалося бактеріальне інфікування статевих шляхів - у 28 вагітних, з них *Escherichia coli* (56%), *Enterococcus faecalis* - у 21 (42%), *Streptococcus agalactiae* - у 17 (34%), *Gardnerella vaginalis* - у 9 (18%). Кандидозне ураження виявлене у 14 вагітних (28%), переважно *Candida albicans*. Вірусні інфекції визначалися у 8 (16%) вагітних, найчастіше цитомегаловірусна та герпетична інфекція. При дослідженні плаценти та обстеженні новонародженого були виявлені *Staphylococcus epidermidis* - у 20 (49% випадках), *Klebsiella pneumoniae* - в 7 (14%), *Enterobacter aerogenes* - в 15 (30%), *Cytomegalovirus* - в 4 (8%), *Herpes simplex virus* - в 4 (8%), *Chlamidia trachomatis* - 3 (6%) випадках. Звертає на себе увагу розбіжність чинників інфекційних уражень матері та новонародженого, що потребує подальших досліджень.

В основній групі, на відміну від контрольної, відмічалось прискорення процесів ериптозу, який призводив до анемії у 21(42%) вагітної. Необхідно відзначити, що виключно при бактеріальній інфекції генітального тракту запускається скремблуння і подальший ериптоз в крові вагітних жінок. Екстерналізація фосфатидилсерину незначно відрізнялася у вагітних з вірусною або грибковою інфекцією та контрольною групою.

Висновки. Бактеріальне інфікування генітального тракту, на відміну від вірусного та грибкового, індукує процеси ериптозу, що може призводити до виникнення анемії вагітних.

Література:

1. Корчинська ОО, Балого ОА, Поляк-Товт ВМ. Погляд акушер-гінеколога на проблеми внутрішньоутробної інфекції. Проблеми клінічної педіатрії. 2022;1:53-64.
2. McClure EM, Silver RM, Kim J, Ahmed I, Kallapur M, Ghanchi N, Nagmoti MB, Dhaded S, Aceituno A, Tikmani SS, Saleem S, Guruprasad G, Goudar SS, Goldenberg RL. Maternal infection and stillbirth: a review. J Matern Fetal Neonatal Med. 2022 Dec;35(23):4442-4450. doi: 10.1080/14767058.2020.1852206. Epub 2020 Nov 24. PMID: 33233978.
3. Hussain T, Murtaza G, Metwally E, Kalhor DH, Kalhor MS, Rahu BA, Sahito RGA, Yin Y, Yang H, Chughtai MI, Tan B. The Role of Oxidative Stress and Antioxidant Balance in Pregnancy. Mediators Inflamm. 2021 Sep 27;2021:9962860. doi: 10.1155/2021/9962860. PMID: 34616234; PMCID: PMC8490076.
4. Лушак В.І. Вільні радикали, активні форми кисню, оксидативні стреси та їхні класифікації. Ukr Biochem J. 2015;87(6):11-8.
5. Abdullaieva NA, Tertyshnyk DYu, Posokhov YeO, Lazurenko VV. Eryptosis in patients with gestational diabetes mellitus and hypertensive disorders of pregnancy. Azerbaijan Medical Journal. 2022;4:11-6.

ІМУНОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ І ЦИТОКІНИ ПРИ ПЛАЦЕНТАРНІЙ НЕДОСТАТНОСТІ

Кузьміна І. Ю., Кузьміна О. А.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Плацентарна недостатність (ПН) – синдром, зумовлений морфологічними змінами реакції плаценти та плода у відповідь на патологічні стани материнського організму [1]. В основі патології розвитку плода та новонародженого виділяють 3 основні патогенетичні форми ПН: гемодинамічну, плацентарно-мембранну, клітинно-паренхіматозну.

Система імунітету відіграє провідну роль у підтримці нормальних взаємин між матір'ю та плодом, забезпечує умови для розвитку фетоплацентарного комплексу та фізіологічного перебігу гестаційного процесу. Істотну роль імунологічних взаємовідносинах гестаційного процесу грають цитокини [1]. У зв'язку з цим ми досліджували особливості продукції цитокінів при ПН і стан імунологічної системи у матері при даній патології.

Метою дослідження стало вивчення стану імунологічних факторів та цитокінів у вагітних з плацентарною недостатністю.

Матеріал і методи дослідження: Обстежено 80 вагітних у термінах від 17 до 38 тижнів, які були поділені на 3 групи: 1-у склали 35 вагітних з ПН на тлі екстрагенітальної патології, другу - 30 вагітних з ПН на тлі акушерської патології, третю - контрольну групу - з 15 практично здорових. Вагітні перебували у віці від 18 до 35 років, з них першородних було 53 і повторнородних - 27 жінки.

Для встановлення ролі імунної системи у патогенезі ПН вивчено системну продукцію цитокінів у периферичній крові. Кров дослідження спектра цитокінів забирали з ліктьової вени, центрифугували 10 хв при 3000 обертів на хвилину. У сироватці крові визначали концентрації інтерлейкінів: ІЛ-1 α , ІЛ-4 та ІЛ-8. Визначення проводилося з використанням комерційних тест-систем ТОВ «Цітокін» за інструкцією виробника.

Аналіз даних здійснювали з допомогою пакета прикладних програм Statgrafics. Достовірними вважали різницю між рівнем достовірної ймовірності 95% ($p \leq 0,05$).

Результати та їх обговорення. Проведено дослідження імунної відповіді продукції антитіл, зокрема, аутоантитіл до тканинного фактору в материнській та пуповинній крові. При ПН на тлі акушерської патології у вагітних спостерігається п'ятикратне збільшення антитілоутворення ($p < 0,001$) порівняно з вагітністю, що нормально протікає.

У пуповинній крові при ПН виявлялася підвищена концентрація аутоантитіл до тканинного фактора, яка статистично відрізнялася від жінок з вагітністю, що нормально протікає [2].

При початкових проявах ПН відзначається підвищення концентрації ІЛ-1 α на 41% (з 98 ± 6 до 54 ± 7 , $p < 0,001$).

У міру прогресування ПН у системі мати-плацента-плід у периферичній крові різко збільшується вміст ІЛ-1 α у порівнянні з групою здорових вагітних. У пуповинній крові при ПН значно зростає вміст усіх цитокінів: ІЛ-1 α (8 разів, $p < 0,05$), ІЛ - 4 (16 разів, $p < 0,05$), ІЛ-8 (2 рази, $p < 0,05$).

Високий рівень ІЛ-1 у пуповинній крові при ПН відображає ступінь підвищеного антигенного навантаження, що призводить до збільшення проникності гематоенцефалічного бар'єру та може відігравати певну роль у патогенезі перинатального ураження центральної нервової системи новонародженого [3].

Таким чином, з представлених даних можна зробити висновок, що ознаками ПН є значне збільшення концентрації цитокінів у материнській та пуповинній крові.

Враховуючи вищевикладене, можна припустити, що плацента та оболонки формують не відому досі особливу макрофагальну систему, яка регулює не тільки імунні взаємини плода та материнського організму, забезпечуючи при нормально протікаючій вагітності імунологічну толерантність і регулює матково-плацентарний кровотік [4]. На наш погляд тригерами у порушенні матково-плацентарного кровообігу є імунологічні фактори, що створюють умови для гіперпродукції цитокінів. Цитокіни, з одного боку, є індукторами прокоагулянтної активності судинного ендотелію матково-плацентарного басейну, а з іншого - розвивають та змінюють перебіг гемостатичних реакцій на всіх етапах, включаючи продукцію антикоагулянтів та вироблення антитіл.

Висновки: При ПН на тлі акушерської патології у вагітних спостерігається п'ятикратне збільшення антитілоутворення в порівнянні з вагітністю, що нормально протікає. Високий рівень ІЛ-1 у пуповинній крові при ПН відображає ступінь підвищеного антигенного навантаження, що призводить до збільшення проникності гематоенцефалічного бар'єру та може відігравати певну роль у патогенезі перинатального ураження центральної нервової системи новонародженого.

Література:

1. Kuzmina IU, Shutova NA. The role of metabolic syndrome in the development of chronic inflammation of adipative tissue. The VIII International Scientific and Practical Conference Challenges in Science of Nowadays Held; 2021 Apr 4-5; Washington, USA; 2021, p. 715-20.
2. Сукманський ОІ. Цитокіни - нова система біорегуляторів. Вісник стоматології. 2005;3:69-74.
3. Lee HL, Jang JW, Lee SW, Yoo SH, Kwon JH, Nam SW, et al. Inflammatory cytokines and change of Th1/Th2 balance as prognostic indicators for hepatocellular carcinoma in patients treated with transarterial chemoembolization. Sci Rep. 2019 1;9(1):3260. doi: 10.1038/s41598-019-40078-8.
4. Hao G, Duan W, Sun J, Liu J, Peng B. Effects of febuxostat on serum cytokines IL-1, IL-4, IL-6, IL-8, TNF- α and COX-2. Exp Ther Med. 2019 Jan;17(1):812-816. doi: 10.3892/etm.2018.6972.

БІОЦЕНОЗ ПІХВИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З ХРОНІЧНИМИ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПРИДАТКІВ МАТКИ

Куксенко Л. А., Гусев В. М.

Донецький національний медичний університет МОЗ України, м. Кропивницький, Україна

Вступ. Проблема запальних захворювань статевих органів – одна з найбільш актуальних в гінекології [1]. За даними літератури, загальна частота запальних захворювань жіночої статевої системи в структурі гінекологічної патології становить близько 60%. Найчастіше запальні захворювання є результатом висхідного інфікування з цервікального каналу *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, а також

численними представниками умовнопатогенної мікрофлори, що призводить до розвитку ендометриту, сальпінгіту, оофориту, тубооваріальних абсцесів та пельвіоперитоніту [1-3].

Доведено [1-3], що протягом трьох років після перенесеного гострого запалення придатків матки 22-27% пацієнток страждають на тазовий біль, у 43% має місце загострення запального процесу, 40% страждають на трубно-перитонеальне неплоддя. За даними статистики в Україні серед хворих запальними процесами статевих органів – 75% жінки, молодші за 25 років, з яких 3/4 що не народжували. Показник захворюваності вищезазначеної патології за перше десятиріччя XXI ст. збільшився серед пацієнток 18-24 років у 1,4 раза, серед 25-29 річних – в 1,8 рази відповідно [4].

Згідно з сучасними дослідженнями, в етіології запального процесу основна роль відводиться мікробним асоціаціям, в тому числі патогенним і умовно-патогенним мікроорганізмам. В останні роки в багатьох публікаціях відображено переважання анаеробних інфекцій над аеробними [2,5]. За даними [5,6], частота виявлення анаеробних мікроорганізмів – збудників при використанні сучасних методів мікробіологічної діагностики досягає 76,9%; у 41,7% випадків процес викликаний асоціаціями аеробних і анаеробних мікроорганізмів.

Широка доступність населення до ліків та неадекватне застосування антибактеріальних препаратів при гострих процесах призводять до хронізації запальних процесів, частого рецидивування, резистентності терапії та розвитку ускладнень [3], які є основною причиною інвалідизації і навіть смерті жінок [6].

Мета дослідження. Вивчення мікробіоценозу уrogenітального тракту жінок репродуктивного віку з хронічними запальними захворюваннями придатків матки.

Матеріали і методи. Дослідження побудовано на власних клінічних спостереженнях. Вивчено мікрофлору уrogenітального тракту 42 жінок репродуктивного віку (25,71±3,19 років) з хронічними запальними процесами придатків матки – основна група. Групу контролю склали 30 жінок (середній вік 27,15±4,22 років), які на момент обстеження не пред'являли скарг, у яких був відсутній діагноз аднекситу в анамнезі. Бактеріологічні дослідження вагінального секрету проводилося із застосуванням тесту «Femoflor-16», імуноферментний аналіз (IgG до *Chlamydia trachomatis*) за прийнятою методикою, яка використовується у медичній лабораторії «SYNEVO».

Результати досліджень. Аналізуючи результати обстеження, було доведено, що найбільш часто у пацієнток основної групи ідентифіковані стафілококи (27 пацієнток – 63,29%): *St. epidermidis* (28,57%), *St. saprophyticus* (11,9%), *St. haemolyticus* (14,29%), *St. aureus* (9,52%). Загальна кількість ідентифікованого збудника у пацієнток групи контролю була значно нища та складала 23,33% (7 пацієнток) за рахунок *St. saprophyticus*. У 18 хворих (42,86%) основної групи були виділені представники сімейства *Streptococcaceae*: *Enterococcus faecalis* – 23,81%, *Enterococcus faecium* – у 19,05% випадків. Також були виявлені мікроорганізми з високим патогенним потенціалом – *St. pyogenes* і *St. pneumoniae* (21,43% і 14,29% відповідно), тоді як в групі контролю *St. pyogenes* і *St. pneumoniae* не були виділені взагалі. Частота виявлення факультативних анаеробних грампозитивних коринебактерій, таких як *Corynebacterium xerosis* та *Corynebacterium minutissimum*, становила 33,33% (14 жінок) та 10,00% (3 пацієнтки) відповідно. Серед грамнегативних аеробних

мікроорганізмів сімейства *Enterobacteriaceae* найбільший відсоток (36,84%) становила *E. coli*, виділена у жінок досліджуваної групи (3% в групі контролю). Додаткова мікрофлора урогенітального тракту обстежених хворих була різноманітною і включала в себе не тільки типових представників (ентерококи), але і умовно-патогенні гриби. Були виявлені гриби роду *Candida*, які були представлені видами *C. albicans* и *C. tropicalis* загальною кількістю 35,71% (15 пацієток основної групи) та 26,66% (8 пацієток) групи контролю.

При проведенні обстеження у пацієток обох груп не було виявлено збудників таких як *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*. Тоді як використання імуноферментного аналізу (ІФА) сприяло виявленню Іg класу G до *Chlamydia trachomatis* у пацієток основної групи у 21,42% випадків (9 пацієток), до *Mycoplasma hominis* – 5 пацієток (16,7%) відповідно, поєднання обох збудників за результатами обстеження мало місце у 3 пацієток основної групи – 7,14% випадків. У пацієток групи контролю ці збудники інфекцій не виявлено. На підставі отриманих результатів слід зазначити, що саме використання ІФА є більш інформативним та доцільним методом діагностики у жінок із хронічними запальними процесами придатків матки. На нашу думку це, скоріш за все, пов'язано з елімінацією збудника з ділянки первинного ураження на тлі довготривалого перебігу запального процесу та використанням антибактеріальної терапії.

Змішані інфекції є особливою проблемою при інфекційній патології репродуктивних шляхів. Дослідниками [5,6] встановлено синергетичний характер взаємодії аеробів і анаеробів при розвитку запального процесу, що обумовлює його хронізацію та ускладнює перебіг. У 54,76% випадків мікрофлора жінок основної групи була представлена асоціаціями умовно-патогенних мікроорганізмів, що включають як аеробні, так і анаеробні мікроорганізми. Серед виділених культур спостерігалися асоціації стафілококів з ентерококами (45,23%), стафілококами зі стрептококами (21,42%), стафілококами-гартнереллами (11,90%), ентерококами-гартнерелами (14,29%), мікоплазми-хламідії (7,14%).

Встановлено достовірне зниження *Lactobacillus spp.* майже в 3 рази у пацієток основної групи у порівнянні з жінками групи контролю, що свідчить про дисбіоз піхви та колонізацію асоційованих мікроорганізмів.

Висновки. Таким чином підтверджено, що хронічні запальні захворювання придатків матки супроводжуються дестабілізацією мікроекології урогенітального тракту, що характеризується низькими показниками лактобактерій, високими показниками порушень та частоти бактеріальних асоціацій. Тому питання відновлення біоценозу піхви під час лікування є актуальним, а його необхідність – очевидною.

Література:

1. Шаганов ПФ. Клініко-статистичний ретроспективний аналіз анамнезу пацієток із перитональними тазовими спайками. Перинатологія та репродуктологія: від наукових досліджень до практики. 2021;1(3):132-40. doi: 10.52705/2788-6190-2021-3-14.
2. Корнацька АГ, Вовк ІБ, Чубей ГВ. Запальні захворювання органів малого таза, спричинені інфекціями, що передаються статевим шляхом. Здоров'я України. 2012;12:38-9.
3. Резніченко ГІ, Резніченко НЮ, Потебня ВЮ. Ефективність тіотриазоліну у лікуванні запальних захворювань додатків матки. Дерматовенерологія. Косметологія. Сексопатологія. 2019;3-4:65-9.
4. Лисиця В. Ведення пацієток з запальними захворюваннями органів малого таза. Огляд рекомендацій Британської асоціації сексуального здоров'я та ВІЛ. Медичні аспекти здоров'я жінки. 2018; 3:17-23.

5. Tien V, Punjabi C, Holubar MK. Antimicrobial resistance in sexually transmitted infections. J Travel Med. 2020 Feb 3;27(1):taz101. doi: 10.1093/jtm/taz101.
6. Goje O, Markwei M, Kollikonda S, Chavan M, Soper DE. Outcomes of Minimally Invasive Management of Tubo-ovarian Abscess: A Systematic Review. J Minim Invasive Gynecol. 2021 Mar;28(3):556-64. doi: 10.1016/j.jmig.2020.09.014.

ПЕЛОЇДОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ПРИДАТКІВ МАТКИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Куксенко Л. А.

Донецький національний медичний університет, м. Лиман, Україна

Актуальність: Хронічні запальні захворювання жіночих статевих органів стабільно залишаються лідерами у структурі гінекологічних захворювань та складають 60-65% від усіх випадків. Унаслідок тривалих запальних процесів придатків матки виникають серйозні порушення репродуктивного здоров'я жінки, створюючи таким чином не тільки медичну, а й соціальну та економічну проблеми. За даними статистики, серед хворих запальними процесами статевих органів – 75% жінки, молодші за 25 років, з яких 3/4 не народжували.

Синдром хронічного тазового болю, безпліддя, невиношування вагітності, ектопічна вагітність – це далеко не повний перелік наслідків їх негативного впливу на репродуктивну функцію жінки. Стандартне лікування хронічних запальних захворювань жіночих статевих органів, які включають широкий арсенал протизапальних та антибактеріальних препаратів не вирішує проблему повною мірою, тому в сучасній медицині використовують різні фізичні методи.

Одним із фізичних методів є пелоїдотерапія (грязелікування), яка має десенсибілізуючий, розсмоктуючий та протизапальний ефекти, знижуючи активність ексудативного та інфільтративного процесів. Її використання покращує функцію яєчників, як безпосередньо так і опосередковано, реологічні властивості крові, енергетичну забезпеченість організму та імунологічну реактивність.

Мета: Вивчення клінічної ефективності застосування пелоїдів в комплексному лікуванні хронічних запальних процесів придатків матки у жінок репродуктивного віку.

Матеріали і методи дослідження: Було сформовано дві групи: основна – 20 пацієнток, які крім стандартного лікування хронічного запального процесу придатків матки отримували інтравагінальні тампони, які містили лікувальну грязь протягом 14 днів, тривалістю 30 хвилин. Групу контролю склали 22 пацієнтки із хронічним сальпінгітом, які отримували стандартну протизапальну терапію, тривалість лікування яких залежала від загального стану та складала в середньому 16 днів. У динаміці всім жінкам було проведено загальноклінічне та ультразвукове обстеження. За віком, паритетом, тяжкістю захворювання групи були репрезентативні та підібрані за принципом копія-пара. Ультразвукові дослідження проводилися на апараті фірми TOSHIBA NEMIOXG модель SSA- 580 A із застосуванням конвексних датчиків потужністю 3,5 та 7,5 МГц, що працює в реальному масштабі часу.

Інтенсивність болю оцінювали, спираючись на вербальну описову шкалу оцінки болю (Вербальна дескрипторська шкала Гастон-Йоханссон Ф., Альберт М., Фаган Е. Та ін., 1990),

бактеріологічні дослідження вагінального секрету проводилося із застосуванням тесту «Femoflor-16». Визначення гормонального статусу пацієнток проводили за прийнятою методикою, яка використовується у медичній лабораторії «SYNEVO».

Результати: Середній вік пацієнток I групи становив $25,71 \pm 3,19$ року, тоді як у II групі він був достовірно більшим та дорівнював $27,15 \pm 4,22$ року ($p < 0,01$). Під час проведення дослідження доведено, що інтенсивність болю до лікування в обох групах була у діапазоні 7-9 балів. Проведене лікування призвело до зниження больового синдрому до 2-3 балів у пацієнток групи контролю, тоді як у пацієнток основної групи больовий компонент було купійовано повністю.

У всіх групах до лікування під час проведення ультразвукової діагностики було визначено підвищення ехогенності, виявлено інфільтрати та візуалізувалося наявність злукового процесу в ділянках малого тазу. У 4 пацієнток основної групи (20%) та у 3 пацієнток групи контролю (13,6%) під час проведення сонографії був діагностований гідросальпінкс. Стандартне лікування значних позитивних змін при сонографії не виявило. При проведенні контрольного ультразвукового дослідження у пацієнток основної групи відмічено зниження ехогенності, інфільтрації у ділянках придатків. У трьох пацієнток (15%) було констатовано регрес гідросальпінксу за рахунок зменшення його розмірів, у однієї (5%) – повне розсмоктування вищезазначеного утворення. Під час проведення ультрасонографії під час стандартного лікування у пацієнток другої групи було доведено зменшення параметрів яєчників, а саме: довжини на 23,5%, ширини – на 25%, товщини – на 29,4% та об'єму – на 31,2%. Тоді як у жінок, які додатково отримували у якості лікування пелоїдну композицію, відмічено зменшення довжини яєчників на 41,5%, 31%, 35,3%, 35% та 39,6% відповідно.

Бактеріологічне дослідження не виявило суттєвих розбіжностей у пацієнток обох груп. Найчастіше висівалися *S.epidermidis* (75% у пацієнток основної групи та 59,1% - пацієнток групи контролю) і представники роду *Corynebacterium* (80% та 68,2% відповідно до груп). Встановлено достовірне зниження *Lactobacillus spp.* і *Bifidobacterium spp.* при одночасному збільшенні числа *E. coli*, *Enterococcus spp.* і *S. aureus*, а також поява *Bacteroides spp.*, *Peptococcus spp.* і *Peptostreptococcus spp.* Доведено збільшення нормальної мікрофлори піхви у пацієнток основної групи, в той час відсутність позитивної динаміки у жінок групи контролю, у яких спостерігається наявність асоціацій мікроорганізмів, особливо їх анаеробних представників, що несе в собі загрозу репродуктивному здоров'ю жінки. Тому питання відновлення біоценозу піхви під час лікування є актуальним, а його необхідність – очевидною.

Після проведеного лікування через 3 місяці у пацієнток основної групи мало місце підвищення статевих гормонів (Е - $24,4 \pm 2,4$ нмоль/л; Пг - $18,5 \pm 2,2$ нмоль/л) при нормалізації показників гонадотропінів (ФСГ - $8,5 \pm 2,2$ мМЕ/мл та ЛГ - $6,8 \pm 4,2$ мМЕ/мл). Пацієнтками основної групи було відмічена нормалізація менструальної функції у 90% випадків (18 жінок). В той час, аналізуючи показники гормонального статусу, у пацієнток групи контролю нормалізацію менструальної функції було констатовано у 54,5% (12 пацієнток). Показники рівня гормонів становив $16,5 \pm 1,2$ нмоль/л, $15,5 \pm 4,2$ нмоль/л, $11,6 \pm 3,2$ мМЕ/мл та $10,5 \pm 1,2$ мМЕ/мл відповідно. Прояви оваріальної недостатності у обстеженої когорти жінок,

скоріш за все, свідчать про порушення темпу розвитку домінантного фолікула з подальшим формування лютеїнової недостатності що, наш погляд, потребує корекції та відновленню гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової ієрархії шляхом застосування оральних контрацептивів під час лікування.

Висновки: Пелоїдотерапія є ефективним компонентом терапії хронічних запальних захворювань придатків матки у жінок репродуктивного віку. Отримані результати обґрунтовують доцільність використання пелоїдів у комплексному лікуванні та реабілітації жінок із хронічними запальними процесами придатків матки, а також підкреслюють необхідність включення фізіотерапії у стандарти лікування цієї патології.

ПЕРИНАТАЛЬНІ НАСЛІДКИ ТРАВМ ЖИВОТА У ВАГІТНИХ ПІД ЧАС ВІЙНИ В УКРАЇНІ

Кулікова О. В., Тищенко О. М.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Травми живота у вагітних є серйозною медичною та соціальною проблемою, особливо в умовах війни. Повномасштабне вторгнення Росії в Україну призвело до значного зростання кількості поранених серед цивільного населення, зокрема вагітних жінок. Військові дії, обстріли, вибухи та нестабільна ситуація в регіонах бойових дій створюють підвищений ризик травмування вагітних. Найбільш небезпечними є тупі травми, проникаючі поранення, удари вибуховою хвилею та дорожньо-транспортні пригоди (ДТП), викликані бойовими діями. Метою даного дослідження є аналіз перинатальних наслідків травм живота у вагітних під час війни в Україні, визначення частоти переривань вагітності, способів розродження та стану новонароджених.

Мета. аналіз перинатальних наслідків травм живота у вагітних під час війни в Україні, визначення частоти переривань вагітності, способів розродження та стану новонароджених, а також оцінка впливу бойових дій на здоров'я вагітних жінок і розвиток ефективних підходів до медичного забезпечення цієї категорії пацієнток.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на основі ретроспективного аналізу медичних записів та літературних джерел, що стосуються травм живота у вагітних під час війни в Україні. Було використано дані клінічних спостережень, звітів українських лікарень та наукових публікацій, що висвітлюють наслідки бойових дій для здоров'я вагітних. Оцінювалися механізми отримання травм, особливості перебігу вагітності, методи розродження та стан новонароджених.

Основна частина. Аналіз літературних джерел показує, що травми під час вагітності є однією з провідних причин материнської та перинатальної смертності. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), травми під час вагітності трапляються у 6-8% випадків, при цьому військові конфлікти значно підвищують ризик їхнього виникнення.

Під час війни в Україні зареєстровано численні випадки травм вагітних жінок внаслідок ракетних обстрілів, мінно-вибухових поранень та руйнування житлових будівель.

Згідно з дослідженнями українських медичних установ, такі травми часто супроводжуються передчасними пологами, відшаруванням плаценти та внутрішньоутробною загибеллю плода.

Згідно з даними до 50% травм живота у вагітних в умовах війни супроводжуються ускладненнями, що вимагають екстреного розродження. Також встановлено, що найчастішими наслідками травм під час вагітності є передчасні пологи (30-40%), внутрішньоутробна загибель плода (15-25%) та післяпологові кровотечі (10-20%).

У сучасній українській медичній практиці застосовується мультидисциплінарний підхід до ведення вагітних з травмами, що включає співпрацю акушер-гінекологів, хірургів, військових медиків та неонатологів. Використання сучасних методів діагностики, таких як магнітно-резонансна томографія (МРТ) та кардіотокографія (КТГ), дозволяє виявити критичні зміни у стані плода та своєчасно визначити тактику ведення вагітності.

Результати

Травми живота під час вагітності можуть призвести до серйозних ускладнень, зокрема до переривання вагітності. Випадки викиднів у першому та другому триместрах становлять приблизно 30-40%, тоді як внутрішньоутробна загибель плода трапляється у 15-25% постраждалих. Крім того, близько 30-40% вагітних жінок після травми народжують передчасно, що суттєво впливає на стан новонародженого. Відшарування плаценти спостерігається у 10-20% випадків, що може призвести до критичних ускладнень як для матері, так і для дитини.

Пологи після травм можуть відбуватися по-різному залежно від стану жінки та плода. Приблизно у 20-30% випадків пологи проходять фізіологічним шляхом, без хірургічного втручання. Однак у такої ж кількості пацієток (20-30%) проводиться плановий кесарів розтин. Найбільш небезпечними є ситуації, коли необхідне екстрене хірургічне втручання через критичний стан матері або дитини. У таких випадках екстрений кесарів розтин виконують у 40-50% вагітних після отриманих травм.

Стан новонароджених дітей також значною мірою залежить від наслідків травми. Вживаність немовлят після таких випадків становить 60-70%, але значна частка дітей народжується недоношеними – це трапляється у 30-40% випадків. Окрім того, серед можливих ускладнень виділяють гіпоксично-ішемічні ураження центральної нервової системи, що реєструються у 10-20% новонароджених. Внаслідок травматичного впливу можуть розвинути вроджені аномалії, що фіксуються у 5-10% випадків. Також рівень неонатальної смертності серед дітей, народжених після отриманих матір'ю травм, становить 5-10%. Ці цифри є орієнтовними і відображають загальні тенденції на основі медичних спостережень і аналізу травм вагітних під час війни в Україні.

Результати дослідження показали, що травми живота під час вагітності значно підвищують ризик несприятливих перинатальних наслідків. Основними ускладненнями є передчасні пологи, відшарування плаценти та внутрішньоутробна гіпоксія. В умовах війни в Україні зростає ризик як прямого травматичного впливу, так і стресового фактора, який також негативно впливає на перебіг вагітності.

Висновки. Травми живота у вагітних під час війни в Україні є значним фактором ризику для матері та плода. Більшість вагітних, що отримали травми, потребують оперативного розродження. Частка недоношених новонароджених після травм живота у

вагітних є суттєвою. Військові дії значно підвищують ризик гіпоксії плода, що потребує особливого моніторингу та лікування. Розробка ефективних протоколів ведення вагітних із травмами в умовах війни є необхідною для зменшення рівня перинатальної смертності та ускладнень. Подальші дослідження необхідні для розробки ефективних методів профілактики та ведення вагітних з травмами, а також для оцінки довгострокових наслідків для дітей, народжених після таких випадків в умовах війни в Україні.

Література

1. Тимченко НФ. Розробка інноваційної персоналізованої ризик-орієнтованої моделі профілактики невиношування вагітності. Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 «Медицина» (022 – Охорона здоров'я). Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, МОЗ України, Львів, 2023.
2. Чабан ОС, Хаустова ОО. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? Український медичний часопис. Серія «Неврологія, психіатрія». 2022;4(150)-VII/VIII: 1–11.
3. Kapur N, Hutson HR, Davis MA, Rice PL. The Effect of Exposure to Violence on Young Children in Immigrant Families. *Pediatrics*. 2024;112(1):146-52.
4. Al-Qutob R, Mawajdeh S, Nawar R, Udelsman R. The effect of chronic exposure to war and sanctions on maternal and child health in Iraq. *Public Health*. 2023;126(3):183-8.

РОЛЬ ГІСТЕРОСКОПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ БЕЗПЛІДДЯ

Луцький А. С.¹, Луцька С. В.²

¹Харківський національний медичний університет, м.Харків, Україна

²Клініка репродуктивної медицини імені академіка В. І. Грищенка, м.Харків, Україна

Вступ. Впровадження ендоскопічних технологій дозволило значно розширити діагностичні можливості та уточнити характер внутрішньоматкової патології при застосуванні допоміжних репродуктивних технологій. Гістероскопія дозволяє провести взяття матеріалу для дослідження з порожнини матки, а також максимально безпечно забезпечує проведення даної процедури з діагностичною ціллю. Діагностика неплідності шляхом гістероскопії відіграє дуже важливу роль для відновлення репродуктивної функції жінки [1].

Сучасним методом лікування безпліддя є екстракорпоральне запліднення (ЕКЗ). Більшість фахівців пропонують переносити ембріони в кріоциклах щоб запобігти негативному впливу гормональної стимуляції на стан ендометрію. При загрозі гіперстимуляції, при проведенні генетичного тестування на анеуплоїдії, ембріони консервують і переносять в наступні цикли. Підготовка ендометрію до перенесення ембріонів може проводитись в природньому циклі та на тлі замісної гормональної терапії. Природній цикл простий та безпечний та не має негативного впливу естрогенів на організм. Перенесення еуплоїдних ембріонів відбувається після проведення генетичного тестування [2].

Мета дослідження. Поліпшення діагностики патології ендометрію за рахунок використання гістероскопії при відновленні фертильності при застосуванні допоміжних репродуктивних технологій в кріопротоколах.

Матеріал і методи. Дослідження проведено у 60 пацієнток, які були розподілені на 2 групи. До 1 групи увійшли 30 жінок, яким перед перенесенням ембріонів провели діагностичну гістероскопію з метою виключення патології ендометрію. Гістероскопія здійснювалася апаратурою та інструментами фірми «KARL STORZ». У другій групі спостерігались 30 пацієнток, яким гістероскопія перед перенесенням ембріонів до маткової порожнини не проводилась у зв'язку з відсутністю патологічних змін ендометрію.

Вік пацієнток у 1-й групі був 36.9 ± 0.8 років, у другій групі - $36,3 \pm 0.9$ років. По товщині ендометрію 1 і 2 групи також не відрізнялись (8.8 ± 0.2 мм та 8.4 ± 0.3 мм).

Всі пацієнтки знаходились в програмі ЕКЗ. Стимуляцію суперовуляції проводили з антагоністами гонадотропін - рилізінг гормону. З другого дня менструального циклу пацієнтки отримували фолікулостимулюючий гормон (ФСГ) в дозі 225 МО. При досягненні фолікулом розміру 18 мм, вводили тригер овуляції. Через 36 годин отримували яйцеклітини шляхом пункції фолікулів. Ооцити запліднювали спермою чоловіка. На 5 -6 добу культивування проводили біопсію трофектодерми.

Генетичне дослідження робили методом NGS. Ембріони консервували і знаходились на зберіганні в кріобанку. При отриманні еуплоїдних ембріонів жінок готували до кріопротоколу в природньому циклі.

З 9 дня менструального циклу проводили ультразвукове дослідження органів малого тазу. Звертали увагу на розмір лідуєчого фолікула та на товщину і структуру ендометрію. Овуляцію підтверджували на УЗД та гормонально. Через 5 днів після овуляції планували перенесення ембріонів. Підтримку 2 фази циклу проводили мікронізованим прогестероном в дозі 400 мг на добу.

Результати досліджень. Стан слизової оболонки матки за допомогою гістероскопії вивчався у 1-й групі спостережених, оскільки даний метод інструментального дослідження дозволяє переважно оглянути та оцінити структурні особливості ендометрію та ендометрію. У I групі гістероскопія була проведена у 30 пацієнток, у яких були виявлені патологічні зміни слизової оболонки матки. Найбільш зустрічались поліпи ендометрію, хронічний ендометрит, стеноз цервікального каналу, сінехії в порожнині матки. Ендоскопічні технології розширили діагностичні можливості дослідження внутрішньоматкової патології на етапі відновлення фертильності та підготовки до екстрокорпорального запліднення та подолати причини виникнення безпліддя [3].

Нами проведено аналіз результатів по настанню клінічної вагітності, які значно відрізнялись у 1-й та 2-ї групах.

В 1 групі цей показник складав 66,6%, а у 2-й тільки 53,3%. Збільшення показника клінічних вагітностей в 1 групі пацієнток вказує на доцільність проведення гістероскопії перед плануванням ембріопереносу.

Ендоскопічні технології розширили діагностичні можливості дослідження внутрішньоматкової патології на етапі відновлення фертильності та підготовки до екстрокорпорального запліднення та подолати причини виникнення безпліддя.

Висновки. Гістероскопія з морфологічним дослідженням ендометрію залишається основним методом діагностики внутрішньоматкової патології. Гістероскопія дозволяє виключити матковий фактор безпліддя, який має суттєве значення для ефективності проведення екстракорпорального запліднення. Отримані дані допоможуть лікареві-клініцисту своєчасно поставити правильний діагноз та виробити оптимальну та індивідуальну тактику ведення пацієнтки.

Література:

1. Авраменко Н, Постоленко В, Авраменко Н, Постоленко В. Можливості сучасних методів діагностики у жінок із безпліддям при хронічному ендометриті. Буковинський медичний вісник. 2020;24(1):3–9. doi: 10.24061/203327.
2. Хміль С, Чудійович Н. Хронічний ендометрит як один із факторів невдалих спроб імплантації ембріонів у програмах допоміжних репродуктивних технологій. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2019;2:111-117. doi: 10.11603/24116-4944.2019.2.10930

ВІДДАЛЕНІ НАСЛІДКИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ НА МАТЦІ НА МЕНСТРУАЛЬНУ ТА ОВУЛЯТОРНУ ФУНКЦІЮ ЖІНОК

Мудра Ю. С.

КНП «Броварська Багатопрофільна Клінічна Лікарня», м. Бровари, Україна

Вступ. Операції на матці, такі як міомектомія, гістеректомія та абляція ендометрію, зазвичай виконуються для лікування різних гінекологічних захворювань. Існує обмежена кількість досліджень щодо їх впливу на менструальну та овуляторну функцію після проведених оперативних втручань. Розуміння довгострокових наслідків має вирішальне значення для консультування пацієнтів щодо фертильності та репродуктивного здоров'я після оперативних втручань на матці.

Мета дослідження. Метою дослідження є оцінка віддалених наслідків оперативних втручань на матці на менструальний цикл і овуляцію, їх функцію. Зокрема, дослідження вивчає зміни в регулярності менструального циклу, тривалості циклу, овуляції та загального репродуктивного здоров'я після оперативного втручання.

Матеріали і методи. Було проведено ретроспективне когортне дослідження за участю жінок, які перенесли операцію на матці в період 2020 - 2024 рр. Учасниць було опитано щодо здоров'я менструального циклу та овуляції, частоти і тривалості менструальних виділень, наявності ановуляції, нерегулярних циклів або гормонального дисбалансу. Дані були зібрані через медичну документацію та збір анамнезу пацієнток. та структуровані інтерв'ю.

Результати досліджень. Зі 150 обстежених жінок, у 80% спостерігалось порушення регулярності циклу, надмірна або скудна менструація, або аменорея (особливо після консервативної міомектомії). Найбільш поширеними змінами були збільшення нерегулярності менструального циклу (45%), надмірна та тривала кровотеча (30%) і зниження частоти овуляції (25%). Підгрупа жінок, які перенесли гістеректомію (з або без оваріоектомії) показали значне зниження природної овуляторної функції.

Висновки. Оперативні втручання на матці можуть мати значний віддалений вплив на менструальну та овуляторну функцію, у деяких жінок спостерігаються зміни тривалості

менструального циклу, ановуляція або рання менопауза. Проте, потрібні подальші перспективні дослідження, щоб краще зрозуміти механізми, які можуть призводити до даних змін, та вдосконалити післяопераційне спостереження та консультування.

ІСТМОЦЕЛЕ. СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Сафонов Р. А., Сафонова І. М.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

НТУ «Харківський політехнічний університет», м. Харків, Україна

Вступ. Істмоцеле (ніша, дефект рубця, диветикул рубця) - це ятрогенний кишеньоподібний дефект міометрія в ділянці рубця на матці після кесаревого розтину (КР), глибиною понад 2 мм. З кожним роком проблема істмоцеле набуває все більшої та більшої актуальності. Це може бути пов'язане зі збільшенням частоти кесаревих розтинів за останні 20 років, більш точної діагностики.

Наразі не існує єдиної причини виникнення істмоцеле, серед можливих виділяють: низький розріз на матці під час кесаревого розтину при розкритті >5 см, некоректне співставлення країв рани, використання нерозсомктуючих шовних матеріалів при двошрядному зшиванню країв рани, повторні кесареві розтини (чим більше кесаревих розтинів, тим більше вірогідність формування істмоцеле).

До основних симптомів відносять: аномальні маткові кровотечі (тривалі постменструальні кровотечі), дисменорея, диспареунія, вторинне безпліддя.

Мета. Провести аналіз сучасних методів діагностики та хірургічного лікування істмоцеле.

Матеріали та методи. Був проведений аналіз наукових матеріалів, присвячених проблемам діагностики та лікування істмоцеле, які були опубліковані у Національній медичній бібліотеці «PubMed.gov» та «UpToDate» з грудня 2022 року по березень 2025 року. Було знайдено 345 робіт, з них 4 було відібрано для аналізу.

Результати. Діагноз «істмоцеле» встановлюється за допомогою трансвагінального ультразвукового дослідження (ТВ УЗД), 3D УЗД, рідинної соногістерографії, МРТ, гістеросальпінгографії, гістероскопії. Одним з недоліків гістероскопії є те, що вона не дозволяє оцінити товщину резидуального міометрія, що вкрай важливо при проведенні оперативного лікування, на відміну від ТВ УЗД.

Найкраще проводити ультразвукову оцінку ніш через 3 місяця після КР та пізніше, через 6-12 місяців після пологів, коли рубець ще не повністю загоївся, легше розпізнати рубець і візуалізувати невеликі ніші (цьому також може сприяти тонкий ендометрій під час лактації). Також треба пам'ятати, що зображення рубця залежить від фази менструального циклу: найкраща візуалізація доступна під час кровомазання та у перші дні після менструації.

Використання 3D УЗД не дає переваг у діагностиці. Також для діагностики істмоцеле може використовувати МРТ. Це дає кращу контрастність тканин та кращу відтворюваність.

Згідно DELFI CONSENSUS UOG 2019 року вимірюють основні параметри ніш, що необхідно для вибору подальшої тактики та лікування, а саме: товщину, товщину

резидуального міометрія (ТРМ), товщину прилеглого ендометрія (сагітально), ширину (поперечно), наявність та розмір відгалужень (при коспелкських нішах). До додаткових параметрів, що використовуються при плануванні хірургічного втручання та не входять до консенсусу, відносять: дистанція до міхурово-вагінальної складки, дистанція до зовнішнього зіву.

Лікуванню підлягають лише симптомні істмоцеле. Метод лікування ніш залежить від наявності клінічних симптомів, анатомічних характеристик істмоцеле (рівень, розмір, ТРМ), репродуктивних планів пацієнтки, досвіду хірурга та наявності необхідного обладнання. Перед проведенням оперативного лікування треба оцінити товщину резидуального міометрія. Якщо товщина резидуального міометрія більше 3 мм, то методом вибору є проведення гістерорезектоскопії, якщо товщина резидуального міометрія менше 3 мм, то треба розглядати лапароскопічний або вагінальний доступ.

Також тип хірургії залежить від того на якій відстані (+/-) та чи краніальніше або каудальніше знаходиться дефект по відношенню до везико-вагінальної складки. У випадку, коли цей дефект розташований краніальніше (зі знаком +), то показана лапароскопія. У випадку, коли цей дефект розташований каудальніше (зі знаком +), то показаний вагінальний доступ. До переваг лапароскопії відносять: її проведення можливе при ТРМ < 3 мм, є можливість повного висічення рубцевої тканини, нижче ризик травми сечового міхура (у разі пошкодження сприятливі умови для ушивання дефекту), зміцнюється передня стінка матки в ділянці дефекту після лапароскопії ТРМ більший в порівнянні з гістероскопією. До недоліків лапароскопічного доступу відносять: більша тривалість операції, більша крововтрата, більше післяопераційний ліжко-день, вищі витрати на лікування, більш тривала крива навчання для хірургів та наявність високих професійних навичок для хірургів.

Лапаротомія може бути використана для корекції дефекту, але вона має свої недоліки: це більш травматичний метод у порівнянні з іншими методиками, наразі недостатньо публікацій щодо використання цього доступу для корекції істмоцеле та відсутня можливість для проведення мета-аналізу.

Висновки. Отже, наразі не існує точної теорії виникнення істмоцеле та його профілактики. Зростання КР у популяції призводить до збільшення частоти виникнення істмоцеле. Оперативного лікуванню підлягають лише симптомні істмоцеле (симптоми у вигляді АМК, диспареунії та вторинного безпліддя).

Спільне ведення мультидисциплінарною командою у складі сонологів, акушерів та оперативних гінекологів, комплексна діагностика та лікування у таких пацієнтів є запорукою успішного лікування та досягнення результатів.

Надзвичайно важливим параметром є визначення ТРМ. Гістероскопічна корекція істмоцеле може бути найбільш безпечною та ефективною стратегією у пацієнтів з достатньою залишковою товщиною міометрію ТРМ $\geq 2,5$ мм. Лапароскопічні та вагінальні операції можуть бути кращими варіантами для пацієнтів з більш тонким залишковим міометрієм над дефектом (ТРМ < 2,5 мм) або коли гістероскопічне лікування неефективне. Лапаротомічний доступ має право на існування, але враховуючи його травматичність, не є методом вибору при лікуванні істмоцеле.

Література:

1. Iannone P, Nencini G, Bonaccorsi G, Martinello R, Pontrelli G, Scioscia M, et al. Isthmocele: From Risk Factors to Management. Rev Bras Ginecol Obstet. 2019;41(1):44-52. doi: 10.1055/s-0038-1676109.
2. Huirne JAF, Vervoort AJMW, Leeuw R, Brölmann HAM, Hehenkamp WJK. Technical aspects of the laparoscopic niche resection, a step-by-step tutorial. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017;219:106-12. doi: 10.1016/j.ejogrb.2017.09.019.
3. Kulshrestha V, Agarwal N, Kachhawa G. Post-caesarean Niche (Isthmocele) in Uterine Scar: An Update. J Obstet Gynaecol India. 2020 Dec;70(6):440-446. doi: 10.1007/s13224-020-01370-0.

ОСОБЛИВОСТІ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІЯ У ПІЗНЬОМУ РЕПРОДУКТИВНОМУ ПЕРІОДІ

Страховецька Ю. В.

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика, м. Київ, Україна

Мета дослідження. Вивчити морфо-функціональні особливості ендометрія при гіперпластичних процесах у пізньому репродуктивному віці.

Матеріали та методи. Всім хворим під час вступу на тлі клінічної картини дисфункціональних маткових кровотеч або при встановленій патології ендометрія проводилося під гістероскопічним контролем роздільне лікувально-діагностичне вишкрібання ендocerвікса і ендометрія з подальшим гістологічним дослідженням отриманого матеріалу. Залежно від результатів гістологічного дослідження 134 пацієнтки були розділені на 2 групи.

Першу групу склали 67 пацієнток, з яких 34 з простою гіперплазією ендометрія і 33 жінки зі складною гіперплазією ендометрія. Середній вік обстежених пацієнток склав $39,7 \pm 2,1$ року. До другої групи також увійшли 67 пацієнток: 34 з простою гіперплазією ендометрія і 34 зі складною гіперплазією ендометрія. До комплексу обстеження були включені клінічні, лабораторні інструментальні, морфологічні та статистичні методи.

Результати. У структурі гіперпластичних процесів ендометрія лідируючу позицію в пізньому репродуктивному періоді займала залозиста і залозисто - кістозна гіперплазія ендометрія - 51%, поліпи ендометрія - 45%, гіперплазія (аденоматоз) атипії - 4%. Поєднання залозистої і залозисто-кістозної гіперплазії ендометрія з міомою матки за даними проведених нами досліджень зустрічається в 26% випадків, генітальним ендометріозом - в 10%, ерозією шийки матки - 17%; поєднання поліпів ендометрія з міомою матки - 28%, пухлинами яєчників - 6%.

Заклучення. У пізньому репродуктивному періоді гіперплазія ендометрія є поширеною формою патологічних процесів слизової оболонки тіла матки, в структурі яких найчастіше представлена проста гіперплазія ендометрія. При виборі тактики лікування хворих з патологією ендометрія слід враховувати не лише дані морфологічного стану слизової оболонки, але і особливості рецепторного статусу ендометрія, вік пацієнтки, а також її фенотипічні і анамнестичні особливості.

ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЛОДА ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ДОПЛЕРОГРАФІЇ.

Сусідко О.М.

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика, м. Київ, Україна

Мета дослідження. Оцінити діагностичні можливості доплерографії в оцінці функціонального стану фетоплацентарного комплексу.

Матеріали та методи. Для вивчення діагностичних можливостей доплерографії в оцінці функціонального стану плода обстежено 300 жінок з одноплідною вагітністю, з них 200 соматично здорових жінок з фізіологічним перебігом вагітності (група норми) і 100 жінок з ускладненим перебігом вагітності (група патології). У комплекс ультразвукових методів входили дослідження у в-режимі, доплерографічне і актокардіографічне. Дослідження у в-режимі проводилося по стандартних методиках для II–III триместрів вагітності.

Результати. При порушенні функціонального стану плода відбуваються послідовні і взаємозв'язані зміни артеріальної, венозної і внутрішньосерцевої гемодинаміки, які відображають активізацію адаптаційно-компенсаторних механізмів і тяжкість порушення кровообігу. Виділено 4 стадії, на основі яких розроблена класифікація порушень гемодинаміки плода: 1 ступінь – компенсоване порушення гемодинаміки плода (порушення кровотоку в середній мозковій артерії); 2 ступінь - субкомпенсоване порушення гемодинаміки плода: 2А – централізація кровообігу (порушення кровотоку в грудній аорті), 2В – збільшення артеріального припливу (порушення кровотоку у венозній протоці); 3 ступінь – декомпенсоване порушення гемодинаміки плода (серцева недостатність). Перинатальний прогноз залежить від ступеня порушення гемодинаміки плода і вибору методу розродження. У випадках розродження шляхом операції кесарева розтину при 1 ступені прогноз сприятливий, при 2А - прогнозується асфіксія новонародженого легкого ступеня, при 2В – середнього ступеня, при 3 - прогноз несприятливий, незалежно від методу розродження.

Заключення. Комплексне використання ультразвукових методів дослідження підвищує ефективність оцінки функціонального стану плода, дозволяє розробити раціональну тактику ведення вагітних, вибрати оптимальний метод розродження, що сприяє зниженню перинатальної, а також ранньої дитячої захворюваності і смертності.

ОГЛЯД СУЧАСНИХ ТА НОВІТНІХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ Й ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ: ПЕРСПЕКТИВИ ТА ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ

Сухоруков І. Ю., Поваляєв О. А., Нагута Л. О.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) є складним ендокринним розладом, який вражає жінок репродуктивного віку та може суттєво впливати на їхню репродуктивну

функцію, метаболічний статус і загальне здоров'я. Основними характеристиками СПКЯ є порушення овуляції, гіперандрогенія та полікістозна морфологія яєчників. Окрім гінекологічних симптомів, синдром супроводжується підвищеним ризиком розвитку інсулінорезистентності, ожиріння, цукрового діабету 2 типу та серцево-судинних захворювань. В останні роки спостерігається значний прогрес у розумінні патогенезу СПКЯ, що сприяє вдосконаленню методів діагностики та лікування, відкриваючи можливості для персоналізованого підходу до терапії пацієнок.

Мета. Метою даного огляду є аналіз сучасних та перспективних методів діагностики й лікування синдрому полікістозних яєчників, а також оцінка ефективності інноваційних терапевтичних стратегій, які можуть підвищити якість медичної допомоги та покращити прогноз пацієнок із цим захворюванням.

Матеріали та методи. Огляд базується на аналізі наукових публікацій, представлених у базі даних PubMed за останні п'ять років. Включено результати рандомізованих клінічних випробувань, метааналізів та оглядових статей, що висвітлюють сучасні аспекти діагностики, медикаментозного та немедикаментозного лікування СПКЯ. Проаналізовано ефективність лабораторних та інструментальних методів дослідження, зокрема молекулярної діагностики, гормонального аналізу, генетичних тестів та ультразвукової візуалізації. Розглянуто перспективи використання новітніх технологій, таких як регенеративна медицина, генотерапія та цифровий моніторинг пацієнок.

Результати дослідження. Сучасні методи діагностики СПКЯ включають вдосконалені гормональні дослідження, зокрема визначення рівня антимюллерового гормону (АМГ), який корелює з кількістю антральних фолікулів і дозволяє точніше оцінювати оваріальний резерв. Використання генетичних тестів і молекулярної діагностики сприяє ідентифікації пацієнок із підвищеним ризиком розвитку СПКЯ та персоналізованому підходу до терапії. Покращені методи ультразвукового дослідження, включаючи тривимірну (3D) та чотирирівимірну (4D) візуалізацію, дозволяють отримати детальнішу інформацію про морфологічні зміни в яєчниках, що підвищує точність діагностики.

У терапії СПКЯ активно застосовуються комбіновані оральні контрацептиви, інгібітори ароматази, антиандрогенні препарати та метформін для корекції метаболічних порушень. Новітні дослідження демонструють перспективність використання агоністів GLP-1, міо-інозитулу, пробіотиків та терапії мікробіому кишечника. Регенеративна медицина, зокрема застосування стовбурових клітин та PRP-терапії, є перспективним напрямком у відновленні функції яєчників. Інноваційні технології, такі як штучний інтелект та генно-редагувальні методи (CRISPR-Cas9), можуть суттєво покращити прогноз та ефективність лікування СПКЯ у майбутньому.

Дані численних досліджень підтверджують високу ефективність інгібіторів ароматази, таких як летрозол, у стимуляції овуляції у жінок з ановуляторним безпліддям. Летрозол перевершує традиційний кломіфен цитрат за показниками частоти овуляції та настання вагітності. Метформін залишається ключовим препаратом у лікуванні жінок із СПКЯ, особливо тих, у яких спостерігається інсулінорезистентність. У разі неефективності медикаментозного лікування застосовується лапароскопічний дрелінг яєчників, який може

сприяти відновленню овуляції, хоча його ефективність обмежена, а ризики ускладнень змушують лікарів шукати альтернативні методи терапії.

Інноваційні технології, зокрема використання штучного інтелекту у прогнозуванні перебігу СПКЯ та виборі оптимального лікування, набувають дедалі більшого значення. Цифрові платформи та мобільні додатки дозволяють проводити моніторинг стану пацієнток, що сприяє своєчасній корекції терапії та підвищенню прихильності до лікування. Генно-редагувальні методи, такі як CRISPR-Cas9, відкривають нові перспективи для корекції генетичних аномалій, що лежать в основі розвитку СПКЯ, хоча цей напрямок досліджень ще перебуває на експериментальному етапі.

Висновок. Сучасні методи діагностики та лікування СПКЯ розширюють можливості для ефективного менеджменту цього складного ендокринного розладу. Впровадження молекулярної діагностики, вдосконалення ультразвукових методів та персоналізований підхід до терапії сприяють більш точному встановленню діагнозу та підбору оптимального лікування. Нові медикаментозні стратегії, включаючи застосування інгібіторів ароматази, агоністів GLP-1 та міо-інозитолу, демонструють перспективність у лікуванні порушень овуляції та метаболічних розладів. Розвиток регенеративної медицини, зокрема використання стовбурових клітин та PRP-терапії, відкриває нові можливості для відновлення функції яєчників. Використання штучного інтелекту та генно-редагувальних технологій може суттєво змінити підходи до лікування СПКЯ у майбутньому. Подальші дослідження необхідні для підтвердження довгострокової ефективності цих методів та їх широкого впровадження у клінічну практику.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ РЕТРОХОРІАЛЬНИХ ГЕМАТОМ: КЛІНІКО-ЕНДОКРИНОЛОГІЧНІ ТА ЕХОГРАФІЧНІ

Талько О. В., Вдовиченко С. Ю.

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика, м. Київ, Україна

Мета дослідження. Вивчити клініко-ендокринологічні та ехографічні особливості ретрохоріальних гематом.

Матеріали та методи. Обстежено 115 вагітних жінок, в 95 з них (основна група) перший триместр ускладнився загрозою переривання вагітності з відшаруванням хоріону і утворенням внутрішньоматкової гематоми, в 20 вагітних (контрольна група) І триместр протікав без ускладнень.

Проводилося загальноклінічне, лабораторне обстеження, що включає загальний і біохімічні аналізи крові, коагулограму, дослідження концентрації хоріонічного гонадотропіна людини в динаміці. Крім того, визначалися біохімічні маркери хромосомних аномалій (альфа-фетопротейн і хоріонічний гонадотропін людини). Пацієнткам основної групи виконувалося ультразвукове дослідження з доплерометрією кожні 7-10 днів, при якому враховувалися локалізація, об'єм внутрішньоматкової гематоми, морфологічне дослідження плаценти і матеріалу з порожнини матки при мимовільному перериванні вагітності.

Результати. Жовте тіло в яєчнику визначалося у 50 (52,6%) пацієнток у вигляді утворення округлої форми. Середній діаметр склав $20,9 \pm 4,8$ мм, менше 18 мм – у кожній четвертій пацієнтки (12-24,0%), більше 25 мм – в кожній п'ятій (10-20,0%). Ширина периферичного контура, в середньому, була $3,8 \pm 1,1$ мм, менше 2,5 мм зареєстрована в 3 спостереженнях з 50 (6,0%). Поодинокі колірні локуси реєструвалися в 19 (38,0%), множинні – в половині пацієнток (27-54,0%) і в 4 (8,0%) локусів васкуляризації не спостерігалось. У 45 (47,4%) спостереженнях жовте тіло не візуалізувалося. З них в 25 (55,6%) термін вагітності був 12 і більше тижнів, в 4 (8,9%) – в терміні 11-12 тижнів, в 7 (15,6%) – в терміні 9-10 тижнів і в 9 (20,0%) – при терміні вагітності менше 8 тижнів. У подальшому у 8 (40,0%) пацієнток з 20 (з відсутністю жовтого тіла при УЗД в терміні до 12 тижнів) вагітність урвалася в I триместрі, причому, найбільший відсоток викиднів (7-87,5%) відмічений у вагітних з відсутністю жовтого тіла за даними УЗД в терміні 8 і менше тижнів ($p < 0,05$). Надалі з 46 пацієнток із зміненою структурою жовтого тіла (за даними ультразвукового і доплерівського дослідження жовтого тіла вагітності) в кожній п'ятій (9 (19,6%) відмічені рецидиви загрозливого викидня в II триместрі.

Заключення. Чинниками ризику виникнення відшарування хоріону з утворенням внутрішньоматкової гематоми є запальні захворювання органів малого тазу, дисменорея, ектопія шийки матки і втрата вагітності в анамнезі. Ехографічна оцінка об'єму і локалізації гематоми, ембріона і структур плодового яйця в I триместрі, доплерометричне дослідження жовтого тіла яєчника має велике діагностичне значення відносно результатів вагітності.

ВПЛИВ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ НА РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ЖІНОК-ЛІКАРІВ: АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО НАВАНТАЖЕННЯ

Феськова А. О.¹, Конопля Л. А.²

¹Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

²Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, м. Харків, Україна

Актуальність дослідження. Професійна діяльність жінок-лікарів супроводжується комплексним впливом чинників зовнішнього середовища різної етіології, що обумовлює необхідність детального аналізу літературних джерел та дослідження впливу виробничих факторів на стан репродуктивного здоров'я (РЗ) даної категорії медичних працівниць. Щоденна робота лікарів характеризується високою інтенсивністю трудового процесу, потенційним ризиком інфікування, контактом із хімічними речовинами та рядом інших фізичних факторів, які можуть призводити до порушень у функціонуванні репродуктивної системи.

Збереження РЗ жіночого населення є однією з найактуальніших медико-соціальних проблем сучасності та важливим елементом національної безпеки. Реалізація репродуктивного потенціалу людини та соціально-економічний прогноз розвитку держави значною мірою залежать від вирішення цього питання. Про нормальний стан РЗ свідчить

відсутність захворювань органів репродуктивної системи або порушень її функцій за умов фізичного, психоемоційного та соціального благополуччя.

Серед факторів медико-соціального середовища, що зумовлюють зниження рівня РЗ жінок, дослідники виокремлюють умови їх трудової діяльності. Так, професійно зумовленими патологіями органів малого таза вважають неспецифічні запальні захворювання, дисплазію та лейкоплакію шийки матки, новоутворення статевих органів, порушення менструального циклу, мимовільні викидні та безпліддя. Такі прояви обґрунтовують необхідність розробки та впровадження заходів щодо збереження РЗ працюючих жінок.

Відповідно до ВООЗ, захист РЗ включає заходи, спрямовані на підтримання репродуктивних функцій і процесів та збереження загального здоров'я жінок протягом усього життєвого циклу. Це також є одним із пріоритетних напрямів для медичних працівників — професійної групи, яка забезпечує якісну медичну допомогу жінкам. Проте встановлено, що під впливом несприятливих чинників трудового процесу відбувається значне погіршення стану здоров'я лікарів усіх спеціальностей. Основними причинами цього є тяжкий перебіг і несприятливий прогноз розвитку загальних поліморбідних патологій, що виникають в умовах постійного психоемоційного навантаження та високої відповідальності за здоров'я й життя пацієнтів. Загальна захворюваність медичного персоналу не може бути повністю врахована в офіційній статистиці, оскільки понад 70% працівників охорони здоров'я вдаються до самолікування.

Мета. Встановити характер та ступінь впливу професійної діяльності на репродуктивне здоров'я жінок-лікарів шляхом аналізу виробничих, психоемоційних та соціальних факторів ризику з метою обґрунтування необхідності впровадження профілактичних заходів для збереження їх репродуктивного потенціалу.

Результати. Лікарі здійснюють вагомий внесок у збереження РЗ жіночого населення, проте їх умови праці залишаються одними з найскладніших серед усіх медичних спеціальностей. Особливої уваги потребує той факт, що більшість представників цієї професійної групи — жінки репродуктивного віку, які зазнають впливу як шкідливих і небезпечних виробничих факторів, дія яких досі вивчена недостатньо, так і реальних викликів соціального характеру. Об'єктивну оцінку умов праці можна здійснити за допомогою комплексного аналізу результатів атестації робочих місць.

Згідно з даними досліджень, фізичне навантаження у діяльності лікарів відповідає середньому рівню тяжкості. Водночас від 10% до 46% робочого часу вони зазнають впливу шкідливих факторів, зокрема у відділеннях патології вагітності та обсерваційних палатах. Трудовий процес супроводжується значним інтелектуальним навантаженням, часто відбувається в екстремальних умовах і стресових ситуаціях, іноді вимагає надзвичайної витримки.

Серед найбільш несприятливих факторів, що впливають на стан репродуктивної системи жінок, виокремлюють біологічні та хімічні агенти, а також тяжкість і напруженість трудового процесу. Біологічні фактори пов'язані з прямим контактом із біологічним матеріалом пацієнтів під час діагностичних та лікувальних маніпуляцій. Згідно з ВООЗ, у хірургії існує реальний ризик інфікування вірусом гепатиту В навіть при контакті з

мінімальною кількістю інфікованої крові, що може зумовити розвиток цирозу або первинного раку печінки.

Постійна циркуляція внутрішньолікарняних штамів мікроорганізмів із високою вірулентністю та резистентністю значно підвищує ризик розвитку як гострих, так і хронічних інфекцій у лікарів. У структурі загальної захворюваності на першому місці перебувають захворювання органів дихання інфекційної етіології, які також зумовлюють втрату працездатності. Крім того, екстрагенітальні інфекційні захворювання можуть спричинити ускладнення під час вагітності та пологів.

Умови праці лікарів передбачають постійний контакт із хімічними токсинами (анестетики, дезінфектанти, антисептики), які мають загальну або вибірккову токсичність і проникають в організм через органи дихання, шлунково-кишковий тракт, ушкоджену шкіру та слизові оболонки. Жіночий організм більш чутливий до дії хімічних речовин, особливо під час вагітності. Порушення репродуктивної функції можуть виникати навіть без ознак загального отруєння.

Під впливом токсинів виникає гіпоксія, за якою слідує двофазна реакція ендокринної системи: спочатку адаптаційна, а згодом — з розвитком цитотоксичних, мутагенних і канцерогенних ефектів. Клінічно це проявляється порушенням менструального циклу, безпліддям, новоутвореннями статевих органів, ускладненнями перебігу вагітності та пологів (гіпоксія плода, загроза переривання, прееклампсія). Вказані зміни дозволяють віднести такі стани до професійної патології.

Фізичне навантаження надає додаткового впливу на опорно-рухову систему та інші функціональні системи організму, що проявляється високими рівнями первинної та загальної захворюваності. Встановлено зв'язок між умовами праці та виникненням гіперменореї, альгоменореї, опущенням статевих органів, доброякісними пухлинами. Відносний ризик пролапсу матки та стінок піхви у жінок з досвідом стаціонарної роботи понад 5 років досягає 6,31.

За літературними даними, статичне навантаження має більший вплив, ніж динамічне. Виявлено кореляцію між змінами статичної постави та частотою прееклампсії, мимовільними викиднями, загрозою передчасного переривання вагітності. У лікарів, які працюють у стаціонарних умовах, ризик вроджених вад розвитку у потомства становить 2,07.

Робота лікарів також супроводжується значним емоційним та психічним напруженням, що призводить до розвитку синдрому емоційного вигорання, який внесено до МКХ як професійне захворювання. Стрес, емоційне виснаження та навіть психологічні травми, спричинені війною, можуть призвести до передчасного виснаження яєчників, що є серйозною загрозою для репродуктивного здоров'я лікарів. Тривала емоційна та психологічна напруга, часті стресові ситуації на роботі, а також додаткові фактори, такі як травматичний досвід війни, можуть значно впливати на репродуктивну функцію жінок-лікарів, посилюючи ризик передчасного менопаузального виснаження яєчників.

Нещодавнє дослідження, яке проводилося в Угорщині, показало, що жінки-лікарі мають вищі показники порушень репродуктивної функції порівняно з загальною популяцією. Наприклад, вони мали більш тривалий період до зачаття (18.4% проти 9.8%), частіше

народжували виношуваних з високим ризиком вагітностей (26.3% проти 16.3%), а також мали більшу ймовірність проходити терапію безпліддя (8.5% проти 3.4%) та переживати викидні (20.8% проти 14.6%). За винятком викиднів, різниця залишалася значною у всіх порівняннях з професійною контргрупою. Більше того, високий ризик вагітності та викидні лікарів були пов'язані з деперсоналізацією ($p=0.028$ та $p=0.012$ відповідно) та відчуттям особистого досягнення ($p=0.016$ та $p=0.008$ відповідно) в контексті вигорання.

Це дослідження підкреслює циркулярну причинно-наслідкову взаємозалежність між вигоранням і розвитком репродуктивних порушень. Вигорання є важливим фактором ризику високих ризиків вагітності та викиднів, а також негативно впливає на результат вагітностей. Водночас жінки з репродуктивними порушеннями мають більший ризик розвитку синдрому вигорання. Покращення умов праці та профілактика вигорання серед жінок-лікарів є важливими завданнями.

Висновки. Професійна діяльність жінок-лікарів супроводжується розвитком патологічних змін з боку репродуктивної системи, що зумовлює необхідність впровадження нових науково обґрунтованих профілактичних технологій, спрямованих на зменшення впливу шкідливих виробничих чинників на стан їхнього здоров'я, а також врахування стресових та соціальних факторів, таких як війна, для збереження репродуктивного здоров'я. В Україні, на жаль, статистика щодо цієї проблеми не ведеться, що ускладнює проведення ефективних заходів для покращення ситуації.

Література:

1. Shaufelli WB, Bakker AB, van der Heijden FMMA, Prins JT. Workaholism, burn-out and well-being among junior doctors: the mediating role of role conflict. *Work Stress*. 2009;23:155-72. doi: 10.1080/02678370902834021.
2. Barzilai-Pesach V, Sheiner EK, Sheiner E, Potashnik G, Shoham-Vardi I. The effect of women's occupational psychologic stress on outcome of fertility treatments. *J Occup Environ Med*. 2006;48(1):56-62. doi: 10.1097/01.jom.0000183099.47127.e9.
3. Levinson W, Lurie N. When most doctors are women: what lies ahead? *Ann Intern Med*. 2004 Sep 21;141(6):471-4. doi: 10.7326/0003-4819-141-6-200409210-00013.
4. Györfy ZS, Adam SZ, Harmatta J, Túry F, Szényei G. Health status and quality of life among Hungarian Female Psychiatrists. In: Empowerment and quality of life in Hungarian society. Edited by Kopp M. 2008, Budapest: Semmelweis, 356-65.

СТАН ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ, НАРОДЖЕНИХ ВІД МАТЕРІВ З ОЖИРІННЯМ ТА НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА

Фролова Т. В., Лазуренко В. В., Железняков О. Ю., Осман Н. С., Стенкова Н. Ф., Терещенкова І. І., Карпушенко Ю. В., Сіняєва І. Р., Амаш А. Г., Ащеулов О. М.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Вступ. На тепер у світі зберігається тенденція до збільшення кількості людей з ожирінням, зокрема і жінок репродуктивного віку. Незважаючи на складні умови військового стану в Україні, частота ожиріння серед вагітних жінок не має тенденції до зниження, що ймовірно пов'язано із хронічним стресом, поширеною екстрагенітальною патологією, порушенням харчування тощо. В Україні частота ожиріння у вагітних сягає 15-35% [1]. Це обґрунтовує підвищену увагу науковців всього світу до аналізу стану здоров'я дітей, народжених від матерів з ожирінням, які відносяться до групи високого ризику щодо

перинатальної патології, оскільки відомо, що ожиріння в залежності від ступеню може впливати на перебіг вагітності та пологів, спричиняючи низку потенційних небезпек як для матері, так і для дитини [1,2,3].

Усе вищезазначене обумовило актуальність проведення даного дослідження, що дозволить оптимізувати процес підготовки до пологів та розродження вагітних з ожирінням і сприятиме покращенню превентивних заходів щодо ускладнень з боку дитини в перинатальному періоді.

Мета дослідження: визначення стану здоров'я дітей, народжених від матерів з ожирінням.

Матеріали та методи. Проведено підготовка до пологів, розродження та обстеження 132 пар жінка/новонароджений. З них 32 (24,2%) жінки мали надлишкову масу тіла (НадМТ), які склали I групу; 29 (22,0%) жінок з ожирінням I ступеню (II група), 22 (16,7%) - з ожирінням II ступеню (III група) і 19 (14,4%) жінок, які мали ожиріння III ступеню (IV група). Контрольну групу склали 30 (22,7%) пар жінка/новонароджений за умов фізіологічного перебігу пологів і здорової (нормальний показник ІМТ) маси тіла у жінки. Усім вагітним проведено повне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження згідно Стандартам медичної допомоги «Нормальна вагітність», затвердженим Наказом МОЗ України №1437 від 9 серпня 2022 року. Для визначення стану фетоплацентарного комплексу, біофізичного профілю плода було проведено ультразвукове дослідження (УЗД) вагітних з доплерометрією з використанням апарату «Toshiba Canon Hario 200», Японія. Кардіотокографія з комп'ютерним аналізом виконана з використанням фетального моніторингу з інтерпретацією результатів за критеріями Доуса-Редмана на апараті «Sonicaid Team 3» (Huntleigh Healthcare Ltd, Великобританія). Визначення НадМТ і ступеню ожиріння проводили відповідно до Клінічної настанови, заснованої на доказах «Ожиріння у дорослих», 2023 р. [4]. Стан здоров'я дітей оцінювали відповідно до Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 26 січня 2022 року № 170 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи»» [5] з оцінкою за шкалою Апгар.

Отримані результати оброблені за допомогою ПК з використанням статистичної програми «Statistica 10». Статистична обробка проведена з використанням пакету програм MS Excel.

Дослідження проводилися відповідно до основних принципів належної клінічної практики (GCP, 1996 р.), Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (04.04.1997 р.), Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи медичних Дослідження на людях (1964-2008 рр.), а також наказ МОЗ України від 23.09.2009 р. № 690 (зміни внесені наказом МОЗ України від 12.07.2012 № 523).

Результати. Вагітні, які приймали участь в дослідженні проживали в Харківській області або м. Харкові. Вік обстежених жінок I та контрольної груп склав $21,9 \pm 3,6$ років, II групи - $27,5 \pm 3,8$ років, III групи - $32,2 \pm 4,1$, IV групи - $34,5 \pm 3,8$ років. Термін вагітності під час обстеження та розродження коливався від 33 до 42 тижнів. У жінок I і контрольної груп термін вагітності дорівнював переважно 38-42 тижня, у II, III і IV групах переважно 34-37 тижнів, що обумовлено екстрагенітальною або акушерською патологією.

Результати УЗД показали, що у всіх вагітних плоди мали головне передлежання. Макросомія плода зустрічалася у 4 (12,5%) жінок I групи, у 8 (27,6%) – II групи, у 6 (27,3%) – III групи та 12 (63,2%) - IV групи. Плацентарна дисфункція встановлена у 5 (15,6%) вагітних I групи, у 9 (31,0%) жінок II групи, 11 (50,0%) жінок III групи та 16 (84,2%) жінок IV групи. Доплерометричне дослідження гемодинаміки фетоплацентарного комплексу у вагітних дозволило виявити ознаки порушень матковоплацентарного та фетоплацентарного кровообігу у 15,5% вагітних з НадМТ, 16,4% вагітних з ожирінням I ступеню, у 10,5% вагітних із ожирінням II ступеню, у 22,9% жінок, які мали ожиріння III ступеню, що було розцінене як плацентарна дисфункція. У жінок, які склали контрольну групу ознаки плацентарної дисфункції відмічалися у 2,1% випадків.

Порушення стану плоду за даними КТГ із урахуванням STV (short-term variation) спостерігалися у 8,2% вагітних, які мали НадМТ, 11,5% вагітних з ожирінням I ступеню, у 22,3% вагітних із ожирінням II ступеню та у 36,5% жінок, які мали ожиріння III ступеню. У жінок, які склали контрольну групу ознаки порушення стану плоду відмічалися у 1,1% випадків.

Усього народилось 132 новонароджених, з них 70 (53,0%) хлопчиків і 62 (47,0%) дівчат. Маса новонароджених у 11 (50,0%) жінок III групи перевищувала 4000 г, дорівнюючи у середньому 4170 ± 325 г. У жінок II групи маса немовлят перевищувала 4000 у 6 (20,7%) і в середньому дорівнювала 3810 ± 345 г, у жінок I групи маса немовлят перевищувала 4000 у 3 (9,4%) дітей і в середньому складала 3795 ± 365 г.

Оцінюючи стан новонароджених за шкалою Апгар необхідно відзначити, що у стані асфіксії різного ступеня тяжкості народилося 23,4% малюків у матерів III групи, 11,2% - II групи та 5,1% - I групи.

Серед інших перинатальних ускладнень у 14 (10,6%) новонароджених зустрічалися ураження центральної нервової системи, з них у 2 (6,25%) дітей I групи, у 1 (3,4%) дитини II групи, у 4 (18,2%) дітей III групи, у 7 (36,8%) дитини IV групи та у 2 (6,6%) дітей контрольної групи. Тобто достовірної різниці щодо ураження центральної нервової системи у дітей I та II груп в порівнянні з контрольною групою не відмічалось. Респіраторний дистрес синдром встановлено лише у дітей, народжених від матерів, які мали III ступень ожиріння (7 (36,8%) новонароджених).

Висновки. У жінок із ожирінням у порівнянні з жінками, які мають надлишкову та нормальну масу тіла частіше зустрічаються акушерські ускладнення в пологах, які зумовлюють високий відсоток перинатальної патології (асфіксія новонародженого, ураження центральної нервової системи).

Література:

1. Запорожан ВМ, Марічерета ВГ, Берлінська ЛІ, Петровський ЮЮ, Павловська ОМ, Лавриненко ГЛ. Ускладнення під час вагітності на тлі надмірної ваги та ожиріння. Одеський медичний журнал. 2024;1(186):68-74. doi: 10.32782/2226-2008-2024-1-11.
2. Вдовиченко СЮ, Фахрутдінова ТД. Профілактика акушерської та перинатальної патології у жінок з надмірним збільшенням маси тіла під час вагітності. Health of woman. 2018;3(129):77–9. doi 10.15574/HW.2018.129.77.
3. Ellis JA, Brown CM, Barger B, Carlson NS. Influence of Maternal Obesity on Labor Induction: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Midwifery Womens Health. 2019;64(1):55-67. doi: 10.1111/jmwh.12935
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03 березня 2023 року № 427 Про

затвердження Стандартів медичної допомоги «Ожиріння у дорослих»

5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26 січня 2022 року № 170 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи»»

РОЗРОБКА МОДЕЛІ ПРОГНОЗУВАННЯ РЕЦИДИВУ ТА ПРОГРЕСУВАННЯ ГІПЕРПЛАЗІЇ ЕНДОМЕТРІУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ГОРМОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

Хасхачих Д. А., Гарагуля І. С.

Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, Україна

Вступ. Гіперплазія ендометрія (ГЕ) без атипії є поширеним гінекологічним станом серед жінок репродуктивного віку, який часто ускладнюється рецидивами після лікування [1-4]. Основним методом терапії є застосування прогестинів, проте у значної частини пацієнок розвивається резистентність до гормонального лікування, що значно знижує ефективність терапії [4-6]. Це створює актуальну проблему для сучасної медицини, адже відсутність належного контролю може призводити до прогресування патології, зокрема розвитку атипічних форм та злоякісних змін ендометрія.

Метою даної роботи є аналіз факторів, що впливають на ефективність прогестинової терапії у жінок із ГЕ без атипії, та розробка моделі прогнозування ризику резистентності і рецидивів. Особливий акцент зроблено на оцінці взаємозв'язку між клінічними показниками, імуногістохімічними маркерами та результатами лікування, що дозволяє створити підґрунтя для індивідуалізації підходів до терапії.

Матеріали й методи. Всього в дослідження було включено 495 пацієнок з АМК з морфологічно верифікованими патологічними результатами, що підтверджують наявність ГЕ та нормальним ендометрієм. В дослідній групі (346 випадків) діагностовано ГЕ без атипії гормональночутливої форми (169 випадок) та гормонорезистентною формою ГЕ (48 випадки). Контрольну групу (149 випадків) склали жінки з секреторними змінами ендометрію. Не спостерігалось різниці в демографічних і клінічних характеристиках між досліджуваними когортами та когортою валідації ($p > 0,05$).

З ціллю визначення найбільш інформативних імуногістохімічних маркерів використали дослідження: ER, PGR, Ki-67, CyclinD1, BAX, Caspasa 3, Bcl-2, VEGF, eNOS, COX 2, b-catenin, E-cadherin, які б можна було використовувати для прогнозування рецидиву НГЕ у жінок репродуктивного віку, та які мають найбільший кореляційний зв'язок з прогнозуванням ефективності застосування прогестинів. Була побудована кореляційна матриця взаємозв'язків і впливу цих маркерів на прогнозування ефективності терапії ГЕ з використанням прогестинів в програмі з вільним кодом доступу Python 3.13 (<https://www.python.org/downloads/release/python-3130>) з подальшою розробкою моделі прогнозування ефективності терапії з застосуванням прогестинів у жінок репродуктивного віку.

Результати дослідження. Був проведений аналіз ризиків розвитку рецидиву гіперплазії ендометрія після терапії прогестинами на основі аналізу анамнестичних та

клінічних характеристик пацієнтів. Можна виділити ключові фактори ризику рецидиву гіперплазії ендометрія (ГЕ) після лікування прогестинами для побудови моделі прогнозування ефективності терапії ГЕ без атипії у жінок репродуктивного віку.

Побудова моделі прогнозування. Для побудови моделі використовуються всі доступні маркери та клінічні показники.

Модель прогнозування ймовірності рецидиву:

$P(\text{Рецидив}) =$

1

$$1 + e - (\alpha + \beta_1(\text{IMT}) + \beta_2(\text{Ki} - 67) + \beta_3(\text{Vcl} - 2) + \beta_4(\text{VEGF}) + \beta_5(\text{МетСиндром}) + \beta_6(\text{РецидивиАнамнез}))$$

– $P(\text{Рецидив})$ - ймовірність рецидиву.

– α : константа.

– β_1, β_2, \dots : коефіцієнти вагомості для кожного фактора.

Біомаркери, чутливі до терапії прогестинами:

– Ki-67 : значне зниження (з 22,6% до 8,1%, $p < 0,05$) вказує на ефективне пригнічення проліферативної активності клітин.

– Caspasa 3 : підвищення (з 183,6 до 234,3, $p < 0,05$) підтверджує активацію апоптозу.

– Vcl-2 : зниження (з 122,9 до 36,2, $p < 0,05$) демонструє зменшення антиапоптотичного захисту.

– VEGF та eNOS : зниження (VEGF : з 48,7 до 21,7; eNOS : з 19,8 до 7,4; $p < 0,05$) вказує на зменшення ангиогенезу.

– COX-2 : підвищення (з 68,2 до 111,4, $p < 0,05$), що може бути маркером запального відповіді.

Чинники ризику:

– Жінки з $\text{IMT} > 30 \text{ кг/м}^2$ ($\text{ВШ}=6,05$ для резистентних форм, ДІ 95%: 2,22–8,21) та метаболічним синдромом ($\text{ВШ}=4,99$, ДІ 95%: 1,84–6,02) мають вищий ризик резистентності до терапії.

– Рецидиви патології значно підвищують ризик ($\text{ВШ}=152,41$, ДІ 95%: 56,07–1162,92), що робить їх критичним прогностичним фактором.

Найбільш значущими імуногістохімічними маркерами стали:

1. Ki-67 (індекс проліферації): значне зниження (22,6% до 8,1%, $p < 0,05$) свідчить про ефективне зниження проліферативної активності після терапії.

2. Vcl-2 (антиапоптотичний маркер): зменшення (122,9 до 36,2, $p < 0,05$) вказує на зниження клітинної резистентності до апоптозу.

3. Caspasa 3 (апоптотичний маркер): зростання (183,6 до 234,3, $p < 0,05$) демонструє активацію механізмів клітинної загибелі.

4. VEGF та eNOS (ангиогенез): значне зниження (VEGF з 48,7 до 21,7; eNOS з 19,8 до 7,4, $p < 0,05$) свідчить про зменшення васкуляризації патологічного ендометрія.

5. COX-2 (запальний маркер): зростання (68,2 до 111,4, $p < 0,05$) може свідчити про реакцію тканин на терапію.

2. Клінічні фактори ризику рецидиву

Аналіз ризиків:

1. Індекс маси тіла (ІМТ):

– $\text{IMT} > 30 \text{ кг/м}^2$ значно підвищує ризик рецидиву ($\text{ВШ}=6,05$; ДІ 95%: 2,22–8,21).

- ІМТ >25 кг/м² є помірним фактором ризику для рецидиву (ВШ=1,02; ДІ 95%: 0,37–1,11).

2. Метаболічний синдром:

Наявність метаболічного синдрому збільшує ризик рецидиву у 4,99 рази (ДІ 95%: 1,84–6,02).

3. Рецидиви в анамнезі:

Найвищий ризик (ВШ=152,41; ДІ 95%: 56,07–1162,92), що свідчить про необхідність спеціального контролю.

4. Інші чинники:

- Наявність СПКЯ (31,5%) також корелює з вищим ризиком рецидиву.
- Куріння та повторні аборти підвищують ризик (ВШ=2,61 та 3,65 відповідно).

Висновок. Проведене дослідження продемонструвало, що ефективність терапії прогестинами у жінок із гіперплазією ендометрія без атипії залежить від низки імуногістохімічних та клінічних факторів. Виявлено, що ключовими маркерами, які впливають на прогноз терапії, є Ki-67, Caspase 3, Bcl-2, VEGF та інші. Зниження проліферативної активності клітин (Ki-67) та підвищення апоптозу (Caspase 3) корелює з позитивним результатом лікування, тоді як висока експресія Bcl-2 та VEGF асоціюється з резистентністю до терапії.

Розроблена багатофакторна модель прогнозування рецидивів та резистентності до прогестинової терапії враховує імуногістохімічні маркери, клінічні характеристики (ІМТ, метаболічний синдром) та морфологічні показники (товщина ендометрія). Ця модель дозволяє з високою точністю визначити пацієток із підвищеним ризиком неефективності лікування та своєчасно адаптувати терапевтичний підхід.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості індивідуалізації лікування гіперплазії ендометрія без атипії у жінок репродуктивного віку. Використання запропонованої моделі сприяє зниженню частоти рецидивів, підвищенню ефективності терапії та зменшенню ризику прогресування патології до більш тяжких форм.

Перспективи подальших досліджень. Результати дослідження створюють основу для вдосконалення підходів до діагностики, лікування та профілактики гіперплазії ендометрія, забезпечуючи покращення прогнозу для пацієток із цією патологією. Перевірка побудованої моделі на великому обсязі фактичного матеріалу дасть можливість впровадити її результати в практичну медицину.

Література:

1. Abdullaiev VE. The results of morphological studies in women of reproductive age with hyperproliferative diseases of the endometrium. Rep Morphol. 2022;28(1):48–53. doi: 10.31393/morphology-journal-2022-28(1)-07.
2. Khaskhachykh DA, Potapov VO, Kukina GO. Treatment of endometrial hyperplasia without atypia with micronized progesterone: Expected and real results. Curr Issues Pediatr Obstet Gynecol. 2022;(2):125–30. doi: 10.11603/24116-4944.2021.2.12425.
3. Khaskhachykh DA, Potapov VO, Kukina HO. Differentiated approach to treatment of endometrial hyperplasia without atypia in women of reproductive age. Act Probl Pediatr Obstet Gynecol. 2019;2:149–55. doi: 10.11603/24116-4944.2019.2.10935.
4. Gromova OL, Potapov VO, Khaskhachykh DA, Finkova OP, Gaponova OV, Kukina GO, et al. Epigenetic profile of endometrial proliferation in the different morphotypes of endometrial hyperplasia. Reprod Endocrinol. 2021;57:68–78. doi: 10.18370/2309-4117.2021.57.68-78.

5. Munro MG, et al. The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018;143(3):393–408. doi: 10.1002/ijgo.12666.
6. Trimble CL, et al. Management of endometrial precancers. *Obstet Gynecol.* 2019;133(4):676–86. doi:10.1097/AOG.0000000000003174.

ВПЛИВ СПОСОБУ ЖИТТЯ НА РОЗВИТОК СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ

Чабан Ю. А., Корчинська О. О.

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

Вступ. Синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) – найбільш поширена ендокринна патологія серед жінок репродуктивного віку. Жінки із СПКЯ мають підвищений ризик метаболічного синдрому та серцево-судинних захворювань (ССЗ).

Мета роботи. Визначити вплив способу життя на розвиток синдрому полікістозних яєчників.

Матеріали і методи дослідження. Нами було обстежено 30 пацієток віком від 25 до 28 років, яким на основі анамнестичних, клінічних, лабораторних методів виставлений діагноз СПКЯ. Дослідження було проведене з 2020-2024 роки на базі Ужгородської жіночої консультації №2 при ЦМКЛ.

В даному дослідженні ми: 1) Вивчали анамнез пацієток, а саме визначали стан соматичного та ментального здоров'я. 2) Проводили фізикальне обстеження – визначення ІМТ та окружності талії. 3) Проводили лабораторні методи дослідження – визначання рівня глюкози та показників ліпідограми.

Результати.

Таблиця 1

Результати лабораторних методів дослідження та фізикального обстеження

Показник	Кількість пацієток	% співвідношення
Окружність талії (≥ 94 см)	23	76,6 %
Концентрація тригліцеридів $>1,7$ ммоль/л (150 мг/дл)	26	86,6 %
Концентрація глюкози у плазмі натще $\geq 5,6$ ммоль/л (100 мг/дл)	21	70 %
Концентрація ХС ЛПВЩ $<1,3$ ммоль/л (50 мг/дл)	26	86,6 %

Таблиця 2

Показники ІМТ

ІМТ	Кількість пацієток	% співвідношення
Менше за 18,5	0	0 %
Від 18,5 до 24,9	3	10 %
Від 25,0 до 29,9	26	86%
30,0 і вище	1	3,3 %

Результати лабораторних методів дослідження та фізикального обстеження підтвердили наявність метаболічного синдрому у 28 -ми пацієток з СПКЯ.

Висновки.

- 1) СПКЯ є гетерогенним захворюванням з невизначеною етіологією.
- 2) У 28-ми пацієток був діагностований метаболічний синдром, через фактори дисліпідемії, гіперглікемії та показників ІМТ.
- 3) Однією з ключових ланок СПКЯ є фактор інсулінорезистентності.

На нашу думку, здоровий спосіб життя та щорічний моніторинг показників ліпідограми та глюкози натще значно знизить виникнення СПКЯ.

Важливими є контроль та нормалізація ваги, відмова від шкідливих звичок, своєчасне лікування запальних та інфекційних захворювань і регулярні профілактичні відвідування гінеколога.

Література:

1. Камінський ВВ, Татарчук ТФ, Дубоссарська ЮО. та ін. Національний консенсус щодо ведення пацієток із гіперандрогенією. Репродуктивна ендокринологія. 2016;4 (30):19-31.
2. International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2018/Centre for Research Excellence in Polycystic Ovary Syndrome (CREPCOS), European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), American Society of Reproductive Medicine (ASRM). Monash University, 2018. 198 p.
3. Жук С І, Гордійчук ОБ. СПКЯ: Фенотипи, вісцеральне ожиріння та персоналізований підхід у призначенні КОК. Репродуктивна ендокринологія. 2018;2:34-41.
4. Al Khalifah RA, Florez ID, Dennis B, Thabane L, Bassilious E. Metformin or Oral Contraceptives for Adolescents With Polycystic Ovarian Syndrome: A Meta-analysis. Pediatrics. 2016 May;137(5):e20154089. doi: 10.1542/peds.2015-4089.
5. Standards of Medical Care in Diabetes-2017: Summary of Revisions. Diabetes Care. 2017 Jan;40(Suppl 1):S4-S5. doi: 10.2337/dc17-S003.
6. Balen AH, Morley LC, Misso M, Franks S, Legro RS, Wijeyaratne CN, et al. The management of anovulatory infertility in women with polycystic ovary syndrome: an analysis of the evidence to support the development of global WHO guidance. Hum Reprod Update. 2016 Nov;22(6):687-708. doi: 10.1093/humupd/dmw025.
7. Baskind NE, Balen AH. Hypothalamic-pituitary, ovarian and adrenal contributions to polycystic ovary syndrome. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2016 Nov;37:80-97. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2016.03.005.
8. Урбанович АМ. Синдром полікістозних яєчників у щоденній практиці. Міжнародний ендокринологічний журнал. 2018; 4(1): 40-5.
9. Empendium. Посібник внутрішніх хвороб. Доступно: <https://empendium.com/ua/textbook>

РОЛЬ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В ОХОРОНІ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Шапкін В. Є., Заздравнов А. А.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Питання планування сім'ї та репродуктивного здоров'я є важливими для суспільства з демографічної, медичної, соціальної та економічної точки зору. У наш час демографічні показники у соціально розвинутих країнах в т.ч. в Україні свідчать до зменшення чисельності населення, особливо працездатного, що пов'язано зі збільшенням темпів старіння населення, зниженням народжуваності, збільшенням захворюваності, хронізацією

патологічних процесів, поширеністю нездорового способу життя. На жаль, до чинників, що значно впливають на стан здоров'я та істотно погіршують медичну ситуацію в країні, наразі стала військова агресія росії проти України, що призвела до значних переміщень населення, його втрат і загального погіршення рівня життя наших співгромадян [1]. На сьогодні демографічні розрахунки дозволяють спрогнозувати кількість населення в Україні у 2030 році у межах 30 - 35 млн. осіб [1]. Тому грамотний підхід до питань планування сім'ї, всебічний захист репродуктивного здоров'я населення є загальнонаціональними завданнями у вирішенні яких на медичному рівні повинні брати участь не лише тільки лікарі акушерів-гінекологів та андрологів, а й представники інших спеціальностей включаючи лікарів загальної практики - сімейної медицини, які забезпечують більшу частину первинної медичної допомоги в Україні.

Слід зазначити, що з часом у всьому світі змінюється структура захворюваності, що пов'язано з патоморфозом хвороб, а також екологічними, економічними, демографічними, соціальними та іншими процесами, які перманентно відбуваються у всіх країнах. Це не може не впливати на репродуктивне жіноче здоров'я. Особливістю професійного мислення лікарів загальної практики - сімейної медицини є широкий та інтеграційний підхід до різноманітних медичних проблем. Тому вони усвідомлюють загальні тенденції щодо змін здоров'я населення, та мають можливість використовувати ці знання у контексті захисту репродуктивного здоров'я жінок з урахування наявної поліморбідності та системності багатьох хвороб. Саме такий погляд на жіноче здоров'я органічно доповнює глибокий професійний підхід акушерів-гінекологів.

Тим більше, що функціонування системи загальної практики – сімейної медицини на амбулаторному рівні з охопленням більшої частини ланки первинної медико-санітарної допомоги у країні дозволяє впливати практично на все населення.

Перманентна курація підопічного населення сімейними лікарями дає останнім можливість безпосередньо брати участь у заходах, пов'язаних з репродуктивним здоров'ям жінок. А сучасний розвиток дистанційних методів роботи з пацієнтами, у свою чергу, дає змогу зробити вплив сімейних лікарів більш своєчасним і ще більш доступним. Подальше впровадження телемедицини та інших технологій on-line спілкування дозволяє оптимізувати консультування з різних питань жіночого здоров'я, планування сім'ї, а також покращує можливість своєчасного підключення різноманітних фахівців-консультантів до вирішення чисельних проблем, які перебувають на стику репродуктивного здоров'я жінок та іншої патології. Особливо це актуально на амбулаторному рівні, що є сферою діяльності загальної практики.

У якості новітніх технологій on-line спілкування фахівців з загальної практики – сімейної медицини та інших лікарів зі своїми колегами та пацієнтками можуть використовуватися:

- сервіси відеотелефонного зв'язку Google Meet, Zoom, Cisco Webex Meetings, Microsoft Teams;
- онлайн-сервіси для обміну інформацією (Viber, Telegram, Messenger, Instagram, електронна пошта, чат у Moodle);

- вебресурси для створення опитувань (Learningapps.org, Kahoot!, Mentimeter, Google Forms).

Окремо слід зазначити навчальний аспект. Загальною тенденцією у світі є розширення та подальше просування різноманітних знань та навіть цілих систем, які дозволяють пацієнтам скорегувати свій режим життя, харчування, та навіть навчити деяким медичним технікам, що органічно доповнює консервативні та оперативні методи лікування та профілактики багатьох захворювань. Показовим прикладом цього є створення системи "Шкіл для пацієнтів на цукровий діабет". Тому вважається доцільним систематизація навчання жінок основам репродуктивного здоров'я включаючи питання планування сім'ї через on-line системи, на кшталт "Шкіл діабету". А лікарі загальної практики - сімейної медицини разом з акушерами-гінекологами кожні з свого боку будуть здійснювати практичний зв'язок між цими on-line системами та пацієнтками.

Література:

1. Концепція законодавчого забезпечення репродуктивного здоров'я. Київ, 2023 р.15 с. Доступно: <https://research.rada.gov.ua/uploads/documents/32789.pdf>

ВІТАМІНИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ: ОСНОВИ БЕЗПЕЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ

Шарашидзе А. Г., Лазуренко В. В.

Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Актуальність. Вагітність супроводжується глибокими фізіологічними змінами, що обумовлюють підвищену потребу у вітамінах та мінералах, критичних для нормального ембріофетального розвитку і збереження здоров'я матері. Пренатальна вітамінна підтримка посідає центральне місце в стратегіях профілактики вроджених вад розвитку плода та акушерських ускладнень. У той час як численні дослідження свідчать про позитивний вплив певних мікронутрієнтів на перебіг вагітності, надмірне або нераціональне застосування вітамінних добавок може асоціюватися із потенційними ризиками, включно з тератогенними ефектами та порушенням нормального перебігу гестації [1]. У зв'язку з цим питання оцінки безпеки й ефективності вітамінної підтримки у вагітних залишається предметом інтенсивних досліджень та міждисциплінарного обговорення.

Мета. Систематизувати сучасні наукові дані щодо безпеки та клінічної ефективності вітамінних добавок у веденні вагітних жінок.

Матеріали та методи. Було проведено аналітичний огляд даних літератури, що включає результати рандомізованих контрольованих досліджень, мета-аналізів та систематичних оглядів, опублікованих у період 2019–2024 років. Джерела інформації: PubMed, Cochrane Library, Journal of Clinical Medicine. Ключові слова: «pregnancy», «vitamin supplementation», «safety», «efficacy», «maternal outcomes», «fetal development».

Результати. Доказова база переконливо свідчить про доцільність застосування окремих вітамінів у межах фізіологічних доз для профілактики тяжких ускладнень вагітності. Зокрема, периконцепційний прийом фолієвої кислоти в дозі 400–800 мкг на добу асоціюється зі статистично значущим зниженням ризику виникнення дефектів нервової

трубки плода [2]. Систематичне споживання заліза дозволяє істотно знизити частоту залізодефіцитної анемії у матері, покращуючи при цьому неонатальні результати [3].

Вітамін D демонструє позитивний вплив на зменшення ризику розвитку прееклампсії та гестаційного діабету шляхом модуляції кальцієво-фосфорного обміну та імунорегуляторних процесів [4]. Натомість дані щодо застосування вітаміну Е та вітаміну А є суперечливими: високе споживання останнього (>10 000 МО/добу) пов'язане з підвищеною частотою тяжких вад розвитку центральної нервової системи та серцево-судинної системи у плода. Надлишкова суплементція вітаміном Е може асоціюватися із підвищеним ризиком передчасних пологів та перинатальної смертності.

Пренатальна мультівітамінна терапія має бути призначена з урахуванням індивідуального нутритивного статусу вагітної, підтвердженого результатами харчового скринінгу та лабораторних досліджень. Нерегламентоване вживання мультівітамінних комплексів може призвести до надмірної акумуляції окремих нутрієнтів, що, у свою чергу, потенційно підвищує ризик метаболічних порушень і патології плода.

Особливу увагу слід приділяти вагітним з високим ризиком дефіциту вітамінів: жінкам із харчовими обмеженнями (вегетаріанство, веганство), захворюваннями шлунково-кишкового тракту, багатоплідною вагітністю та низьким соціально-економічним статусом. У таких групах переваги пренатальної суплементції істотно переважають потенційні ризики.

Висновки. Пренатальна вітамінна підтримка є невід'ємною складовою стратегії профілактики акушерських та неонатальних ускладнень. Рациональне застосування вітамінних добавок, базоване на сучасних доказах та персоналізованому підході, забезпечує оптимізацію результатів вагітності при мінімізації потенційних ризиків для матері та плода. Надалі необхідні поглиблені дослідження для уточнення профілю безпеки окремих вітамінів та оптимізації рекомендацій з їх застосування у різних популяційних групах.

Література:

1. Brown B, Wright C. Safety and efficacy of supplements in pregnancy. *Nutr Rev.* 2020 Oct 1;78(10):813-826. doi: 10.1093/nutrit/nuz101.
2. Adams JB, Kirby JK, Sorensen JC, Pollard EL, Audhya T. Evidence based recommendations for an optimal prenatal supplement for women in the US: vitamins and related nutrients. *Matern Health Neonatol Perinatol.* 2022;8(1):4. doi: 10.1186/s40748-022-00139-9.
3. Qadeer A, Ishaq MU, Safi A, Akbar A, Asif S, Komel A, et al. Association of vitamin A with gestational diabetes and thyroid disorders in pregnancy and their influence on maternal, fetal, and neonatal outcomes. *Ther Adv Reprod Health.* 2024;18:26334941241271542. doi: 10.1177/26334941241271542.
4. Sauder KA, Couzens GL, Bailey RL, Hockett CW, Switkowski KM, Lyall K, et al. Selecting a dietary supplement with appropriate dosing for 6 key nutrients in pregnancy. *Am J Clin Nutr.* 2023;117(4):823-9. doi: 10.1016/j.ajcnut.2022.12.018.

ВПЛИВ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА ПЕРИНАТАЛНІ НАСЛІДКИ РОЗРОДЖЕННЯ

Щедров О. А.

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Мета дослідження. Оцінити перинатальні наслідки розродження у жінок із різними методиками допоміжних репродуктивних технологій.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети проведено закрите проспективне порівняльне дослідження, до якого увійшли 365 вагітних, після допоміжних репродуктивних технологій (екстракорпоральне запліднення / інтраплазматична ін'єкція сперматозоїдов у ооцит / кріоконсервовані ембріони: з них 107 пацієнок з багатопліддям (група 1В). Групу порівняння склали 394 жінки із спонтанною вагітністю, з них 92 – з багатопліддям (група 2В). Критеріями включення пацієнок в дослідження були підтверджена за допомогою ультразвукового методу маткова вагітність, що настала мимоволі або після допоміжних репродуктивних технологій, наявність в порожнині матки в 1 триместрі вагітності не більше 2 ембріонів. Критеріями виключення були наявність важкої екстрагенітальної патології, гострі інфекційні захворювання, загострення гінекологічних захворювань під час вагітності, гострі інфекційні і запальні захворювання під час вагітності. До комплексу проведених досліджень були включені клінічні інструментальні, лабораторні та статистичні.

Результати. Аналіз перебігу і результатів вагітності не виявив статистично достовірних відмінностей при різному способі досягнення вагітності (індукована або мимовільна). Проведений аналіз показав, що частота загрозливого переривання вагітності відмічена в контрольній групі в 16,4%, при індукованій вагітності – в 17,9% ($p > 0,05$). Гестаційний діабет зустрічався частіше при індукованій вагітності, проте відмінності не були достовірними (2,9% і 1,3%, $p > 0,05$). Також не було відмічено статистично значимих відмінностей в частоті виявлення анемії вагітних, активації хронічних вірусних інфекцій. Серед ускладнень вагітності лише артеріальна гіпертензія, що індукується вагітністю, декілька частіше зустрічалася в контрольній групі (3,7 і 2,9%, $p > 0,05$). Частота плацентарної дисфункції по групах також не розрізнялася (15% і 15,1%). Середній термін розродження склав $38,1 \pm 1,3$ тижнів при індукованій одноплідній вагітності і $38,3 \pm 2,3$ тижнів при мимовільній вагітності ($p > 0,05$). Всі діти народилися в задовільному стані, частота оцінки по Апгар менше 8 балів (6-7 балів) по групах не розрізнялася (1,3% і 1,5%). Всі діти виписані додому в задовільному стані на 5-8 добу.

Заключення. При виключенні чинників ризику (багатопліддя, вік старше 35 років, індекс маси тіла більше 25, нейроендокринна патологія, імунні порушення, артеріальна гіпертензія, захворювання нирок, міома матки, безпліддя (за винятком трубно-перитонеального і чоловічого), несприятливе перебіг / наслідок попередніх вагітностей (звичне невиношування) і ускладнення допоміжних репродуктивних технологій (синдром гіперстимуляції яєчників) статистичний аналіз не виявив достовірних відмінностей в перебігу і результатах вагітності при різному способі її досягнення. Отримані результати

необхідно враховувати при розробці алгоритму діагностичних та лікувально-профілактичних заходів в жінок після допоміжних репродуктивних технологій.

ЕФЕКТИВНІСТЬ БІПОЛЯРНОЇ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ/КОАГУЛЯЦІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ СКВАМОЗНОЇ МЕТАПЛАЗІЇ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ СЕЧОВОГО МІХУРА

Щирін О. Л.

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л.Шупика, м. Київ, Україна

Вступ. Сквамозна метаплазія (СМ) вважається рідкісним захворюванням сечового міхура. Зареєстрована захворюваність становить 1:10 000 випадків госпіталізації [1]. Однак, згідно з деякими дослідженнями, частота госпітальної діагностики СМ становила 8,7% та 7,3% у 2005 та 2006 роках [2,3], відповідно, припускаючи, що захворювання може бути не таким рідкісним, урологи насправді мають більше шансів зіткнулися з пацієнтами з СМ. Альфа-блокатори або антихолінергічні препарати ефективні для лікування СНСШ пов'язані з доброякісною гіперплазією передміхурової залози, але вони не можуть відігравати аналогічну роль у лікуванні жінок з СНСШ [4,5]. Наразі дискутуються нові методи дослідження. Є повідомлення про успішне лікування пацієнтів з СМ з та важкими СНСШ за допомогою ТУР у поєднанні з внутрішньоміхуровою інстиляцією гіалурунової кислоти [6]. При цьому було не тільки відзначено регрес білуватого нальоту, але також виявлено інволюцію важких СНСШ при повторному ТУР.

Мета роботи – визначити ефективність трансуретральної резекції при лікуванні сквамозної метаплазії слизової оболонки сечового міхура.

Матеріал та методи. У період з 2018 по 2023 рр. у відділеннях урології ЦМКБ №2 м. Краматорська і МКЛ №4 м. Києва перебували під наглядом 87 жінок, які страждали на сквамозну метаплазію слизової оболонки сечового міхура. Усі хворі були багаторазово обстежені. Мінімальний термін спостереження за хворими становив 12 місяців, максимальний 36 місяців. Вік хворих коливався від 18 до 84 років. Середній вік спостережуваних нами хворих становив $32,6 \pm 3,3$ роки. Тривалість захворювання становила від 6 місяців до 6 років (у середньому $2,7 \pm 0,9$ років). У 76 (85,8%) зі 87 жінок захворювання було виявлено в термін менше 3 років від початку лікування.

Лікування всіх хворих проводили тільки в стаціонарі. У хворих першої групи (n=67) одночасно з призначенням консервативного лікування використовували оперативне лікування – біполярну трансуретральну резекцію/коагуляцію зон СМ оболонки сечового міхура. У хворих другої групи (n=20) проводили тільки консервативне лікування хронічного циститу без виконання оперативного втручання.

Результати дослідження. Клінічна картина захворювання у спостережуваних нами хворих відрізнялася різноманіттям симптомів, які були як місцевими, так і загальними. До числа найчастіших і найбільш значущих скарг, що їх пред'являють хворі із розладами сечовипускання, пов'язаними із СМ сечового міхура, належать: болі над лоном, у промежині, уретрі в спокої та під час статевого акту, дизурія, термінальна гематурія, що періодично

з'являється. Так, у спостережуваних нами жінок подібні скарги мали місце у 158 (89,3%) з них. Більшість хворих відзначали наявність у них кількох симптомів одночасно.

Критеріями оцінки результатів лікування хворих із СМ сечового міхура були зменшення болісних і дизуричних явищ, швидкість і повнота зникнення клінічних проявів захворювання, показники урофлоуметрії, поліпшення психоемоційного статусу жінок.

Контрольне обстеження хворих для вивчення результатів проводили через 3, 6 і 12 місяців. Звертає на себе увагу істотне поліпшення акту сечовипускання, зростання максимальної швидкості потоку сечі, збільшення ефективного об'єму сечового міхура, поліпшення якості життя пацієнтів.

Так, якщо до лікування сума балів захворювання за Шкалою симптомів тазового болю, імперативного та прискороного сечовипускання (Pelvic pain and urgency/frequency patient symptom score) у хворих першої групи становила $19,3 \pm 3,8$, то після лікування знизилася у 2,1 раза та становила $9,1 \pm 4,9$ бала, а у хворих другої групи знизилася незначною мірою та становила $19,1 \pm 1,7$ балів, тоді як до лікування була $21,4 \pm 3,2$ бала. Різниця статистично високо значуща ($p < 0,001$), критерій Манна-Вітні.

Також у хворих першої групи після лікування було відзначено суттєве збільшення об'єму сечового міхура. Якщо до лікування максимальний об'єм сечового міхура у хворих цієї групи дорівнював $128,24 \pm 21,2$ мл, то після лікування - $182,1 \pm 25,3$ мл. У хворих другої групи цей показник становив $126,4 \pm 18,4$ мл і $138,3 \pm 21,2$ мл. Різниця статистично значуща ($p < 0,001$, критерій Манна-Вітні).

Протягом перших 6 місяців після проведеного оперативного лікування і завершення комплексного лікування у 62 (92,5%) зі 67 спостережуваних нами хворих першої групи, які страждали на СМ слизової оболонки сечового міхура, були відмічені такі ознаки поліпшення стану – зникнення больового синдрому, нормалізація акту сечовипускання, поліпшення психоемоційного стану, відсутність характерної для СМ сечового міхура цистоскопічної картини. Однак зникнення цих симптомів після лікування було відзначено тільки в 5 (25%) жінок другої групи ($p < 0,001$). При подальшому спостереженні за хворими протягом 2 років у 6 (9%) жінок першої групи і у 14 (70%) хворих другої групи було виявлено рецидиви захворювання ($p < 0,001$).

Виявилось, що у жінок із СМ сечового міхура, які, окрім традиційної консервативної терапії, зазнавали оперативного лікування, фазу стійкої ремісії хвороби у віддаленому періоді було виявлено в 62 (92,5%) зі 67 хворих, тоді як у хворих другої групи - лише в 6 (30%) із 20 хворих ($p < 0,001$).

Усе це свідчить про необхідність комплексного лікування хворих на сквамозну метаплазію сечового міхура. Це лікування повинно включати етіологічний вплив (антибіотики і хіміопрепарати), симптоматичне лікування і патогенетично обґрунтований вплив на патологічний процес, зокрема і трансуретральну резекцію/коагуляцію зон СМ сечового міхура.

Висновок. Ґрунтуючись на отриманих даних, можна зробити висновок, що для отримання максимального ефекту в терапії СМ слизової сечового міхура (II-III стадія) необхідно використовувати як метод вибору трансуретральну резекцію/коагуляцію зон СМ сечового міхура. При видаленні функціонально неповноцінного метаплазованого епітелію

проводять терапію, спрямовану на відновлення уротелію, при цьому відбувається поліпшення показників якості сечовипускання і якості життя жінок, підвищується рівень ефективності лікування хворих на СМ сечового міхура. Перевагами застосування трансуретральної резекції/коагуляції в разі СМ сечового міхура є мінімальна хірургічна травма, висока точність оперативного втручання в закритих порожнинах, які недоступні прямому візуальному контролю, добрий гемостаз, відсутність інтраопераційних ускладнень (середній післяопераційний ліжко-день $3,7 \pm 2,3$), швидке очищення (до 1 місяця) слизової сечового міхура від струпа, короткий період післяопераційної реабілітації.

Поєднання трансуретральної резекції/коагуляції зон СМ сечового міхура з традиційною консервативною терапією дає виражений клінічний ефект, що дає змогу скоротити терміни лікування і зменшити частоту СМ сечового міхура.

Література:

1. Connery DB. Leukoplakia of the urinary bladder and its association with carcinoma. *J Urol.* 1953;69(1):121-7. doi: 10.1016/S0022-5347(17)68038-8.
2. Tang X, Ye Z, Tang M. The clinical features and diagnosis of vesical leukoplakia. *J Clin Surg.* 2005;13:734-735.
3. Xiuying T, Zhangqun Y, Min T, et al. Clinical diagnosis of vesical leukoplakia. *J Clin Urol.* 2006;21:353-354.
4. Robinson D, Cardozo L, Terpstra G, Bolodeoku J; Tamsulosin Study Group. A randomized double-blind placebo-controlled multicentre study to explore the efficacy and safety of tamsulosin and tolterodine in women with overactive bladder syndrome. *BJU Int.* 2007 Oct;100(4):840-5. doi: 10.1111/j.1464-410X.2007.07162.x.
5. Ablove T, Bell LN, Liang H, Chappell RJ, Toklu HZ, Yale SH. The effect of solifenacin on postvoid dribbling in women: results of a randomized, double-blind placebo-controlled trial. *Int Urogynecol J.* 2018 Jul;29(7):1051-1060. doi: 10.1007/s00192-018-3594-6.
6. Benelli A, Varca V, Vaccaro C, Guzzo S, Nicola M, Onorati M, Gregori A, Di Nuovo F. Keratinizing squamous metaplasia of the bladder: Our experience and current approaches. *Urologia.* 2020 May;87(2):97-100. doi: 10.1177/0391560318810197.