

**All-Ukrainian Scientific and Practical Conference
of Young Scientists and Students
“II Student Forum:
Innovations in Obstetrics and Gynecology”
February 19, 2026**

**Всеукраїнська науково-практична конференція
молодих вчених та студентів
«II Студентський форум:
інновації в акушерстві та гінекології»
19 лютого 2026 року**



A MODERN PERSPECTIVE ON FERTILITY PROBLEMS IN WOMEN WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME

Hayam Anwar

Scientific supervisors: associate professor, PhD Victor Oleshko, associate professor, PhD Tetiana Kovaliuk
Department of Faculty Obstetrics and Gynecology
Head of the Department: professor, MD, Vasyl Beniuk
Bogomolets National Medical University
Kyiv, Ukraine

Relevance: polycystic ovary syndrome (PCOS) is the most common endocrine disorder in women of reproductive age, characterized by ovarian dysfunction, hormonal imbalances, hyperandrogenism and insulin resistance. Women with PCOS may have irregular or absent ovulation, clinical or biochemical hyperandrogenism, and polycystic ovarian morphology. PCOS is a major contributor to female anovulatory infertility, accounting for approximately 40% of cases, requiring a multidisciplinary approach to correction.

Purpose of the work: to investigate the main mechanisms which affects ovarian function and fertility in women with PCOS.

Research methods: a narrative analysis of recent scientific literature on PCOS and fertility problems obtained from PubMed, Scopus, and Web of Science.

Results: it was established, that obesity and overweight have been found to significantly worsen the reproductive profile in PCOS, correlating with progression of insulin resistance, anovulation, and assisted reproductive technologies failures. Interestingly, this is not only a problem for women who are overweight. Even women with normal weight can have insulin resistance and high androgen levels, showing that PCOS itself, not just body fat, can create this metabolic and reproductive imbalance.

In PCOS, due to excess androgen influence follicles stop developing too early and fail to mature properly. As a result, ovulation does not occur regularly or may stop completely. Excess testosterone also changes the lining of the uterus, making it harder for an embryo to implant. This combination of irregular ovulation and a less receptive uterus is a major reason why women with PCOS often struggle to get pregnant.

An Egyptian study identified long non-coding RNA H19 as a potential molecular link between metabolic dysfunction and reproductive phenotypes in PCOS. The study suggested that H19 may influence androgen production, insulin sensitivity, and ovarian function, highlighting a role for epigenetic regulation in shaping both the severity of PCOS and fertility outcomes. These findings support the idea that beyond hormonal imbalances, epigenetic factors contribute to the heterogeneity of PCOS and may help explain why some women experience more pronounced reproductive complications than others.

Vitamin D deficiency is common in women with PCOS, which is associated with the severity of the syndrome and impaired insulin metabolism and hormonal balance. Nutritional factors, including an unbalanced diet, micronutrient deficiencies, and an unhealthy lifestyle, can complicate insulin resistance and fertility.

Conclusions: current research demonstrates the role of body weight, lifestyle, micronutrient deficiencies, high androgen levels, and epigenetic factors in the occurrence of anovulatory infertility in women with PCOS. Correction of metabolic disorders in women with PCOS significantly increases the chances of pregnancy.

Keywords: hyperandrogenism, fertility problems, polycystic ovary syndrome.

У ФОКУСІ ЛІКАРЯ – СИНДРОМ ЗАЛИШКОВОГО ЯЄЧНИКА

Амоурі Д. Н.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Ковалюк Т. В.
Кафедра факультетського акушерства і гінекології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Бенюк В. О.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: синдром залишкового яєчника є рідкісним, але клінічно значущим ускладненням після сальпінгофоректомії, що зумовлене збереженням функціонуючої яєчникової тканини. Найчас-

тіше він виникає на тлі вираженого спайкового процесу, ендометріозу, запальних захворювань органів малого тазу та попередніх гінекологічних операцій. Залишкова яєчникова тканина може не лише зберігати гормональну активність, а й спричиняти тазовий біль та формування об'ємних утворень, а в окремих випадках – зазнавати злоякісної трансформації.

Мета роботи: проаналізувати сучасні літературні дані щодо факторів ризику, клінічних проявів, ультразвукової діагностики та ускладнень синдрому залишкового яєчника.

Методи дослідження: проведено наративний огляд англomовних публікацій з баз даних PubMed та ScienceDirect, опублікованих у період з 2000 по 2025 роки.

Результати: синдром залишкового яєчника визначається як наявність гістологічно підтвердженої яєчничкової тканини у жінок після односторонньої або двосторонньої сальпінгоофоректомії, зазвичай в умовах складної анатомії малого тазу, вираженого спайкового процесу або технічно складного хірургічного втручання.

Основними факторами ризику розвитку цього стану є ендометріоз, попередні абдомінальні операції, інтраопераційні ускладнення та інші стани, що сприяють неоваскуляризації залишкової тканини та збереженню її гормональної активності.

Запідозрити синдром залишкового яєчника слід у пацієнок з гінекологічними операціями в анамнезі при наявності хронічного або циклічного тазового болю, тазових мас, диспареунії, варіабельних кишкових симптомів, а також у разі безсимптомного перебігу.

Провідним методом первинної діагностики є трансвагінальне ультразвукове дослідження, при якому можуть візуалізуватися односторонні кістозні або багатокамерно-скупі утворення з варіабельною ехоструктурою, інколи з вираженим центральним твердим компонентом та різним ступенем васкуляризації. Ультразвукова картина часто є неспецифічною, що ускладнює диференційну діагностику з лейоміомами, аденоміозними вузлами та пухлинами матки. За умов неспецифічної ультразвукової картини додатковими методами візуалізації є комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія малого тазу, проте остаточний діагноз підтверджується лише гістологічно.

У літературі описано функціональну активність залишкової яєчничкової тканини навіть у постменопаузі, а також випадки її трансформації у кістозні, доброякісні та злоякісні новоутворення, особливо у пацієнок з ендометріозом.

Висновки: синдром залишкового яєчника є малопоширеним, проте потенційно небезпечним станом, який слід враховувати при появі тазового болю або виявленні об'ємних утворень малого тазу у жінок з перенесеною офоректомією. Регулярне трансвагінальне ультразвукове дослідження та клінічна настороженість мають вирішальне значення для своєчасної діагностики. Підозрюйте яєчник, навіть якщо яєчники були видалені.

Ключові слова: синдром залишкового яєчника, ультразвукове дослідження, офоректомія, пухлина малого тазу, онконастороженість.

ОЦІНКА СТРУКТУРИ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ГІСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПІЇ

Безбородова С. А.

Науковий керівник: асистент Шаповалюк О. В.

Кафедра факультетського акушерства і гінекології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Бенюк В. О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: внутрішньоматкова патологія (ВП) займає одне з провідних місць у структурі захворюваності жінок репродуктивного і перименопаузального віку і може призводити до суттєвого зниження якості життя. Роботу лікаря ускладнює той факт, що клінічні прояви різних нозологій є подібними, але можуть вимагати диференційованого менеджменту – від активного спостереження до медикаментозного лікування чи розширеного оперативного втручання. Як наприклад, аномальні маткові кровотечі (АМК) при типовій гіперплазії ендометрію чи аденокарциномі. У деяких випадках перебіг ВП безсимптомний, що призводить до втрати дорогоцінного часу. Використання ендоскопічних

методів дозволяє об'єктивно оцінити стан порожнини матки, встановити діагноз, провести одномоментне хірургічне лікування з отриманням матеріалу для патогістологічного дослідження (ПГД), має незначну кількість ускладнень та дискомфортів.

Мета роботи: провести клініко-статистичний аналіз гінекологічної патології за результатами гістерорезектоскопії.

Методи дослідження: проведено ретроспективний аналіз медичних карт 335 пацієнток (у жовтні – 116, у листопаді – 107, у грудні – 112), яким у жовтні-грудні 2025 року виконано гістерорезектоскопію у Центрі материнства і дитинства КНП «КМКЛ №5» м. Києва. Оцінено вік, клінічні показання до оперативного втручання, наявність або відсутність скарг та результати патогістологічного дослідження отриманого матеріалу.

Результати: вік пацієнток коливався від 21 до 77 років, з них 68 % жінок віком 35-60 років. Структура клінічних діагнозів: поліп ендометрію (ПЕ) діагностовано у 59,7 % жінок, гіперплазію ендометрію (ГЕ), у 17,9 % жінок, АМК у 14, 9% жінок та лейоміома матки (ЛМ) у 7,5 % жінок. У 42 % пацієнток із ПЕ клінічні скарги були відсутні, а патологію виявляли під час профілактичного огляду в жіночій консультації. У 13 % жінок з ГЕ приводом для звернення були АМК.

За результатами ПГД гіперпластичні ПЕ встановлено у 40 % жінок, залозисто-фіброзні – у 28,5 % та атрофічні – у 15 %; ЛМ гістологічно підтверджена у 10 % пацієнток, а у 5 % жінок у матеріалі виявляли лише кров, слиз та фрагменти «звичайного» ендометрію. У 1,5 % пацієнток віком старше 52 років за результатами ПГД встановлено аденокарциному ендометрію на тлі атипової залозистої ГЕ.

У 20 пацієнток із ПЕ після ПГД діагноз було змінено на ГЕ та у 10 жінок із підозрою на ЛМ – на поліп ендометрію або гіперплазію ендометрію. Серед пацієнток з попереднім діагнозом АМК у 30 виявлено ПЕ, у 15 – ГЕ.

Висновки: проведене дослідження дозволило проаналізувати структуру ВП за даними гістерорезектоскопії та встановити, що провідне місце серед захворювань порожнини матки займають поліпи ендометрію та лейоміома матки. У більшості пацієнток клінічні скарги були відсутні, що підкреслює значення профілактичних оглядів, онконастороженості та своєчасного виконання гістерорезектоскопії з обов'язковим патогістологічним підтвердженням діагнозу.

Ключові слова: гістерорезектоскопія, поліп ендометрію, гіперплазія ендометрію, анормальні маткові кровотечі.

РОЛЬ СОМАТИЧНОГО АНАМНЕЗУ У ФОРМУВАННІ РИЗИКУ ПРЕЕКЛАМПСІЇ У ПЕРШОВАГІТНИХ

Бринза Д. Ю.

Науковий керівник: асистент Комар В. М.

Кафедра факультетського акушерства і гінекології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Бенюк В. О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: преєклампсія залишається однією з провідних причин материнської та перинатальної захворюваності й смертності у світі, незважаючи на впровадження сучасних скринінгових і профілактичних стратегій. Зростання поширеності екстрагенітальної патології актуалізує необхідність перегляду ролі клініко-анамнестичних факторів у формуванні ризику преєклампсії. У цьому контексті поглиблений аналіз соматичного анамнезу у першовагітних жінок може сприяти удосконаленню раннього виявлення груп високого ризику та оптимізації антенатального спостереження.

Мета роботи: визначити соматичні фактори ризику розвитку преєклампсії у першовагітних жінок.

Методи дослідження: ретроспективний клініко-статистичний аудит медичних карт (форма № 113/о) та історій вагітності й пологів (форма № 096/о) 140 першовагітних за період 2018–2023, які в подальшому розподілені на дві групи: А – 88 медичних записів першовагітних, у яких розвинулась преєклампсія, та Б – 52 медичні карти першовагітних без гіпертензивного синдрому.

Результати: під час аналізу соматичного статусу встановлено, що відсутність екстрагенітальної патології зафіксовано лише у 26 (29,5%) вагітних групи А, тоді як у групі Б цей показник становив

27 (51,2%) ($p < 0,05$). У структурі супутньої патології в групі А частіше реєструвалися захворювання серцево-судинної системи — 12 (19,4%) проти 2 (8,0%) у групі Б (ВШ 2,76; $p < 0,05$). Найбільшу частку серед них займало варикозне розширення вен — 18 (29,0%) у групі А порівняно з 2 (8,0%) у групі Б (ВШ 4,56; $p < 0,05$). Патологія сечовидільної системи виявлена у 11 (17,7%) жінок групи А, що у 4 рази частіше, ніж у групі Б — 1 (4,0%) ($p < 0,05$). Порушення функції щитоподібної залози також переважали в групі А — 8 (12,9%) проти 2 (8,0%) відповідно (ВШ 4,08; $p < 0,05$). Метаболічні розлади у групі А відзначалися у кожній четвертій пацієнтки: надлишкова маса тіла — 15 (24,2%) проти 3 (12,0%) у групі Б (ВШ 2,32; $p < 0,05$); цукровий діабет — 4 (6,5%), тоді як у групі Б випадків не зареєстровано (ВШ 3,48; $p < 0,05$). Перенесена інфекція COVID-19 в анамнезі асоціювалася з підвищенням частоти гіпертензивних ускладнень вагітності: у групі А цей чинник відзначено у 26 (41,9%) жінок проти 7 (28,0%) у групі Б (ВШ 1,83; $p < 0,05$).

Статистично значущих розбіжностей щодо інших екстрагенітальних захворювань (патологія органів зору, опорно-рухового апарату, шлунково-кишкового тракту, печінки та жовчовивідних шляхів) між групами не встановлено.

Висновки: у першовагітних жінок з преєклампсією достовірно частіше виявлялась обтяженість соматичного анамнезу, що свідчить про значну роль екстрагенітальної патології у формуванні ризику гіпертензивних ускладнень вагітності, найбільш вагомими з яких є: захворювання серцево-судинної та сечовидільної систем, патологія щитоподібної залози, метаболічні порушення, а також перенесений COVID-19. Виявлені клініко-анамнестичні фактори доцільно враховувати під час раннього антенатального спостереження першовагітних жінок з метою своєчасної ідентифікації груп високого ризику та профілактики преєклампсії.

Ключові слова: преєклампсія, екстрагенітальна патологія, фактори ризику.

МІКРОБІОМ І ЕНДОМЕТРІОЗ: СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ВПЛИВ НА ФЕРТИЛЬНІСТЬ ТА УСПІХ ПРОГРАМ ДРТ

Буняк Х. В.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Скурятіна Н. Г.
Кафедра факультетського акушерства і гінекології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Бенюк В. О.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: ендометріоз залишається однією з найбільш дискусійних тем у сучасній гінекології, вражаючи до 10 % жінок репродуктивного віку. Згідно з оновленими настановами ESHRE (2022), ендометріоз асоційований з безпліддям у кожній другій пацієнтки. Останні дослідження (Abbott et al., 2025) зміщують фокус із суто гормональної теорії на імунно-мікробіологічну концепцію. Порушення мікробіоценозу кишечника та уrogenітального тракту (дисбіоз) розглядається як ключовий тригер хронічного запалення, що не лише сприяє прогресуванню гетеротопій, а й критично знижує ефективність допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

Мета роботи: систематизувати дані наукових публікацій за 2021-2025 рр. щодо патогенетичного впливу мікробіому на фертильність та результативність циклів запліднення *in vitro* (ЗІВ) у жінок із ендометріозом.

Методи дослідження: здійснено комплексний аналіз доказової бази з використанням ресурсів PubMed, Oxford Academic та MDPI. Глибина пошуку — 5 років. Проаналізовано результати метааналізів та системних оглядів, що вивчають взаємодію "microbiome-endometriosis-IVF".

Результати: аналіз літератури (Santamaria et al., 2025; Vargas-Pabon et al., 2025) дозволяє виділити три стратегічні аспекти впливу мікробіоти:

1. Концепція «Естроболому» та системний вплив: кишковий мікробіом регулює рівень циркулюючих естрогенів через секрецію бета-глюкуронідази. За даними Salliss et al. (2023), дисбіоз кишечника призводить до надмірної реабсорбції естрогенів, що створює сприятливий фон для проліферації ендометріюїдних вогнищ. Це формує «замкнене коло» запалення, яке виснажує оваріальний резерв.

2. Мікробіота матки та імплантаційне вікно: Доведено, що для успішної імплантації в циклах ДРТ критично важливою є домінація *Lactobacillus spp.* (>90%) в ендометрії. У пацієнток з ендометріозом часто

виявляється «не-лактобацилярне» середовище з переважанням *Atopobium*, *Gardnerella* та *Streptococcus*. Згідно з Karadbhaine et al. (2025), такий дисбіоз корелює з хронічним ендометритом, що знижує частоту клінічної вагітності в програмах ЗІВ на 20-30 %.

3. Імунна відповідь та якість ооцитів: Бактеріальні ліпополісахариди (LPS) при дисбіозі активують макрофаги в перитонеальній рідині. Це викликає оксидативний стрес, який погіршує якість ооцитів та порушує процеси фолікулогенезу, роблячи відповідь на стимуляцію яєчників менш передбачуваною.

Висновки:

1. Ендометріоз супроводжується специфічним зсувом мікробіому, який підтримує прозапальний статус організму.

2. Стан мікробіоти матки є незалежним предиктором успіху ДРТ; корекція дисбіозу перед КРІО-переносом може статистично значуще покращити показники Live Birth Rate.

3. Подальші дослідження мають бути спрямовані на розробку протоколів прегравідарної підготовки з використанням персоналізованих пробіотиків та метаболічної терапії.

Ключові слова: ендометріоз, мікробіом, фертильність, лактобактерії, репродуктивне здоров'я.

МЕХАНІЗМИ ВПЛИВУ ЕНДОМЕТРІОЗУ НА ЯКІСТЬ ООЦИТІВ

Воляннюк А. В.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Рожковська Н. М.

Кафедра акушерства та гінекології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Гладчук І. З.

Одеський національний медичний університет

м. Одеса, Україна

Актуальність: ендометріоз є хронічним гормонозалежним запальним захворюванням, що уражає близько 10% жінок репродуктивного віку та до 40–50% жінок із безпліддям. Одним із ключових чинників успішності допоміжних репродуктивних технологій є якість ооцитів, яка визначає їхній потенціал до запліднення та подальшого ембріонального розвитку. Попри значну поширеність ендометріозу, механізми його впливу на якісні характеристики ооцитів залишаються недостатньо вивченими, що зумовлює актуальність даної проблеми.

Мета роботи: проаналізувати та узагальнити наукові дані щодо патофізіологічних механізмів впливу ендометріозу на якість ооцитів.

Методи дослідження: проведено аналіз результатів експериментальних, клінічних, метаболічних, транскриптомних та морфологічних досліджень, присвячених впливу ендометріозу на фолікулогенез, фолікулярне мікросередовище, функцію клітин кумулюса та гранульозних клітин, а також морфологічні й молекулярні характеристики ооцитів опублікованих у міжнародних базах даних PubMed, Scopus, Cochrane Library, Web of Science та локальних джерелах протягом 2020-2025 років.

Результати: за даними літератури, ендометріоз асоціюється з формуванням хронічного запального та прооксидантного мікросередовища у фолікулі, що негативно впливає на дозрівання ооцитів. У фолікулярній рідині пацієток з ендометріозом виявляють дисрегуляцію енергетичного обміну, зниження рівня глюкози та зсув метаболізму в бік анаеробного гліколізу. Підвищений рівень реактивних форм кисню спричиняє оксидативний стрес, що призводить до ушкодження ДНК, порушення мейотичного веретена та зниження мітохондріальної функції ооцитів.

Порушення оксидантно-антиоксидантної рівноваги тісно пов'язане з хронічною запальною відповіддю, характерною для ендометріозу. Транскриптомні дослідження клітин кумулюса та ооцитів продемонстрували змінену експресію генів, залучених до запальних сигнальних шляхів, апоптозу, стероїдогенезу та клітинного циклу, що порушує міжклітинну взаємодію та ооцитарну компетентність.

Морфологічні дослідження МІІ-ооцитів у пацієток з ендометріозом, виконані з використанням трансмісійної електронної мікроскопії, продемонстрували збільшення структурних аномалій мітохондрій та зменшення їх кількості, що вказує на порушення мітохондріальної функції та зниження енергетичного потенціалу ооцитів.

Окрім метаболічних і запальних порушень, ендометріоз супроводжується дисрегуляцією стероїдогенезу в яєчниках. Зниження експресії Steroidogenic Acute Regulatory protein (StAR) у гранульозних кліти-

нах обмежує транспорт холестерину до мітохондрій, що призводить до дисбалансу синтезу статевих стероїдних гормонів. Прогестеронова резистентність, характерна для ендометріозу, порушує оптимальне гормональне середовище, необхідне для мейотичного та цитоплазматичного дозрівання ооцитів.

Висновки: ендометріоз чинить багатокомпонентний негативний вплив на якість ооцитів через порушення фолікулогенезу, дисфункцію клітин кумулюса та гранульозних клітин, оксидативний стрес, хронічне запалення, гормональну та метаболічну дисрегуляцію, а також мітохондріальні й транскриптомні зміни. Сукупність цих механізмів знижує ооцитарну компетентність і може обумовлювати зменшення ефективності програм допоміжних репродуктивних технологій у пацієнток з ендометріозом. Подальші дослідження необхідні для ідентифікації потенційних біомаркерів якості ооцитів та розробки патогенетично обґрунтованих терапевтичних стратегій.

Ключові слова: ендометріоз, якість ооцитів, фолікулогенез, оксидативний стрес, допоміжні репродуктивні технології.

КЛІНІЧНА АНАТОМІЯ РОДОВОГО КАНАЛУ

Вус М. В.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Скрыбіна О. М.
Кафедра анатомії, фізіології та біологічної хімії
Завідувач кафедри: к.мед.н., доцент Скрыбіна О. М.
Луганський державний медичний університет
м. Рівне, Україна

Актуальність: вивчення клінічної анатомії родового каналу є необхідним для розуміння механізмів пологів та прогнозування акушерських ускладнень.

Мета роботи: дослідити анатомо-топографічні та функціональні особливості родового каналу в клінічному аспекті.

Матеріали та методи дослідження: застосовано описово-аналітичний підхід на основі опрацювання навчально-методичних джерел.

Результати дослідження: родовий канал являє собою складну просторову анатомо-функціональну систему, яка забезпечує послідовне та контрольоване проходження плода під час пологів шляхом тісно скоординованої взаємодії кісток і м'яких тканин. Кісткову частину родового каналу утворює малий таз, структура якого визначає проходження передлежачої частини плода через площини входу, порожнини та виходу під час пологів. Кожна з цих площин має чіткі анатомічні орієнтири та різне клінічне значення, оскільки саме на їх рівні відбуваються ключові біомеханічні зміни положення плода. Площина входу малого таза утворена мисом крижової кістки, верхнім краєм лобкового симфізу та термінальною лінією і є першим кістковим бар'єром для плода. На цьому рівні відбувається первинне вставлення голови, від якого залежать тип її згинання, орієнтація та подальший перебіг пологів, що має важливе клінічне значення. Порожнина малого таза характеризується вигнутою віссю, змінними поперечними й косими розмірами та анатомічними звуженнями, зокрема в ділянці сідничних остей. Це зумовлює необхідність внутрішньої ротації голови плода і його просторової адаптації до конфігурації таза, що впливає на перебіг і тривалість пологів. Вихід малого таза є найбільш динамічною частиною кісткового родового каналу завдяки рухливості куприка та розтяжності м'яких тканин. Така адаптивність забезпечує тимчасове збільшення його розмірів у завершальному періоді пологів, полегшує народження плода та знижує ризик травматизації матері й новонародженого. М'які тканини родового каналу включають шийку матки, піхву, структури тазового дна та промежини, які зазнають морфофункціональних змін у процесі пологів. У першому періоді відбувається згладжування та розкриття шийки матки, що забезпечує перехід плода до піхви, яка завдяки високій еластичності здатна до значного фізіологічного розширення. М'язи тазового дна формують нижній відділ родового каналу та беруть активну участь у другому періоді пологів, спрямовуючи рух плода відповідно до осі таза. Їхня узгоджена робота впливає на ефективність потуг, швидкість народження плода та зниження ризику травматизації родових шляхів.

Висновки: клінічна анатомія родового каналу є фундаментальною основою фізіологічних пологів, оскільки саме вона визначає послідовність і біомеханіку просування плода родовими шляхами. Ураху-

вання анатомо-топографічних особливостей кісткових і тканинних структур дозволяє обґрунтовано прогнозувати перебіг пологів, своєчасно виявляти можливі ускладнення та оптимально обирати акушерську тактику.

Ключові слова: родовий канал, анатомія, тазове дно.

РОЛЬ КИШКОВОГО ЕСТРОБОЛОМУ В ПАТОГЕНЕЗІ АНОМАЛЬНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ У ПУБЕРТАТНОМУ ПЕРІОДІ

Гамова Д. В.

Науковий керівник: к.мед.н., асистент Михайлюта М. А.

Кафедра факультетського акушерства і гінекології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Бенюк В. О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: пубертатні анормальні маткові кровотечі (ПАМК) залишаються однією з найбільш складних та поширених проблем сучасної дитячої та підліткової гінекології, охоплюючи до 25% структури захворюваності. Традиційно основною причиною ПАМК вважалася незрілість гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи і, відповідно, ановуляція. Проте результати терапії, заснованої виключно на корекції центральних механізмів регуляції менструального циклу, не завжди демонструють достатній клінічний ефект. Міжнародні дослідження останніх років вказують на існування альтернативних етіологічних факторів ПАМК, що дещо змінює традиційний підхід до розуміння генезу кровотеч. Мова йде про функціонування естроболу – сукупності генів мікробіоти кишківника, продукти життєдіяльності яких безпосередньо впливають на метаболізм естрогенів. В умовах сучасного способу життя підлітків (високий рівень стресу, нераціональне харчування, ранній початок статевого життя) виникає дисбіоз, який через механізм ентерогепатичної рециркуляції гормонів стає незалежним фактором ризику розвитку ПАМК. Таким чином, перегляд етіологічних чинників із залученням мікробіомного аспекту є критично важливим для розробки шляхів профілактики ПАМК та персоналізованих стратегій лікування.

Мета роботи: дослідити патогенетичний зв'язок між станом естроболу у дівчат-підлітків з ПАМК для обґрунтування нових шляхів профілактики ПАМК та методів комплексної терапії.

Методи дослідження: було проведено огляд наукових публікацій з міжнародної наукової бази даних.

Результати: аналіз сучасних клінічних даних дозволяє стверджувати, що мікробіота кишківника функціонує як автономний ендокринний орган. При дисбіозі зростає активність ферменту beta-глюкуронідази, який проводить декон'югацію неактивних естрогенів у просвіті кишківника. Це призводить до їх повторного всмоктування у системний кровотік, формуючи стан вторинної гіперестрогенії. У пубертатному періоді такий надлишок вільних естрогенів викликає патологічну проліферацію ендометрія та його подальше нестабільне відторгнення, що проявляється тривалими та рецидивуючими кровотечами. Дослідження підтверджують пряму кореляцію між раціонами харчування з низьким вмістом клітковини, характерними для сучасної молоді, та зниженням різноманітності естроболу, що підтверджує нутриціологічну детермінованість даної патології та вказує на необхідність перегляду стандартних схем профілактики та лікування ПАМК на користь комплексного підходу.

Висновки: сучасна етіологія ПАМК повинна враховувати стан естроболу як вагомий модулятор гормонального фону. Ентерогепатична рециркуляція естрогенів, зумовлена дисбіозом, є самостійним патогенетичним механізмом кровотеч. Інтеграція дієтологічної корекції та пробіотикотерапії у клінічні протоколи дозволить уникнути надмірного гормонального навантаження на репродуктивну систему дівчини-підлітка, провести ефективну профілактику та знизити рівень рецидивів ПАМК.

Ключові слова: анормальні маткові кровотечі, пубертатний період, естробол, beta-глюкуронідаза, мікробіом, профілактика, терапія.

САМОЛІКУВАННЯ ПРИ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ СИМПТОМАХ ЯК ПРОБЛЕМА СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Громко Є. А.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент, Ткачова О. В.

Кафедра акушерства та гінекології №1

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Щербина М. О.

Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна

Актуальність: самолікування є поширеним явищем у сучасному суспільстві та часто розглядається як прояв автономності пацієнта у збереженні власного здоров'я. Водночас у гінекології самостійне застосування лікарських засобів пов'язане з ризиком несвоечасної діагностики та неадекватного лікування. У зв'язку з цим актуальним є вивчення поширеності самолікування гінекологічних симптомів і особливостей такої практики серед студенток як соціально активної групи населення.

Мета роботи: з'ясувати поширеність самолікування гінекологічних симптомів серед студентської молоді та охарактеризувати його причини та особливості на основі анкетування.

Методи дослідження: анонімне добровільного онлайн-анкетування за участю 34 респонденток віком 18-23 роки, які надали інформовану згоду. Анкета охоплювала питання практики самолікування при гінекологічних симптомах, групи застосовуваних препаратів, причин та джерел інформації про лікарські засоби.

Результати: аналіз практики самолікування при гінекологічних симптомах показав, що 41,2 % опитаних іноді вдаються до самолікування, 35,3 % – рідко, 17,6 % – регулярно, тоді як 5,9 % завжди звертаються до лікаря. Серед препаратів, які застосовуються самостійно (можливий вибір кількох варіантів), найчастіше зазначалися нестероїдні протизапальні препарати – 82,4 %, спазмолітики – 50 %, фітопрепарати та БАДи – 32,4 %, гормональні препарати – 11,8 %; 11,8 % респонденток не практикують самолікування.

Основними причинами самолікування є поради знайомих або інформація з соціальних мереж (38,2 %), дефіцит часу (26,5 %), попередній позитивний досвід (17,6 %) та переконання в незначущості симптомів (14,7 %); 2,9 % опитаних зазначили неможливість вирішення проблеми болючих менструацій лікарями. Щодо ознайомлення з інструкцією до лікарських засобів, 38,2 % читають її рідко, 32,4 % – ніколи, 17,6 % – іноді, 11,8 % – завжди.

Основним джерелом інформації про препарати є офіційна інструкція (44,1 %), далі – навчальні матеріали (26,5 %), власний досвід (14,7 %), інтернет-ресурси або соціальні мережі (8,8 %) та рекомендації знайомих (5,9 %). У разі збереження або посилення симптомів 50 % респонденток звертаються до лікаря, 29,4 % змінюють препарат самостійно, 11,8 % припиняють лікування, 8,8 % вагалися з відповіддю. Потенційно небезпечним самолікуванням в гінекології вважають 44,1 % опитаних, 35,3 % зазначають, що це залежить від ситуації, 20,6 % не вважають його небезпечним.

Висновки: результати анкетування свідчать, що самолікування гінекологічних симптомів є поширеною практикою серед студентської молоді. Хоча респондентки здебільшого орієнтуються на офіційні джерела інформації, реальна увага до інструкцій є недостатньою, що підвищує ризик неправильного застосування препаратів. Водночас звернення до лікаря у разі погіршення стану та визнання потенційної небезпеки самолікування свідчать про часткове усвідомлення меж самостійного лікування і потребу в посиленні профілактичної та просвітницької роботи серед студентської молоді, що і є перспективою нашого дослідження.

Ключові слова: самолікування, гінекологічні симптоми, студентська молодь, анкетування.

ДИСМНОРЕЯ ЯК ПРЕДИКТОР РОЗВИТКУ ЕНДОМЕТРІОЗУ

Гулям Л. Х.

Науковий керівник: к.мед.н., асистент Гайдаржі Х. Д.
Кафедра акушерства та гінекології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Гладчук І. З.
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Актуальність: дисменорея – найбільш частий симптом пацієнток із ендометріозом. Ендометріоз – найбільш часта причина вторинної дисменореї. Однак, досліджень, які присвячені специфічній кореляції між проявом дисменореї та ендометріозом, недостатньо. Більшість пацієнток із ендометріозом повідомляють, що страждали на дисменореєю в підлітковому та молодому віці, але часто цей симптом недооцінюється лікарями та нормалізується. Рання діагностика ендометріозу необхідна для ефективного контролю прогресування цього захворювання.

Мета роботи: оцінити розповсюдженість дисменореї у пацієнток із ендометріозом шляхом вивчення анамнестичних даних та клінічної характеристики.

Матеріали та методи дослідження: одноцентрове когортне дослідження було проведене на базі гінекологічного відділення Багатопрофільного медичного центру Одеського національного медичного університету в період з 2020-2024 рр., до якого увійшли 210 жінок репродуктивного віку із лапароскопічно та гістологічно підтвердженим ендометріозом. Всім пацієнткам було проведене обстеження, яке включає збір скарг (прояви та вираженість больового синдрому), збір анамнезу (загального, акушерсько-гінекологічного), гінекологічне дослідження (огляд у дзеркалах, бімануальне дослідження), лабораторне (оцінка рівня СА-125, за показаннями), інструментальне дослідження (трансвагінальне УЗД було виконано всім пацієнткам, МРТ, УЗД нирок та сечового міхура, колоноскопія, ректороманоскопія, цистоскопія, за показаннями). Вираженість больового синдрому, а саме хронічний тазовий біль, дисменорея, диспареунія, дизхезія та дизурія, оцінювалась за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) (від 0 до 10, від відсутності болю (0) до вираженого (10)).

Результати: вік пацієнток коливався від 20 до 45 років, в середньому становив $(31,32 \pm 0,31)$ року (95 % ДІ 30,71 - 31,94). Головний показник больового синдрому – дисменорея мала місце у 208 пацієнток (99,3 % жінок) із середнім значенням $(8,46 \pm 0,12)$ балів за шкалою ВАШ (95 % ДІ 8,23 – 8,86), $p=0,834$. Всі ці пацієнтки страждали на дисменорею з підліткового віку, з періоду менархе.

Висновки: наше дослідження показало, що превалююча більшість пацієнток із ендометріозом страждають на важку дисменорею (99,3 % жінок), наявність дисменореї в підлітковому віці сприяє розвитку ендометріозу у дорослих та є багатообіцяючим предиктором розвитку ендометріозу. Недооцінка дисменореї призводить до затримки діагностики ендометріозу. Таким чином, наявність, важкість та тривалість дисменореї тісно пов'язані із прогресуючим ендометріозом. У молодих жінок із дисменореєю необхідна підвищена клінічна настороженість по відношенню до ендометріозу для запобігання пізньої діагностики.

Ключові слова: дисменорея, ендометріоз, вторинна дисменорея, больовий синдром.

ОЦІНКА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЖІНОК ПЕРИМENOПАЗУЗАЛЬНОГО ВІКУ З ЦЕРВІКАЛЬНОЮ ІНТРАЕПІТЕЛІАЛЬНОЮ НЕОПЛАЗІЄЮ НА ТЛІ ПАПІЛОМАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Дронь І. Р.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Никонюк Т. Р.
Кафедра факультетського акушерства і гінекології
Завідувач кафедри :д.мед.н., професор Бенюк В. О.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: незважаючи на успіхи в діагностиці та лікуванні захворювань, обумовлених папіломавірусною інфекцією (ПВІ), частота помірної дисплазії шийки матки у жінок в перименопаузі немає тенденції до зниження, що визначає актуальність цієї проблеми в медико-соціальному аспекті. Ускладнений рецидивом дисплазії шийки матки після оперативного лікування перебіг перименопаузального періоду негативно впливає на психоемоційний стан, соціальну активність і якість життя (ЯЖ) жінки.

Мета роботи: провести аналіз впливу рецидиву дисплазії шийки матки помірного ступеня, що виникла після оперативного лікування патології шийки матки, на психоемоційний стан та якість життя жінок у перименопаузі.

Методи дослідження: проведено клініко-статистичний аналіз психоемоційного стану та якості життя у 60 ВПЛ-позитивних жінок перименопаузального віку, що не народжували, з верифікованою рецидивною дисплазією шийки матки помірного ступеня, яка виникла після лікування хірургічними методами (основна група). Контрольну групу склали 30 здорових жінок перименопаузального віку. Визначення стресостійкості і соціальної адаптації проводили за методикою Холмса і Page, оцінювання якості життя (ЯЖ) визначали під час анкетування за опитувальником Short Form Medical Outcomes Study (SF-36).

Результати: серед обстежуваних жінок у 31,7% респонденток основної групи визначено пороговий рівень опору стресу, низький рівень – у 51,6% пацієнток, що свідчить про низьку стресостійкість та емоційну нестабільність більшості пацієнток цієї групи ($p < 0,05$). У обстежених жінок контрольної групи, на відміну від респонденток основної групи, високий рівень опору стресу відзначений у 57,9% випадків, пороговий – у 31,6%. Під час оцінювання ЯЖ у пацієнток контрольної групи фізичний компонент здоров'я складав $93,1 \pm 4,7$ бали, що в 1,3 рази перевищувало показники в основній групі дослідження ($72,5 \pm 6,4$ бали). Психічний компонент здоров'я у пацієнток контрольної групи в 1,7 рази перевищував результати в основній групі обстежених ($91,4 \pm 2,3$ проти $54,2 \pm 4,1$ бали) ($p < 0,05$).

Висновки: Ускладнений перебіг перименопаузи у ВПЛ-позитивних жінок з рецидивом дисплазії шийки матки помірного ступеня, що виник після оперативного лікування патології шийки матки, значно погіршує якість життя зазначеного контингенту пацієнток, про що свідчить зниження фізичної і соціальної активності, емоційного статусу, і вимагає подальшого вивчення патогенетичних механізмів взаємного впливу психоемоційного стану на соматичне здоров'я та якість життя жінки.

Ключові слова: жінки перименопаузального віку, папіломавірусна інфекція, дисплазія шийки матки, якість життя, психоемоційний стан.

КЛІНІЧНА ІНФОРМАТИВНІСТЬ ВІЗУАЛЬНОЇ ТА КОМП'ЮТЕРНОЇ ІНТЕРПРЕТАЦІЇ КАРДІОТОКОГРАФІЇ У ЖІНОК ІЗ ВИСОКИМ ПЕРИНАТАЛЬНИМ РИЗИКОМ

Жовновата М. О., Гичка Н. М.

Науковий керівник: асистент, PhD Чеботарьова А. С.
Кафедра факультетського акушерства і гінекології
Завідувач кафедри: професор, д.мед.н., Бенюк В. О.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна.

Актуальність: одними із представників групи високого ризику щодо перинатальної патології є жінки з антенатальною загибеллю плода (АЗП) в анамнезі. Кардіотокографія (КТГ) є ключовим методом оцінки стану плода в III триместрі, однак результати її інтерпретації значною мірою залежать від обраного методу. Візуальна оцінка за шкалою Фішера та комп'ютеризований аналіз за критеріями Доуза-Редмана базуються на різних принципах аналізу варіабельності серцевого ритму плода. Вивчення відмінностей між даними методиками інтерпретації у жінок з АЗП в анамнезі є необхідним для підвищення об'єктивності пренатального моніторингу та допомогти в оптимізації клінічних рішень щодо терміну та способу розродження.

Мета роботи: провести порівняльну оцінку результатів КТГ за допомогою автоматизованого аналізу за критеріями Доуза-Редмана та за допомогою візуальної оцінки за шкалою Фішера у жінок з АЗП в анамнезі.

Методи дослідження: згідно поставленої мети, проведено інтерпретацію результатів КТГ 78 вагітних з АЗП в анамнезі в терміні з 36 по 39 тижнів, що спостерігались в відділенні антенатального спостереження Центру материнства та дитинства КНП «Київська міська клінічна лікарня №5». Запис КТГ проводили на апараті Sonicaid Team 3 (Huntleigh Diagnostics, Великобританія) від 10 хв і до збереження критеріїв Доуза-Редмана в положенні жінки на зручному для неї боці.

Результати: аналізуючи результат автоматизованого розрахунку у кожної п'ятої жінки (15 (19,2 %) випадків) виявлено збереження критеріїв Доуза-Редмана на 10 хв дослідження та середнє значення STV (Short-Term Variation) становило $8,4 \pm 0,5$ мс. Проте, проводячи аналіз візуальної оцінки за шкалою Фішера отримали середній бал $7,3 \pm 0,6$. Третина пацієнток отримала задовільний результат за автоматизованим розрахунком протягом 30 хв ($STV = 7,9 \pm 0,3$ мс) та за шкалою Фішера $7,4 \pm 0,6$ балів. Ареактивний тип КТГ ($STV \leq 4,5$ мс) зафіксовано у 9 (11,3 %) пацієнток, водночас при оцінці результатів за візуальною оцінкою встановлено середнє значення $7,1 \pm 0,5$ балів. Значення $STV \leq 2,5$ мс, що вказувало на розвиток метаболічного ацидозу, виявлено у 3 (3,8 %) жінок та співпадало із візуальною оцінкою КТГ в $5,1 \pm 0,4$ балів, що стало підставою до екстреного розродження.

Висновки: таким чином, порівнюючи інтерпретацію КТГ за допомогою візуальної оцінки за шкалою Фішера та за допомогою автоматизованого аналізу за критеріями Доуза-Редмана встановили, що для повноцінної оцінки внутрішньоутробного стану плода рекомендовано використовувати поєднання аналізу результатів за критеріями Доуза-Редмана і за візуальною оцінкою за шкалою Фішера.

Ключові слова: кардіотокографія, антенатальна загибель плода, шкала Фішера, критерії Доуза-Редмана.

МУЛЬТИМОДАЛЬНИЙ СКРИНІНГ І ТРИМЕСТРУ – ІНСТРУМЕНТ РАНЬОГО ПРОГНОЗУВАННЯ ПРЕЕКЛАМПСІЇ

Журавель Г. П.

Науковий керівник: асистент Комар В. М.
Кафедра факультетського акушерства і гінекології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Бенюк В. О.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: за даними ВООЗ, пreeклампися ускладнює майже кожен десяту вагітність та є причиною кожного шостого випадку світової материнської смертності, спричиняючи щороку близько 46 тис.

материнських і майже 500 тис. перинатальних втрат. Враховуючи стрімке поширення даного патологічного стану, особливо серед першовагітних, першочерговими мають бути заходи, спрямовані на раннє прогнозування прееклампсії.

Мета роботи: обґрунтувати доцільність використання плацентарних маркерів та доплерометрії маткових артерій як взаємодоповнюючих показників порушеної плацентації у I триместрі вагітності з метою раннього прогнозування прееклампсії.

Методи дослідження: ретроспективний клініко-статистичний аудит медичних карт (форма № 113/о) та історій вагітності й пологів (форма № 096/о) 98 першовагітних за період 2024–2025, розподілених на дві групи: основну – 68 жінок із високим ризиком розвитку прееклампсії, та контрольну – 30 жінок із низьким ризиком. Основна увага приділена показникам комбінованого скринінгу I триместру (УЗД з доплерометрією маткових артерій, а також біохімічним показникам β -HCG та PAPP-A).

Результати: рівні β -HCG у основній та контрольній групах статистично достовірно не відрізнялися (Ме 37,26 МО/л проти 42,09 МО/л; $p = 0,338$), концентрація PAPP-A виявилась майже вдвічі нижчою (Ме 2,89 МО/л проти 5,48 МО/л у контрольній; $p < 0,001$).

Доплерометричне дослідження засвідчило достовірне підвищення судинного опору в матково-плацентарному басейні у вагітних основної групи, що проявлялося зростанням індексу резистентності (0,78 проти 0,65; $p < 0,01$) та пульсаційного індексу (1,72 проти 1,42; $p < 0,01$) у маткових артеріях. У 32,4 % пацієнток основної групи виявлено ранню діастолічну виїмку в обох маткових артеріях ($p = 0,001$). За результатами кореляційного аналізу встановлено, що середній індекс резистентності має слабкий позитивний зв'язок із наявністю двобічної діастолічної виїмки ($\rho = 0,22$, Spearman), що вказує на більшу ймовірність порушень матково-плацентарного кровотоку у пацієнток із підвищеним судинним опором.

Висновки: зниження рівня PAPP-A у вагітних групи високого ризику відображає ранні порушення плацентації, пов'язані з недостатньою трофобластичною інвазією. Підвищення доплерометричних індексів та наявність діастолічної виїмки у маткових артеріях характеризують ранні гемодинамічні порушення матково-плацентарного кровотоку. Поеднана оцінка біохімічного маркера плацентації (PAPP-A) та кількісних і якісних доплерометричних показників у I триместрі підвищує інформативність раннього прогнозування прееклампсії.

Ключові слова: прееклампсія, прогнозування, персоналізована стратифікація ризику.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЛІКУВАННЯ НЕДОСТАТНОСТІ М'ЯЗІВ ТАЗОВОГО ДНА У ЖІНОК ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВІКУ

Ільницька Т. В.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Гончаренко В. М.

Кафедра факультетського акушерства і гінекології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Бенюк В. О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: недостатність м'язів тазового дна (НМТД) є поширеною проблемою серед жінок постменопаузального віку, що виявляється у 35-60 % пацієнток. Клінічно НМТД проявляється різним ступенем порушення підтримувальної функції тазового дна. Зазначені зміни супроводжуються формуванням генітального пролапсу та появою симптомів стресового нетримання сечі. Розвиток НМТД пов'язаний із віковими змінами, гіпоестрогенією, генетичною схильністю, акушерськими чинниками (особливо травматичними вагінальними пологами), а також станами, що супроводжуються хронічним підвищенням внутрішньочеревного тиску. Одним із методів лікування НМТД є тренування м'язів тазового дна (PFMT), ефективність якого залежить від здатності пацієнтки правильно виконувати довільні скорочення м'язів тазового дна. У постменопаузальному періоді посилення впливу вищезазначених чинників супроводжується зниженням м'язової сили та нейром'язової активації м'язів тазового дна. З огляду на зазначене, доцільним є застосування електроміостимуляції (EMS) як ефективного немедикаментозного методу відновлення функції тазового дна.

Мета роботи: оцінити клінічну ефективність застосування електроміостимуляції м'язів тазового дна у жінок постменопаузального віку з недостатністю м'язів тазового дна.

Методи дослідження: клінічний, інструментальний, анкетування, статистичний. У дослідження включено жінок постменопаузального віку з НМТД, яких розподілено на 2 групи. I група (n=36) виконувала RFMT у поєднанні з EMS (частота 30 Гц, режим 6 с/15 с, тривалість сеансу 20 хв, 5 разів на тиждень 2 місяці); II група (n=34) – RFMT щоденно протягом 6-8 тижнів. Оцінка ефективності здійснювалася за модифікованою оксфордською шкалою для оцінки сили м'язів тазового дна та опитувальником ICIQ-SF.

Результати: після курсу лікування у I групі сила м'язів тазового дна за модифікованою оксфордською шкалою зросла з $2,0 \pm 0,6$ до $3,9 \pm 0,7$ бала, тоді як у II групі – з $2,1 \pm 0,5$ до $3,0 \pm 0,6$ бала. Приріст показника у I групі був статистично значущо вищим порівняно з II групою ($p \leq 0,05$).

Показник ICIQ-SF у I групі знизився з $14,2 \pm 2,6$ до $6,3 \pm 2,1$ бала, у II групі – з $14,0 \pm 2,4$ до $11,2 \pm 2,3$ бала, що свідчило про більш виражене покращення функції тазового дна при поєднанні RFMT з EMS ($p \leq 0,05$).

Висновки: результати проведеного дослідження демонструють, що електроміостимуляція м'язів тазового дна у жінок постменопаузального віку з недостатністю м'язів тазового дна є патогенетично обґрунтованим та ефективним методом лікування. Отримані дані підтверджують доцільність включення електроміостимуляції до програм немедикаментозного лікування недостатності м'язів тазового дна.

Ключові слова: немедикаментозне лікування, електроміостимуляція, недостатність м'язів тазового дна, постменопауза, пролапс тазових органів, стресове нетримання сечі, тренування м'язів тазового дна.

ВИКОРИСТАННЯ ПЛАЗМИ ЗБАГАЧЕНОЇ ТРОМБОЦИТАМИ ПРИ СИНДРОМІ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ, ТОНКОМУ ЕНДОМЕТРІЇ ТА ЗНИЖЕНЕМУ ОВАРІАЛЬНОМУ РЕЗЕРВІ

Іпатова А. В.

Науковий керівник: д.мед.н., доцент Тіщенко О. М.

Кафедра акушерства та гінекології №2

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Лазуренко В. В.

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність: жіноче безпліддя є глобальною проблемою у світі і такі фактори, як знижений оваріальний резерв (ЗОР), синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) та тонкий ендометрій (ТЕ), значною мірою сприяють репродуктивним проблемам. Традиційні підходи (індукція овуляції, стимуляція гонадотропінами, екстракорпоральне запліднення, донація ооцитів та праймінг ендометрію) пропонують часткові або симптоматичні рішення, але не спрямовані на основу патофізіології. Тому це стало поштовхом для дослідження використання плазми, збагаченої тромбоцитами у відновленні репродуктивного здоров'я.

Плазма, збагачена тромбоцитами отримується з власної крові пацієнта. Вона збагачена факторами росту, зокрема фактор росту, отриманий з тромбоцитів, трансформуючий фактор росту бета, фактор росту судинного ендотелію, інсуліноподібний фактор росту та інші. Завдяки центрифугуванню та розділенню з видаленням еритроцитів містить інсуліноподібні та епідермальні фактори росту у 5-10 разів більше. Плазмотерапія використовується в багатьох галузях медицини завдяки своїм регенеративним, ангіогенним та антиапоптотичним властивостям.

Мета роботи: дослідити механізм впливу плазмотерапії на стан та функції ендометрію матки та яєчників при СПКЯ, ТЕ та ЗОР у пацієнток.

Методи дослідження: ґрунтуються на аналізі наукових статей, клінічних досліджень та медичних баз даних які стосуються використання плазмотерапії при СПКЯ, ТЕ та ЗОР у жінок.

Результати: СПКЯ це захворювання жінок репродуктивного віку, при якому порушується секреція гонадотропінів, підвищується рівень лютеїнізуючого гормону, порушується синтез естрадіолу, прогестерону та експресії рецепторів естрогену, що порушує фолікулогенез. Надмірна експресія проапоптотичних факторів також провокує загибель гранульозних клітин та атрезії фолікулів. Традиційне

лікування СПКЯ метформіном та кломіфеном має обмежену ефективність та побічні ефекти, що підкреслює необхідність нових методів лікування. Оскільки плазма, збагачена тромбоцитами має високий регенеративний та антиапоптотичний потенціал, кілька нових досліджень вивчали його ефективність при СПКЯ. Плазмотерапія діє на яєчник, відновлюючи гормональний баланс та модулюючи молекулярні шляхи. Ці зміни сприяють фолікулогенезу, утворенню жовтого тіла та покращенню якості ооцитів, що призводить до відновлення овуляції, покращення розвитку ембріона та настання вагітності.

Аналіз літератури показав, що плазмотерапія ефективна також при ТЕ. Сьогодні методи лікування ТЕ включають тривале введення естрогену, низькі дози аспіріну, добавки вітаміну Е, електроакупунктуру та інше. Однак, дана проблема залишається і досі, що потребує пошуку альтернативного лікування. Плазма, збагачена тромбоцитами сприяє загоєнню та проліферації шару ендометрію. Будучи багатою на цитокіни та фактори росту та маючи регенеративну дію, а також покращуючи рецептивність ендометрію, плазмотерапію можна легко використовувати.

Також у жінок з ЗОР плазмотерапія показує підвищення антимюллерового гормону та зниження фолікулостимулюючого гормону з тенденцією до збільшення клінічної та живої народжуваності.

Висновки: отже, плазмотерапія в яєчниках продемонструвала потенціал до покращення фолікулогенезу, якості ооцитів, відновлення овуляції, нормалізації гормонів, тоді як в матці покращення проліферації та регенерації ендометрію з його потовщенням. Ці фактори сприяють настанню вагітності та покращенню репродуктивного здоров'я.

Ключові слова: плазма, збагачена тромбоцитами, плазмотерапія, оваріальний резерв, синдром полікістозних яєчників, тонкий ендометрій.

МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СЕКСУАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ У ЖІНОК

Каліновська В. В.

Науковий керівник: к.мед.н., асистент Курочка В. В.

Кафедра факультетського акушерства і гінекології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Бенюк В. О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: жіночі сексуальні дисфункції у зв'язку зі зростанням частоти та поширеності є актуальною проблемою сьогодення, зустрічаються від 30 до 60 % жіночого населення світу. В Україні з 2022 року ця проблема є особливо важливою в зв'язку з хронічним стресом та тривогою, спричиненими повномасштабною війною: понад 30 % жінок мають розладами сексуальної сфери.

Мета роботи: проаналізувати сучасні наукові дані та обґрунтувати мультидисциплінарний підхід в діагностиці жіночих сексуальних дисфункцій.

Методи дослідження: аналіз сучасних наукових публікацій.

Результати: сексуальні порушення зумовлені активацією гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі та гіперсекрецією кортизолу. Підвищений рівень кортизолу пригнічує синтез естрадіолу, що сприяє зниження лібідо та генітальної чутливості. За результатами досліджень 2024-2025 років, провідними скаргами жінок є зниження лібідо (45,2 %), труднощі з досягненням оргазму (12,9 %), сексуальний дискомфорт (12,9 %), тривожний розлад (41,9 %), депресивні стани (16,1 %).

Аналіз критеріїв Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду підтверджує, що ключовим серед жіночих сексуальних дисфункцій є стійкі симптоми (більше 6 місяців) та виражений дистрес. Основним в скринінгу визначено опитувальник для оцінки сексуального здоров'я та визначення індексу жіночої сексуальної функції (Female Sexual Function Index, FSFI), поріг <26,55 бала. Впровадження шкал жіночої сексуальної дисфункції (Female Sexual Distress Scale-Revised, FSDS-R) та госпітальної шкали тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) дозволяє об'єктивізувати рівень дистресу та виявити тривогу, що активізують систему сексуального гальмування, а стандартизований опитувальник SHAPE (Sexual Health Assessment of Practices and Experiences) дозволяє зменшити дискомфорт та підвищити точність анамнезу.

Під час огляду гінеколога важливо диференціювати причини болю: вульводинія, ендометріоз, генітуринарний синдром менопаузи, гіпертонус м'язів тазового дна. Ультразвукового дослідження (УЗД)

органів малого тазу виявляє структурні зміни (ендометріоз, злуки), які є причиною диспареунії. Діагностика жіночої сексуальної дисфункції включає збір сексуального анамнезу, визначення індексу сексуальної функції, визначення рівня дистресу (FSDS-R), скринінг тривоги (HADS), онлайн-опитувальник (SHAPE), гінекологічний огляд, гормональний профіль, інфекційний статус, УЗД органів малого тазу.

Висновки: сучасна діагностика сексуальних порушень потребує мультидисциплінарного підходу. Впровадження скринінгових опитувальників, збір сексуального анамнезу, обстеження гінекологом, сексологом та психотерапевтом дозволяють вчасно виявити порушення та забезпечити комплексну допомогу.

Ключові слова: жіночі сексуальні дисфункції, індекс жіночої сексуальної функції, сексуальний анамнез, мультидисциплінарний підхід.

ВПЛИВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НА ОВАРІАЛЬНИЙ ПОТЕНЦІАЛ У ЖІНОК З ЕНДОМЕТРІОМАМИ ЯЄЧНИКІВ

Кормілець О. Ю., Нестеренко Є. С.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Волянська А. Г.
Кафедра акушерства та гінекології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Гладчук І. З.
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Актуальність: ендометріоми яєчників призводять до зниження оваріального резерву (ОР) не тільки за рахунок самого захворювання, що обумовлено морфологічною будовою ендометріюїдного утвору, а і наслідками хірургічного втручання. Тому визначення впливу хірургічного лікування на морфофункціональний стан яєчників є актуальним питанням в сучасній репродуктології.

Мета роботи: оцінити ОР пацієнток з ендометріомами яєчників після хірургічного лікування.

Матеріали та методи: на базі Науково-клінічного центру ендометріозу III рівня акредитації Європейської ліги ендометріозу (БМЦ ОНМедУ) була проведена оцінка ОР 64 жінок з ендометріомами яєчників, діаметром від 3 до 5 см. Перша група (n = 33) - P2 O2 T0 A1 B2 C0, друга група (n = 31) - P2 O2/2 T0 A2 B2 C0 за шкалою ENZIAN. ОР оцінювали за показниками АМГ, ФСГ на 3-й день менструального циклу та кількості антральних фолікулів (КАФ) в одному зрізі на УЗД в доопераційному періоді та через 3 місяці після операції. Цистектомія ендометріоми яєчників була виконана методом стріппінгу з використанням гідродисекції з точковою гемостатичною аргонплазменною коагуляцією. На основі інтраопераційних даних визначили Індекс фертильності (The Endometriosis Fertility Index – EFI).

Результати та обговорення: середній вік пацієнток 1 групи склав $29,91 \pm 0,98$, 2 – $31,45 \pm 0,53$ років відповідно, що було статистично рівноцінно. Тривалість безпліддя достовірно не відрізнялася у пацієнток усіх обстежених груп і склала в середньому у хворих 1 групи $4,56 \pm 0,21$, 2 – $5,36 \pm 0,38$ років, що вказує на недоліки своєчасної діагностики та неефективного консервативного лікування ендометріозу. Показники АМГ знизилися в післяопераційному періоді і склали в 1 групі $1,54 \pm 0,03$, в 2 групі – $1,36 \pm 0,06$. Показники АМГ корелюють з показниками КАФ. В 1 групі до оперативного втручання КАФ було ($9,11 \pm 0,14$), після операції – ($7,46 \pm 0,11$) та в 2 групі – ($8,01 \pm 0,12$) та ($6,09 \pm 0,09$), відповідно. Аналіз рівня ФСГ показав, що хірургічне лікування не впливало на рівень даного показника. EFI склав $6,84 \pm 0,13$ в 1 групі та $5,21 \pm 0,11$ – в 2 групі. Це свідчить про зниження репродуктивного потенціалу пацієнток з двобічними ендометріомами. Тому, при використанні сучасних ендохірургічних технологій можна рекомендувати планування вагітності в природньому циклі протягом 6-12 місяців. Середній об'єм інтраопераційної крововтрати у всіх групах пацієнток становив 28 ± 9 мл, що підтверджує найменший негативний вплив на функціональну тканину яєчника методу стріппінгу з використанням гідродисекції з точковою гемостатичною аргонплазменною коагуляцією.

Висновки: цистоваріектомія ендометріоми яєчника чинить пошкоджуючий ефект на ОР. Своєчасна діагностика ендометріозу та оптимізація хірургічної техніки є ключем до збереження ОР при оперативному лікуванні. Методика гідродисекції є більш тривалою у виконанні, однак супроводжується меншою травматизацією оваріальної тканини, меншою інтраопераційною крововтратою та мінімаль-

ною потребою в електрокоагуляції. Це забезпечує краще збереження кортикального шару яєчника та показників ОР. Застосування даного підходу асоціюється з кращими репродуктивними результатами у пацієнток з ендометріозом яєчників. У зв'язку з цим доцільним є обговорення більш раннього хірургічного втручання при ендометріозах розміром до 3 см за наявності клінічних показань.

Ключові слова: ендометріоз, ендометріоз яєчників, оваріальний резерв, ендометріоз-асоційоване безпліддя.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ ПЕРВИННІЙ ДИСМЕНОРЕЇ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ

Кравченко К. Г.

Науковий керівник: к.мед.н., асистент Манащук С. І.
Кафедра факультетського акушерства і гінекології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Бенюк В. О.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: первинна дисменорея є одним із функціональних станів, що асоціюється з больовим синдромом та має негативний вплив на якість життя жінок репродуктивного віку. Симптоматичне зняття больового синдрому при первинній дисменорей корелює із застосуванням нестероїдних протизапальних препаратів, фармакологічний ефект яких досягається завдяки пригніченню синтезу ендогенних простагландинів, які відповідають за прояв різних вегетативно-судинних реакцій.

Водночас широка доступність НПЗП є підґрунтям до їх частого застосування без лікарського контролю, що може приводити до нераціонального вибору препарату та/або дозування. З огляду на це актуальним є дослідження особливостей застосування НПЗП при первинній дисменорей серед студентів медичних спеціальностей як групи з підвищеною обізнаністю щодо фармакологічних особливостей застосування препаратів цієї групи.

Мета роботи: вивчення особливостей застосування НПЗП при первинній дисменорей серед студентів медичних спеціальностей.

Методи дослідження: проведено анонімне онлайн-опитування 31 жінки-студентки медичних спеціальностей репродуктивного віку за допомогою заздалегідь розробленої анкети.

Результати: відповідно до результатів онлайн-опитування встановлено, що наявність больового синдрому під час менструації відзначали 29 із 31 респондентки (93,5 %). За інтенсивністю менструального болю за умовною шкалою 1-10 балів у 11 (37,9 %) жінок біль оцінювався в межах 1-3 балів, у 16 (55,2 %) – 4-6 балів, у 2 (6,9 %) – 7-10 балів. НПЗП для зняття больового синдрому застосовували 27 (87,1 %) опитаних, тоді як 2 (6,5 %) не використовували жодних знеболювальних препаратів. Як основний препарат для купірування менструального болю найчастіше обрали ібупрофен – 23 (79,3 %), значно рідше застосовували німесулід – 4 (13,8 %), кетопрофен – 1 (3,4 %), поодинокі випадки застосування спазмолітиків (дротаверин) – 1 (3,4 %). У структурі джерел рекомендацій переважало самостійне призначення препаратів – 16 (55,2 %), тоді як за консультацією лікаря зазначили 3 (10,3 %) опитані; рекомендації фармацевта та поради родичів/знайомих – по 5 (17,2 %). Високу ефективність застосованих препаратів у зменшенні больового синдрому відзначили 21 (72,4 %), помірну – 8 (27,6 %). Випадків низької або відсутньої ефективності не зареєстровано. Побічні ефекти під час застосування НПЗП заперечили 79,3 % питаних, тоді як 20,7 % повідомили про їх наявність.

Висновки: дане опитування цілком свідчить, що при первинній дисменорей застосування НПЗП характеризується високою варіабельністю вибору та переважанням самостійного призначення. При цьому ібупрофен залишається препаратом вибору та забезпечує ефективне зменшення больового синдрому з мінімальною частотою побічних ефектів. Ці дані відображають особливості практичного використання НПЗП у цільовій групі та підкреслюють потребу у формуванні раціональних підходів до їх застосування.

Ключові слова: первинна дисменорея, больовий синдром, нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП).

ВИВЧЕННЯ РІВНЯ ПРИХИЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ ДО МЕНОПАУЗАЛЬНОЇ ГОРМОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

Кравчук Н. О., Краснополська Є. В.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Корнієць Н. Г.

Кафедра акушерства і гінекології та дитячих хвороб (педіатрії)

Завідувач кафедри: к.мед.н., доцент Корнієць Н. Г.

Луганський державний медичний університет

м. Рівне, Україна

Актуальність: в умовах демографічної кризи, пов'язаної з повномасштабною російською військовою агресією, питання збереження здоров'я та якості життя (ЯЖ) жінок України стоїть особливо гостро. Одними з найуразливіших із цієї точки зору є жінки пери- та постменопаузального віку. Сьогодні кожна четверта з них страждає від виснажливих симптомів менопаузальних порушень (МП): 85 % жінок повідомляють про хоча б один із симптомів, тоді як 92 % зазнають значного погіршення ЯЖ.

«Золотим» стандартом усунення негативних симптомів менопаузи та профілактики пізніх ускладнень естрогенового дефіциту є менопаузальна гормональна терапія (МГТ). У європейських країнах питома вага споживачок МГТ за наявності МП коливається від 20 до 40 %, тоді як в Україні цей показник залишається надзвичайно низьким і не перевищує 1-2 %.

Мета роботи: оцінити прихильність українських лікарів до МГТ, її впливу на ЯЖ та ризики провідних соматичних подій; визначити рівень готовності до призначення МГТ та виявити наявні для цього бар'єри.

Матеріали та методи дослідження: за авторською анкетною проведено добровільне інтернет опитування 44 лікарів-гінекологів (основна група) і 46 лікарів сімейної медицини (група співставлення).

Результати: більшість лікарів основної групи (56,8 %, група співставлення 6,5 %; $p \leq 0,01$) вважають себе цілком компетентними в питаннях менеджменту пацієнток з МП, тоді як у групі співставлення 71,7 % (основна група 6,8 %, $p \leq 0,01$) відчують себе скоріше некомпетентними. Лише 21,7 % лікарів групи співставлення тестують пацієнток старших за 40 років за шкалою оцінки МП (основна група 76,7 %, $p \leq 0,01$), інші 78,3 % (основна група 23,3 %, $p \leq 0,01$) обмежуються визначенням порушень менструацій. 79,6 % лікарів основної групи (група співставлення 26,1 %, $p \leq 0,01$) вважають персоналізовану МГТ ефективною та безпечною для профілактики пізніх ускладнень дефіциту естрогенів, а, отже, дієвою для підвищення рівня ЯЖ. Розглядають можливість набуття власного досвіду МГТ 79,5 % лікарів основної й лише 23,9 % ($p \leq 0,01$) групи співставлення. Серед причин низької прихильності лікарів до МГТ респонденти називають страх побічних ефектів (основна група 45,5 %, група співставлення 56,5 %, $p > 0,05$), недостатню компетентність і відсутність комплаєнсу між колегами (43,1 % та 34,8 % $p > 0,05$), страхи пацієнток (11,4 % та 8,7 %, $p > 0,05$).

Висновки: одними із провідних причин низької прихильності до персоналізованої МГТ є недостатня компетентність лікарів першого контакту щодо її безпечності й ефективності в підвищенні ЯЖ та низький рівень комплаєнсу між лікарями суміжних спеціальностей.

Ключові слова: менопаузальна гормональна терапія, прихильність, безпечність.

ПРОФІЛАКТИКА РАКУ ШИЙКИ МАТКИ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ ЯК ЗАПОРУКА СПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У МАЙБУТНЬОМУ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Лигирда К. А.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Ластовецька Л. Д.

Кафедра факультетського акушерства і гінекології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Бенюк В. О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: відомо, що вірус папіломи людини (ВПЛ) – найпоширеніша вірусна інфекція, що підвищує ризик розвитку раку шийки матки і негативно впливає на репродуктивну функцію жінки.

Одним з шляхів профілактики раку шийки матки є вакцинація. Згідно даним ВООЗ, вакцина проти ВПЛ у 2024 році була введена в національні програми та служби імунізації у 147 країнах і до 2030 року цільовий показник вакцинації повинен становити 90 %.

Мета роботи: провести аналіз літературних джерел з метою визначення актуальності профілактики раку шийки матки.

Методи дослідження: Аналіз сучасних літературних джерел, що індексуються в Scopus, Web of Science.

Результати: аналіз літературних джерел показав, що часто дівчатам-підліткам бракує достатніх знань щодо сексуального та репродуктивного здоров'я, через що вони стикаються з різними проблемами, пов'язаними з незахищеними статевими контактами, такими як підліткова вагітність, небезпечні аборти та інфекції, що передаються статевим шляхом. Так, дослідники з Італії, вивчаючи обізнаність підлітків, які навчаються в молодших та старших класах, щодо вірусу папіломи людини та рівень вакцинації проти ВПЛ, про який повідомляли підлітки, встановили, що він був значно нижчим за бажаний рівень. Вважають, що біологічна незрілість підлітків може бути підґрунтям до розвитку плоскоклітинної метаблазії шийки матки у зв'язку із раннім початком статевого життя.

Згідно даних літератури, у жінок, які були вакциновані проти ВПЛ у ранньому підлітковому віці, спостерігалось достовірне зниження розвитку цервікальної інтраепітеліальної неоплазії (CIN III) та раку шийки матки. Однак результати досліджень показують, що вакцинація дівчат молодшого віку, ще до початку статевого життя має більшу користь. Так, за даними ВООЗ у 2024 році у 67 країнах були провакциновані 1 дозою понад 80% дівчат віком 9-14 років. Глобальне охоплення дівчат першою дозою ВПЛ зараз оцінюється в 31 % проти з 17% у 2019 році. Відповідно до Наказу МОЗ України № 1722 від 2025 р., вакцинацію проти ВПЛ слід провести однократно у дівчат віком 12-13 років 11 місяців 29 днів, починаючи з 01 січня 2026 року. Дівчаткам з ВІЛ, постраждалим від сексуального насильства, вакцинацію слід проводити, починаючи з 9 років.

За результатами досліджень діти віком від 9 до 14 років мають вищі титри антитіл та рівень захисту від захворювань, пов'язаних з ВПЛ, ніж підлітки 15-18 років. Згідно досліджень вікова-специфічна реакція на вакцину проти ВПЛ здебільшого зумовлена попередніми кількісними відмінностями імунних клітин, а не змінами якісних властивостей В-клітин.

Висновки: на сьогодні до найбільш несприятливих факторів для репродуктивного здоров'я підлітків слід віднести ранній початок статевого життя та інфекції, що передаються статевим шляхом. Рання вакцинація проти ВПЛ у дівчат-підлітків може вплинути на репродуктивний потенціал в майбутньому і є профілактикою раку шийки матки.

Ключові слова: вакцинація, вірус папіломи людини, статеве життя, репродуктивне здоров'я, інфекції.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ПОЄДНАНИХ І СОЛІТАРНИХ ПРОЛІФЕРАТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МАТКИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

Липко І. М., Воронова О. Ю.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Диндар О. А.

Кафедра факультетського акушерства і гінекології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Бенюк В. О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,
м. Київ, Україна

Актуальність: проблема доброякісних проліферативних захворювань ендометрія та міометрія у жінок репродуктивного віку, особливо за їх поєданого перебігу, залишається актуальною та до кінця не вирішеною. Це зумовлено високою поширеністю патології, її негативним впливом на репродуктивну функцію та якість життя. Дослідження структури доброякісних гіперпластичних процесів ендометрія та міометрія у жінок репродуктивного віку показало переважання лейоміоми матки, частота якої при ізольованому перебігу та в різних поєднаннях становить 57,5 %. Серед поєднаних форм патології лейоміома матки з аденоміозом виявлялася у 23,2 % випадків, з гіперпластичними процесами ендометрія – у 38,1 %, а їх одночасне поєднання – у 38,7 %.

Мета роботи: дати порівняльну оцінку основних клінічних симптомів перебігу проліферативних захворювань матки у разі їх поєднаного та солітарного розвитку.

Методи дослідження: анкетування, клінічне та лабораторне обстеження.

Результати: у ході дослідження встановлено, що характер клінічних скарг у жінок із поєднанням лейоміоми матки, аденоміозу та доброякісних гіперпластичних процесів ендометрія загалом не відрізнявся від такого при ізольованих формах проліферативної патології. Провідними симптомами є маткові кровотечі, больовий синдром і порушення репродуктивної функції. Водночас інтенсивність клінічних проявів була достовірно вищою при поєднаній патології та прямо залежала від кількості гіперпластичних осередків. Так, маткові кровотечі спостерігалися у $66,2 \pm 2,2$ % пацієнток із поєднаними формами захворювань порівняно з $47,9 \pm 2,2$ % при ізольованій патології ($p < 0,001$). Анемія розвивалася у $55,5 \pm 2,3$ % жінок проти $38,2 \pm 2,1$ % відповідно ($p < 0,001$), причому тяжкі форми анемії реєструвалися у $18,8 \pm 2,4$ % випадків, що в 3,8 рази перевищувало показник при ізольованих процесах ($4,9 \pm 1,5$ %; $p < 0,001$). Отримані дані підтверджують, що поєднана гіперпластична патологія ендометрія зумовлює більш тяжкий перебіг захворювання, насамперед за рахунок вираженого геморагічного синдрому. Жінки з поєднанням трьох гіперпластичних процесів матки мали достовірно вищу частоту залізодефіцитної анемії, яка сягала 70,0 %. Анемія середнього та тяжкого ступеня суттєво впливала на загальний стан пацієнток, була однією з провідних причин тимчасової втрати працездатності та зниження якості життя.

Порівняно із солітарними формами захворювання, поєднані гіперпластичні процеси матки характеризувалися достовірно більшою частотою больового синдрому ($48,7 \pm 2,3$ % проти $24,4 \pm 1,9$ %; $p < 0,001$) та вищою інтенсивністю болю. Зокрема, виражений больовий синдром (понад 7 балів за візуально-аналоговою шкалою) відзначали у $15,7 \pm 2,0$ % жінок із поєднаною патологією порівняно з $7,7 \pm 2,3$ % при солітарних формах ($p < 0,01$). Наявність та інтенсивність болю часто призводили до соціальної дезадаптації, порушення сімейних взаємин, що підтверджується тим, що більшість пацієнток визначали больовий синдром як найбільш нестерпний клінічний прояв захворювання.

Висновки: отримані результати свідчать, що синхронний розвиток гіперпластичних процесів матки супроводжується багатofакторними взаємозумовленими впливами, які призводять до суттєвого обтяження клінічного перебігу захворювання, посилення основних симптомів та погіршення якості життя жінок репродуктивного віку.

Ключові слова: лейоміома матки, аденоміоз, доброякісні гіперпластичні процеси ендометрія, репродуктивний вік, якість життя, анемія, больовий синдром.

ПСИХОЕМОЦІЙНІ ПОРУШЕННЯ У ЖІНОК З ЕНДОМЕТРІОЗОМ

Літвінова Д. Г.

Науковий керівник: доктор філософії, доцент Білий Є. Є.

Кафедра акушерства та гінекології №2

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Лазуренко В. В.

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність: ендометріоз – це прогресуюче запальне захворювання, яке гістологічно характеризується розростанням подібної до ендометрія тканини поза порожниною матки. Щомісяця ця тканина реагує подібно до слизової оболонки матки, накопичуючись, а потім відшаровуючись. Це викликає запалення навколишніх тканин, викликаючи біль, який часто посилюється безпосередньо перед і під час менструації. На даний момент етіологія ендометріозу досі не встановлена. Були запропоновані різні теорії, але жодна не стала остаточно доведеною та загальноприйнятою. Але ендометріоз – це не тільки про фізичне, неблагополуччя, адже він впливає на життя жінки і в тому числі на її психічне здоров'я, що є серйозною проблемою сьогодення. І все ж на даний момент психічне здоров'я залишається недостатньо оціненим аспектом при лікуванні ендометріозу.

Мета роботи: проаналізувати зв'язок психоемоційних порушень у жінок, хворих на ендометріоз та дослідити необхідність коригування психоемоційного стану таких пацієнтів.

Методи дослідження: аналіз наукових статей та досліджень, їх порівняльний аналіз. Бібліосемантичний метод.

Результати: згідно з даними літератури, тривожність і депресивний стан є найпоширенішими розладами у пацієток з ендометріозом. Порівнюючи різні дослідження, ми отримали результати, що у пацієток з діагнозом ендометріоз спостерігався вищий рівень психоемоційних розладів порівняно із здоровими жінками та жінками, хворими на інші захворювання.

До прикладу, у науковій статті Relationship between endometriosis and mental health. A systematic review and meta-analysis Wenwei Li, Huiyan Feng, Qingjian Ye 27,7 % жінок з ендометріозом мали помірний або сильний рівень тривоги, а 14,5 % – депресивні симптоми. Аналогічно, повідомлялося про високу поширеність депресивних симптомів (44,3 %), тривоги (25,3 %) та стресу (31,7 %). Зокрема, було виявлено, що інтенсивність болю є значним предиктором поширеності психічних розладів.

Проаналізувавши дані досліджень, ми виявили, що чим більш інтенсивним був тазовий біль у жінок з ендометріозом, тим гірше була якість життя цих жінок і відповідно їх психічне здоров'я, що породжувало нові симптоми, але вже у сфері психоемоційного стану. За статистикою, на жаль, мало жінок отримують додаткову терапію для боротьби з тривогою чи депресією при ендометріозі, хоча це мало би усунути ризик багатьох ускладнень з боку інших систем органів. На сьогодні патогенез виникнення таких психоемоційних розладів і взаємодії з ендометріозом не вивчено, але це не виключає необхідності у симптоматичному лікуванні додатково таких ускладнень, адже якість життя таких пацієток порушена.

Висновки: отже, дане дослідження підкреслює взаємозв'язок психічних порушень у жінок з наявним у них захворюванням ендометріозу. Важливо зазначити, що повного одужання після лікування ендометріозу досягти вкрай важко, тому аби покращити соціальне життя і психологічне благополуччя жінок з даним захворюванням, потрібно коригувати не тільки больовий синдром і його прояви, а й прояви тривоги, депресії чи інших проявів психоемоційних порушень.

Ключові слова: ендометріоз, психоемоційні порушення.

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ЦИФРОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА ОБІЗНАНІСТЬ ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ЩОДО ФІЗІОЛОГІЇ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ ТА СПРІЯННЯ РАНЬОМУ ВІЯВЛЕННЮ ПАТОЛОГІЧНИХ ЗМІН

Миколок С. О.

Науковий керівник: к.мед.н., асистент кафедри Курочка В. В.

Кафедра факультетського акушерства і гінекології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Бенюк В. О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: менструальне здоров'я є важливою складовою репродуктивного здоров'я жінок та значною мірою залежить від рівня менструальної освіти, зокрема знань щодо фізіології менструального циклу (МЦ), здатності до своєчасного розпізнавання патологічних змін і адекватної профілактичної поведінки. У сучасних умовах цифровізації дедалі більшого поширення набувають програми для відстеження МЦ, які дозволяють здійснювати регулярний самомоніторинг циклу та симптомів, а також можуть виконувати освітню функцію. Водночас наукові дані щодо реального впливу цифрових інструментів на обізнаність жінок і взаємодію з медичною системою залишаються обмеженими, що зумовлює актуальність даного дослідження.

Мета роботи: порівняти рівень менструальної освіти, самостійну частоту виявлення потенційно патологічних симптомів та профілактичну поведінку у жінок репродуктивного віку, які користуються та не користуються програмами відстеження МЦ.

Матеріали та методи дослідження: проведено крос-секційне аналітичне дослідження шляхом анонімного онлайн-анкетування жінок репродуктивного віку. Загальна вибірка становила 118 респонденток, з яких 87,28 % учасниць регулярно користувалися програмами відстеження МЦ не менше 6 місяців за останній рік (група 1), а 12,72 % жінок не користувалися такими програмами або використовували їх короткочасно (група 2).

Анкета включала соціально-демографічні дані, показники менструального анамнезу, блок оцінки знань щодо фізіології МЦ, питання щодо самовиявлення патологічних симптомів та профілактичної

поведінки. Сформовано індекс менструальної освіти (0–30 балів), пороговим рівнем вважали ≥ 20 балів.

Результати: середній індекс менструальної освіти у групі 1 становив 25,16 бала, тоді як у групі 2 – 21,4 бала. Достатній рівень менструальної грамотності виявлено у 94,17 % учасниць групи 1 та лише у 60 % учасниць групи 2.

Жінки, які користувалися програмами відстеження МЦ, значно частіше відмічали наявність змін циклу або симптомів, що можуть розглядатися як “червоні прапорці”, зокрема нерегулярність та зміну характеру менструальної кровотечі, прогресування менструального болю. Наявність хоча б одного потенційно патологічного симптому протягом останніх 12 місяців відмітили 77,67 % жінок групи 1 та 53,33 % жінок групи 2.

Звернення до лікаря з приводу менструальних скарг протягом останнього року відзначили 42,5 % користувачок та 37,5 % жінок, що не користувалися програмами відстеження МЦ. Проте у групі 1 спостерігалася більш активна профілактична поведінка: 79,41 % жінок зверталися до лікаря протягом перших місяців від появи симптомів та 76,47 % респонденток використовували зібрані цифрові дані для підготовки до консультації.

Додатковий внутрішньогруповий аналіз показав, що жінки, які регулярно вносили дані та використовували розширені функції програм, мали вищі показники менструальної освіти порівняно з тими, хто застосовував лише прогнозування дати менструації.

Висновки: результати дослідження свідчать, що використання програм відстеження МЦ асоціюється з вищим рівнем менструальної освіти, більшою частотою самостійного виявлення потенційно патологічних змін та активною профілактичною поведінкою. Важливим чинником є не лише сам факт використання цифрових інструментів, а й регулярність та глибина їх застосування. Програми відстеження МЦ можуть розглядатися, як перспективний інструмент профілактики та покращення взаємодії між пацієнткою і лікарем, однак потребують подальшої наукової оцінки та розвитку освітнього компонента.

Ключові слова: менструальний цикл, репродуктивне здоров'я, відстеження, профілактика.

ТОТАЛЬНІ РОЗМІРИ ТІЛА В УКРАЇНСЬКИХ ДІВЧАТ ХВОРИХ НА ЗОВНІШНІЙ ГЕНІТАЛЬНИЙ ЕНДОМЕТРІОЗ БЕЗ ТА З УРАХУВАННЯМ СОМАТОТИПУ

Момот Ю. І.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Чайка Г. В.

Кафедра акушерства та гінекології №1

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор, Чайка Г. В.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність: ендометріоз – це хронічне гінекологічне захворювання, яке характеризується наявністю ендометріоподібної тканини за межами порожнини матки. Ця тканина зберігає здатність до циклічних змін під впливом гормонів, що призводить до запальних реакцій, болю та формування спайок. Патогенез ендометріозу є мультифакторіальним і досі повністю не з'ясованим, хоча серед ключових механізмів розглядаються ретроградна менструація, імунологічні порушення, генетична схильність та гормональні дисбаланси.

Діагностика ендометріозу часто є складною через неспецифічність клінічних проявів та відсутність неінвазивного діагностичного «золотого стандарту». За даними огляду Kiesel і Sourouni, в середньому між появою симптомів та встановленням діагнозу минає від 7 до 10 років, що значно впливає на якість життя пацієнток та ефективність лікування.

Ці дані підкреслюють актуальність подальших досліджень, спрямованих на покращення ранньої діагностики ендометріозу.

Мета роботи: встановити особливості тотальних розмірів тіла в українських дівчат хворих на генітальний ендометріоз без та з урахуванням соматотипу.

Методи дослідження: у 89 українських дівчат (віком від 16 до 18 років) хворих на генітальний ендометріоз визначені тотальні (маса, довжина та площа поверхні) розміри тіла та розподіл за соматотипом за методикою Хіт-Картер. Встановлення діагнозу генітального ендометріозу проводили згідно оновленої настанови Європейської асоціації репродукції людини та ембріології (ESHRE). В якості контрольної групи з банку даних науково-дослідного центру Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова були взяті первинні тотальні розміри тіла 78 практично здорових українських дівчат аналогічної вікової групи. Статистичну обробку отриманих результатів проводили в ліцензійному пакеті “Statistica 6.0” з використанням непараметричних методів.

Результати: при аналізі розбіжностей тотальних розмірів тіла між відповідними групами хворих на генітальний ендометріоз та практично здорових дівчат встановлено лише достовірно ($p < 0.01$) менше значення довжини тіла у хворих мезоморфів (на 2.48 %).

При аналізі розбіжностей тотальних розмірів тіла між хворими на генітальний ендометріоз дівчатами різних соматотипів встановлено: у хворих на генітальний ендометріоз мезоморфів порівняно з екто- та екто-мезоморфами – достовірно ($p < 0.001$ в обох випадках) більші значення маси тіла (відповідно на 14.36 % і 11.70 %) та достовірно ($p < 0.01-0.001$) менші значення довжини тіла (відповідно на 6.15 % і 3.85 %); у хворих на генітальний ендометріоз екоморфів порівняно з екто-мезоморфами – лише достовірно ($p < 0.05$) менше значення довжини тіла (на 2.39 %).

Висновки: у хворих на генітальний ендометріоз дівчат мезоморфного соматотипу встановлені достовірно більші значення маси тіла та достовірно менші значення довжини тіла, ніж у представниць екоморфного та екто-мезоморфного соматотипів. Практично не встановлено достовірних або тенденцій відмінностей при порівнянні тотальних розмірів тіла між практично здоровими та хворими дівчатами як в загальних групах, так і у представниць різних соматотипів.

Ключові слова: ендометріоз, соматотип, тотальні розміри тіла.

ЯКІСТЬ ООЦИТІВ У ПАЦІЄНТОК З СИНДРОМОМ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ В ПРОГРАМАХ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Мороз Н. В.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Рожковська Н. М.
Кафедра акушерства та гінекології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Гладчук І. З
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Актуальність: синдром полікістозних яєчників (СПКЯ) є найбільш поширеним ендокринно-метаболічним порушенням, що вражає 8–13% жінок репродуктивного віку та виступає основною причиною ановуляторного безпліддя. Сучасні дослідження вказують на те, що гіперандрогенія, інсулінорезистентність та метаболічна дисфункція негативно впливають на дозрівання ооцитів, якість цитоплазми та їхню ооцитарну компетентність. Незважаючи на численну кількість досліджень, оновлення міжнародних критеріїв (ESHRE/ASRM 2023), питання впливу СПКЯ на морфологію ооцитів та ембріогенез залишається дискусійним, оскільки результати досліджень щодо зв'язку метаболічного фону та якості яйцеклітин часто є суперечливими.

Мета роботи: встановити особливості якості ооцитів у жінок з СПКЯ у програмах допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) та визначити фактори, що впливають на ці показники.

Методи дослідження: Проведений аналітичний огляд когортних клінічних досліджень, гайдлайнів, опублікованих у міжнародних базах даних PubMed, Scopus, Cochrane Library, Web of Science та українських джерелах за 2020–2025 років.

Результати: За даними сучасних досліджень, виявлений зв'язок між ступенем інсулінорезистентності та зниженням частоти отримання зрілих ооцитів (МІІ). Виявлені зміни в шляхах, пов'язаних з метаболічними порушеннями та гормональною регуляцією. Так, зміни метаболізму глюкози, білкового та ліпідного профілю, рівня стероїдних гормонів при СПКЯ негативно впливають на якість ооцитів та

ембріонів. Стан фолікулярного середовища при СПКЯ є ключовим для з'ясування механізмів, що лежать в основі порушення фертильності при СПКЯ. Наводяться дані щодо розкриття ролі мітохондріальних порушень у трансгенераційній передачі СПКЯ та змін метаболоміки. Наводяться дані щодо ролі фероптозу- залізоалежної запрограмованої загибелі ооцитів як причини ановуляторного безпліддя. Встановлено, що поєднання застосування міо-інозиту та метформіну може покращувати результати ДРТ у пацієнок із СПКЯ та інсулінорезистентністю. Очікується, що детальне вивчення морфологічних характеристик ооцитів дозволить визначити предиктори їх низької компетентності та обґрунтувати персоналізовані підходи до стимуляції яєчників.

Висновки: якість ооцитів та результативність програм ДРТ при СПКЯ тісно пов'язані з метаболічним статусом пацієнтки. Розробка алгоритму персоналізованого ведення жінок з СПКЯ та ожирінням дозволить оптимізувати підготовку до циклів ДРТ та підвищити показники живонароджуваності.

Ключові слова: синдром полікістозних яєчників, якість ооцитів, допоміжні репродуктивні технології, інсулінорезистентність, ожиріння.

ВПЛИВ ОЖИРІННЯ ТА МЕТАБОЛІЧНИХ РОЗЛАДІВ НА СКЛАД ВАГІНАЛЬНОГО МІКРОБІОМУ: ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Надкернична М. М.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Майданник І. В.
Кафедра факультетського акушерства і гінекології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Бенюк В. О.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: ожиріння та метаболічні розлади (інсулінорезистентність, діабет 2 типу) станом на 2026 рік визнані критичними факторами дестабілізації вагінального мікробіому (Allen et al., 2021; Reglan et al., 2021). Через механізми гормонального дисбалансу та системного запалення відбувається виснаження популяції *Lactobacillus* та зниження рівня захисного глікогену у вагінальному епітелії. На відміну від інших біотопів, зростання мікробної різноманітності у піхві при ожирінні свідчить про глибокий дисбіоз, що створює пряму загрозу репродуктивному здоров'ю жінки, підвищуючи ризик інфекційних процесів та акушерських ускладнень (Allen et al., 2021; Ingram et al., 2024).

Мета роботи: систематизувати дані наукових публікацій за 2021–2025 роки негативні наслідки для репродуктивного здоров'я жінки:

1. Зниження популяції *Lactobacillus*. У жінок з нормальним індексом маси тіла (ІМТ) в мікробіомі зазвичай переважають різні види *Lactobacillus*, які підтримують кисле середовище ($\text{pH} < 4.5$). При ожирінні часто спостерігається зниження кількості лактобацил, що призводить до послаблення природного захисного бар'єра слизової оболонки (Allen et al., 2021; Reglan et al., 2021).

2. Підвищення мікробної різноманітності. На відміну від кишківника, де висока різноманітність є ознакою здоров'я, для піхви висока різноманітність часто свідчить про дисбіоз. Метаболічні порушення сприяють росту анаеробних бактерій, що підвищує ризик розвитку бактеріального вагінозу (Allen et al., 2021; Ingram et al., 2024).

3. Гормональний та метаболічний вплив. Естрогени та глікоген: Жирова тканина є ендокринним органом. Надлишкова ароматизація естрогенів у жировій тканині та порушення вуглеводного обміну впливають на вміст глікогену в епітелії піхви. Оскільки глікоген є основним субстратом для лактобацил, його дефіцит або зміна біодоступності призводять до виснаження корисної мікрофлори (Allen et al., 2021; Reglan et al., 2021).

4. Системне запалення: Хронічне низькоінтенсивне запалення, характерне для ожиріння, супроводжується підвищенням рівня прозапальних цитокінів у вагінальному секреті, що підвищує вразливість слизової оболонки до інфекційних агентів (Reglan et al., 2021; Ingram et al., 2024).

Висновок: ожиріння та супутні метаболічні розлади є ключовими чинниками розвитку вагінального дисбіозу. Дефіцит глікогену та хронічне системне запалення сприяють витісненню захисних лактобацил анаеробними мікроорганізмами, що призводить до порушення бар'єрної функції слизової оболонки піхви. Такі зміни вагінального мікробіому на тлі метаболічного синдрому суттєво знижу-

ють репродуктивний потенціал жінки та потребують комплексного підходу до корекції, який поєднує лікування основного захворювання з відновленням місцевого біоценозу (Allen et al., 2021; Reglan et al., 2021; Ingram et al., 2024).

Ключові слова: мікробом піхви, ожиріння, метаболічні порушення.

ВИКОРИСТАННЯ БІОМАРКЕРІВ ЗАПАЛЕННЯ НИЗЬКОГО СТУПЕНЯ ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ РЕПРОДУКТИВНИХ ВТРАТ

Назарова Н. С.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Скурятіна Н. Г.

Кафедра факультетського акушерства і гінекології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Бенюк В. О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: репродуктивні втрати (РВ), включно з повторюваними (ПРВ) – поширена медико-соціальна проблема: 15-25 % клінічно підтверджених вагітностей закінчуються втратою, а до 5% пар зазнають 2 і більше втрати поспіль. У 2021 році було зареєстровано 38,6 мільйонів РВ у всьому світі. Переважна більшість (близько 80 %) РВ відбувається у першому триместрі, і лиш половина з них пов'язана з хромосомними аномаліями. Близько 50 % випадків ПРВ класифікуються як ідіопатичні, що відображає обмеженість наукових знань про невиношування. Сучасні дослідження показують, що в частини пацієнток, які зазнали РВ, були наявні субклінічне хронічне запалення та імунна дисрегуляція, що не виявляється рутинно. Біомаркери запалення низького ступеня можуть виступати практичним інструментом для стратифікації ризику та поглибленого обстеження, що надалі може змінити тактику ведення пацієнтки.

Мета роботи: систематизувати дані наукових публікацій за 2021-2025 рр. щодо можливості клінічного застосування біомаркерів запалення низького ступеня у прогнозуванні РВ.

Методи дослідження: аналіз сучасних наукових публікацій (глибина пошуку – 5 років) за допомогою баз даних PubMed, ScienceDirect, Scopus, Web of Science.

Результати: сучасні дослідження підтверджують асоціацію хронічного субклінічного запалення з РВ та ПРВ. У когортах пацієнток з еуплоїдними РВ/ПРВ виявляють підвищення рівня високочутливого С-реактивного білку (hs-CRP) порівняно з контрольними групами, що свідчить про роль системного субклінічного запалення у патогенезі ранніх втрат. Відмічається також знижений рівень фібриногену, що відображає дисрегуляцію коагуляційно-запальних механізмів. Прозапальні цитокіни інтерлейкін-6 (IL-6) та фактор некрозу пухлин- α (TNF- α) демонструють тенденцію до підвищення у жінок з ПРВ та дозволяють ідентифікувати пацієнток з імунною дисрегуляцією для подальшого обстеження.

Найбільш доступними маркерами є індекси запалення, що розраховуються по загальному аналізу крові. Співвідношення нейтрофілів до лейкоцитів (NLR) демонструє найбільш стабільну асоціацію з РВ та розглядається як незалежний предиктор ризику. Системний імунно-запальний індекс (SII) та індекс системної запальної відповіді (SIRI) є перспективними інтегральними показниками, що потенційно переважають над NLR за прогностичною точністю в окремих дослідженнях. Додаткові показники – ширина розподілу еритроцитів (RDW) та тромбоцитів (PDW) можуть посилювати багатфакторні моделі ризику.

Ключовим локальним маркером є кластер диференціювання-138 (CD-138) – показник хронічного ендометриту. Його виявлення при ПРВ напряду змінює тактику ведення пацієнтки: лікування ендометриту збільшує шанси на успішність наступної вагітності.

Висновки: хронічне субклінічне запалення є важливою ланкою етіопатогенезу РВ/ПРВ. Біомаркери хронічного запалення низького ступеня є клінічно значущими для стратифікації ризику. Серед них найперспективнішими є NLR, SIRI, SII, hs-CRP, фібриноген та CD-138. Використання цих маркерів потенційно дозволить:

- оцінити ризик РВ на етапі прегравідарної підготовки;
 - визначити, які пацієнтки потребують поглибленого обстеження;
 - оптимізувати тактику ведення, підвищуючи шанси на успішне виношування.
- Необхідні подальші дослідження щодо застосування згаданих біомаркерів.

Ключові слова: репродуктивні втрати, хронічне запалення, біомаркери.

ВПЛИВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НА ОВАРІАЛЬНИЙ ПОТЕНЦІАЛ У ЖІНОК З ЕНДОМЕТРІОМАМИ ЯЄЧНИКІВ

Кормілець О. Ю., Нестеренко Є. С.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Волянська А. Г.
Кафедра акушерства та гінекології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Гладчук І. З.
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Актуальність: ендометріоми яєчників призводять до зниження оваріального резерву (ОР) не тільки за рахунок самого захворювання, що обумовлено морфологічною будовою ендометріюїдного утвору, а і наслідками хірургічного втручання. Тому визначення впливу хірургічного лікування на морфофункціональний стан яєчників є актуальним питанням в сучасній репродуктології.

Мета роботи: оцінити ОР пацієнток з ендометріомами яєчників після хірургічного лікування.

Матеріали та методи дослідження: на базі Науково-клінічного центру ендометріозу III рівня акредитації Європейської ліги ендометріозу (БМЦ ОНМедУ) була проведена оцінка ОР 64 жінок з ендометріомами яєчників, діаметром від 3 до 5 см. Перша група (n = 33) - P2 O2 T0 A1 B2 C0, друга група (n = 31) - P2 O2/2 T0 A2 B2 C0 за шкалою ENZIAN. ОР оцінювали за показниками АМГ, ФСГ на 3-й день менструального циклу та кількості антральних фолікулів (КАФ) в одному зрізі на УЗД в доопераційному періоді та через 3 місяці після операції. Цистектомія ендометріоми яєчників була виконана методом стріппінгу з використанням гідродисекції з точковою гемостатичною аргонплазменною коагуляцією. На основі інтраопераційних даних визначили Індекс фертильності (The Endometriosis Fertility Index – EFI).

Результати та обговорення: середній вік пацієнток 1 групи склав $29,91 \pm 0,98$, 2 – $31,45 \pm 0,53$ років відповідно, що було статистично рівноцінно. Тривалість безпліддя достовірно не відрізнялася у пацієнток усіх обстежених груп і склала в середньому у хворих 1 групи $4,56 \pm 0,21$, 2 – $5,36 \pm 0,38$ років, що вказує на недоліки своєчасної діагностики та неефективного консервативного лікування ендометріозу. Показники АМГ знизилися в післяопераційному періоді і склали в 1 групі $1,54 \pm 0,03$, в 2 групі – $1,36 \pm 0,06$. Показники АМГ корелюють з показниками КАФ. В 1 групі до оперативного втручання КАФ було ($9,11 \pm 0,14$), після операції – ($7,46 \pm 0,11$) та в 2 групі – ($8,01 \pm 0,12$) та ($6,09 \pm 0,09$), відповідно. Аналіз рівня ФСГ показав, що хірургічне лікування не впливало на рівень даного показника. EFI склав $6,84 \pm 0,13$ в 1 групі та $5,21 \pm 0,11$ - в 2 групі. Це свідчить про зниження репродуктивного потенціалу пацієнток з двобічними ендометріомами. Тому, при використанні сучасних ендохірургічних технологій можна рекомендувати планування вагітності в природньому циклі протягом 6-12 місяців. Середній об'єм інтраопераційної крововтрати у всіх групах пацієнток становив 28 ± 9 мл, що підтверджує найменший негативний вплив на функціональну тканину яєчника методу стріппінгу з використанням гідродисекції з точковою гемостатичною аргонплазменною коагуляцією.

Висновки: цистоваріектомія ендометріоми яєчника чинить пошкоджуючий ефект на ОР. Своєчасна діагностика ендометріозу та оптимізація хірургічної техніки є ключем до збереження ОР при оперативному лікуванні. Методика гідродисекції є більш тривалою у виконанні, однак супроводжується меншою травматизацією оваріальної тканини, меншою інтраопераційною крововтратою та мінімальною потребою в електрокоагуляції. Це забезпечує краще збереження кортикального шару яєчника та показників ОР. Застосування даного підходу асоціюється з кращими репродуктивними результатами у пацієнток з ендометріомами яєчників. У зв'язку з цим доцільним є обговорення більш раннього хірургічного втручання при ендометріомах розміром до 3 см за наявності клінічних показань.

Ключові слова: ендометріоз, ендометріоми яєчників, оваріальний резерв, ендометріоз-асоційоване безпліддя.

ВПЛИВ ПАНДЕМІЇ COVID-19 НА РОЗВИТОК ПЕРЕДЧАСНОГО СТАТЕВОГО ДОЗРІВАННЯ У ДІВЧАТ: ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Ніколенко Є. В.

Науковий керівник: к.мед.н., асистент Кириченко Ю. А.
Кафедра факультетського акушерства і гінекології.
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Бенюк В. О.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: пандемія COVID-19 у 2020 році набула характеру глобальної надзвичайної ситуації, що зумовило запровадження жорстоких обмежувальних заходів по всьому світу. Зміни способу життя, зниження фізичної активності, соціальна ізоляція та психоемоційне навантаження мали суттєвий вплив на стан здоров'я та розвиток дитячого населення.

З огляду на потенційно тривалий вплив пандемії на організм дитини, виникає потреба в аналізі її впливу на розвиток такої патології, як передчасне статеве дозрівання, з метою визначення провідних факторів ризику та розробки профілактичних заходів у разі виникнення подібних кризових ситуацій в майбутньому.

Мета роботи: дослідити зв'язок між пандемією COVID-19 та зміною частоти передчасного статевого дозрівання й можливих факторів, що цьому сприяли.

Методи дослідження: проведено огляд наукових публікацій, доступних в міжнародних базах PubMed та Google Scholar за 2020-2024 роки з використанням ключових слів "precocious puberty", "COVID-19", "risk factors".

Результати: згідно даних епідеміологічних досліджень, у період 2020-2021 років спостерігалось суттєве зростання вперше виявлених випадків передчасного статевого дозрівання, у деяких країнах – до кількох разів, порівняно з періодом 2018-2020 років.

Дослідження, проведені в Китаї, продемонстрували збільшення частоти даної патології, асоційоване з підвищенням індексу маси тіла (ІМТ), збільшенням часу використання електронних пристроїв, порушенням циклу сон-неспанья, зниженням рівня серотоніну та дефіцитом вітаміну D. Окремо відзначається більш суттєве зростання захворюваності у сільській місцевості порівняно з міською.

Водночас в Італії, Туреччині, Аргентині та Індії дослідники підтвердили зростання кількості випадків передчасного статевого дозрівання серед дівчат за відсутності статистично значущих відмінностей ІМТ, що свідчить про наявність додаткових факторів ризику, які потребують подальшого вивчення.

Висновки: зростання частоти випадків передчасного статевого дозрівання під час пандемії COVID-19, вочевидь, є наслідком зміни звичного ритму життя дівчат, та пов'язане з комплексним впливом таких факторів, як збільшення ІМТ, більш тривале використання електронних пристроїв, порушення режиму сну, психоемоційний стрес та дефіцит вітаміну D.

Отже, пандемія COVID-19 може розглядатись як додатковий фактор ризику розвитку синдрому передчасного статевого дозрівання у дівчат.

Ключові слова: передчасне статеве дозрівання, пандемія, COVID-19.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ВПЛИВУ ТРОМБОЦИТАРНИХ ПЛАЗМЕННИХ ФАКТОРІВ НА ЗАГОЄННЯ ТКАНИНИ

Новікова А. М.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Тіщенко О. М.
Кафедра акушерства та гінекології №2
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Лазуренко В. В.
Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна

Актуальність: процеси загоєння в тканинах – складний біомеханізм, що включає координацію запальних реакцій, проліферації клітин та ремоделювання позаклітинного матриксу. І тромбоцити в

цьому процесі посідають важливу роль, бо є джерелом плазмених факторів росту, біологічно активних молекул та цитокінів. Тромбоцитарні плазмені фактори мають такі репаративні властивості: сприяють ангиогенезу в тканині, модулюють запалення та стимулюють клітинну проліферацію. Останніми роками з'явилась зацікавленість до застосування тромбоцитарної плазми в багатьох медичних напрямках, гінекологія не виключення, наприклад, необхідність відновлення тканин після хірургічного втручання.

Мета роботи: проаналізувати, як впливають на процес загоєння тканин тромбоцитарні плазмені фактори, а саме з прикладом збагаченої тромбоцитами плазми.

Методи дослідження: було використано теоретичний метод дослідження, проаналізовано наукову літературу з наукометричних джерел.

Результати: збагачена тромбоцитами плазма (ЗТП) представляє собою аутологічний продукт крові, який отримують за допомогою центрифугування периферичної крові для того, щоб досягти концентрацію тромбоцитів, що буде перевищувати стандартний фізіологічний рівень. Таким чином цей концентрат з більшою щільністю тромбоцитів у зменшеному обсязі плазми, містить у 2-5 разів більше тромбоцитів ніж у цільній крові, залежно від використаного протоколу виготовлення. ЗТП складається з різноманітних клітинних компонентів, в основному з: тромбоцитів, лейкоцитів, еритроцитів. Кожен з компонентів виконує свою функціональну роль в відновленні та регенерації ушкодженої тканини.

Тромбоцити виступають в якості основних ефektorів, що опосередковують регенеративну й анаболічну дію за допомогою вивільнення цитокінів та біоактивних факторів росту. У свою чергу еритроцити та лейкоцити мають модулюючий вплив, тобто посилювати чи перешкоджати регенерацію, що залежить від їх концентрації, стану активації та тканини, з якою взаємодіють.

Лізосоми, які виділяються тромбоцитами також несуть деякий вклад, а саме лізосомальні ферменти беруть участь у позаклітинних процесах – фібриноліз, ремоделювання судин та оновлення позаклітинного матриксу.

Не менш важливий процес в регенерації ангиогенез, який контролюється динамічним балансом проангиогенних медіаторів, такі як фактор росту ендотелію судин (ФРЕС), та антиангиогенних медіаторів, які включають ангиостатин та тромбоспондин-1 (TSP-1). Збагачена тромбоцитами плазма (ЗТБ) містить як проангиогенні фактори (наприклад, ФРЕС, трансформуючий фактор росту- β (TGF- β), основний фактор росту фібробластів (bFGF)), так і антиангиогенні медіатори (наприклад, тромбоцитарний фактор 4 [PF4]), TSP1.

Висновки: таким чином було розглянуто дію тромбоцитарних плазмових факторів для загоєння тканин. Застосування ЗТП у гінекології на даний момент знаходиться на початковій стадії розвитку, що вже перевіряється на загоєнні ран та розглядається застосування в репродуктивній медицині.

Ключові слова: тромбоцитарні плазмені фактори, збагачена тромбоцитами плазма, регенерація.

ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПОРТРЕТ ТА ОСНОВНІ ПСИХОТРАВМУЮЧІ ЧИННИКИ У МОЛОДИХ ЖІНОК З СТРЕС-ІНДУКОВАНОЮ ОВАРІАЛЬНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

Островська К. М.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Макаруч О. М.
Кафедра акушерства та гінекології післядипломної освіти
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Макаруч О. М.
Івано-Франківський національний медичний університет
м. Івано-Франківськ, Україна

Актуальність: психоемоційна стресостійкість є ключовим фактором збереження репродуктивного здоров'я, де підлітки і юні жінки є найбільш вразливою категорією. В умовах військової агресії психотравмуючі чинники набувають статусу хронічних, що призводить до дестабілізації жіночого організму та зриву адаптаційних механізмів. При цьому менструальна стрес-опосередкована дисфункція притаманна 75 % жінок і часто маскується під гінекологічні захворювання, що супроводжуються хронічним тазовим боєм, дисменореєю та проявами постменструального синдрому.

Мета роботи: виокремити основні психотравмуючі чинники та параметри психоемоційного статусу у пацієнток із стресіндукованою оваріальною дисфункцією.

Матеріали дослідження: дослідження проспективне когортне, охопило аналітичне опрацювання опитувальників у 45 жінок віком 18-20 років з функціональною гіпоталамічною аменореєю (перша група), 45 жінок з передчасною недостатністю яєчників, спричиненою посттравматичним стресовим розладом (друга група). У контрольну групу увійшли 40 умовно здорових пацієнток, які перебували у стані психологічного комфорту та не мали порушень менструального циклу.

Методи дослідження: психолого-експериментальні методи - шкали ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера, шкала депресії Бека, оцінка денної сонливості за Епвортською шкалою. Статистичну обробку проводили з використанням ліцензійного пакету програм Statistica 6.0 (StatSoft Inc., США).

Результати: у структурі оваріальної дисфункції переважала вторинна аменорея (16,7 %), анормальні маткові кровотечі (41,1 %), дисменорея (81,1 %) та передменструальний синдром (25,6 %). За результатами оцінки частоти та структури психотравмуючих факторів у пацієнток обох основних груп домінують фактори побутового та соціального характеру: зміна соціальних зв'язків, втрата житла в силу життєвих обставин, труднощі у навчанні, конфлікт у оточенні друзів або у родині, фінансова незахищеність, самотність, смерть близьких людей, хвилювання за майбутнє, незадоволеність соціально-побутовими умовами, відсутність психологічної підтримки зі сторони соціального оточення, порушення циркадних ритмів сну та відпочинку, надмірне використання гаджетів та інформаційне навантаження, зміна харчової поведінки. У даній когорті пацієнток без статистичних відмінностей по групах скарги на психоемоційні порушення охоплювали до половини спостережень, де найбільшу частку демонстрували швидка втомлюваність (51,1 %), диссомнія (46,7 %), тривожність (38,9 %) та депресивні стани (26,7 %) – у третини пацієнток з домінуванням початкових симптомів депресії та легких її проявів.

Висновки: комплексна характеристика психотравмуючих факторів дозволила представити у даній категорії пацієнток параметри високого рівня тривоги, депресії та порушення сну, що демонструє реалізацію механізмів гормонального та метаболічного дисбалансу і є необхідною для побудови ефективної моделі лікування пацієнток з розладами менструального циклу.

Ключові слова: психотравмуючі фактори, психоемоційний статус, розлади менструального циклу, функціональна гіпоталамічна аменорея, передчасна недостатність яєчників, дисменорея та олігоаме-норея.

ВПЛИВ РАНЬОГО СЕКСУАЛЬНОГО ДОСВІДУ НА СТАН РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ ЖІНОК

Пазич Ю. М.

Науковий керівник: к.мед.н., асистент Щерба О. А.
Кафедра факультетського акушерства і гінекології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Бенюк В. О.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: останніми роками серед дівчат-підлітків спостерігається зростання захворюваності на інфекційно-запальні процеси статевих органів що зумовлено поширенням ризикової сексуальної поведінки та раннім статевим дебютом. До негативних наслідків ранньої сексуальної активності належать розлади репродуктивної функції, високий ризик передачі статевих інфекцій та випадки незапланованої вагітності серед молоді.

Мета роботи: оцінити вплив раннього початку статевого життя на стан репродуктивного здоров'я жінок раннього репродуктивного віку.

Методи дослідження: проведено проспективне комплексне клініко-лабораторне обстеження 45 пацієнток віком 18-20 років із запальними захворюваннями жіночих статевих органів(основна група). Контрольну групу склали 30 здорових жінок аналогічного віку без гінекологічної патології. Статистична обробка даних виконана за допомогою MS Excel.

Результати: встановлено, що у пацієнток основної групи статевий дебют відбувся у віці 14,5-16 років. Лише 44,4 % осіб мали одного постійного партнера, тоді як у 55,6 % зафіксовано наявність двох і

більше партнерів. Використання методів контрацепції в основній групі мало нерегулярний характер. У контрольній групі початок статевого життя припадав на вік 18-19 років; усі обстежені мали одного партнера та стабільно використовували контрацепцію. Переважали бар'єрні методи – 70 %, з яких 23,3 % поєднували їх із комбінованими оральними контрацептивами. 6,7 % обстежених використовували лише сперміциди.

У всіх пацієнток основної групи (100 %) діагностовано запальні процеси внутрішніх статевих органів. Найчастіше виявлено сальпінгіт (44,4 %), цервіцит (35,6 %). Ектопія призматичного епітелію на тлі запальних змін шийки матки встановлено у 20 % випадків. Ендоміометрит виявлено у 2,2 % основної групи. Аналіз менструальної функції показав суттєво вищу частоту розладів в основній групі порівняно з контрольною: дисменорея діагностована у 55,5 % випадків (проти 13,3 % у контролі), анормальна маткова кровотеча – у 13,3 % (проти 3,3 %).

Висновки: ранній початок статевого життя (до 16 років) у поєднанні з нерегулярною контрацепцією та частою зміною партнерів корелює зі 100 % частотою запальних захворювань статевих органів та у 4 рази вищою частотою порушень менструального циклу. Це підтверджує критичний негативний вплив ранньої сексуальної активності на гінекологічне здоров'я жінок.

Ключові слова: ранній статевий дебют, гінекологічне здоров'я, запальні захворювання жіночих статевих органів, дисменорея, анормальна маткова кровотеча.

ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ОБІЗНАНОСТІ ТА ОСОБИСТОГО СТАВЛЕННЯ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ДО ГОРМОНАЛЬНОЇ КОНТРАЦЕПЦІЇ

Россовська М. Є., Колкова А. О.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Олешко В. Ф.
Кафедра факультетського акушерства і гінекології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Бенюк В. О.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: на сьогоднішній день гормональна контрацепція (ГК) є одним з ключових елементів в збереженні репродуктивного здоров'я та потенціалу в Україні та в Світі. ГК здатна забезпечити високоефективний захист від небажаної вагітності, а також має позитивний лікувальний вплив на низку гінекологічних патологічних станів. Розповсюдженість ГК в Україні в певній мірі залежить від доступності, освітнього рівня жінок, та безпосереднього ставлення жінок до даного методу контрацепції в конкретній місцевості. Відповідно до результатів сучасних опитувань, рівень обізнаності жінок репродуктивного віку в Україні про можливості ГК градієнтно збільшується щорічно. В той же час, кількість жінок, які дійсно обирають даний метод контрацепції залишається суттєво низьким, що зумовлюється наявністю побоювань щодо можливих побічних явищ і наслідків для репродуктивного здоров'я і для організму в цілому.

Мета роботи: оцінити рівень обізнаності та виявити хибні уявлення здобувачів вищої медичної освіти в питанні гормональної контрацепції в динаміці навчального процесу.

Методи дослідження: проведено анонімне анкетування за допомогою розробленої Google-форми, яка складалась з трьох розділів і вміщувала 33 запитання в якому прийняло участь 54 здобувача вищої медичної освіти НМУ імені О.О. Богомольця. Після аналізу отриманих результатів здобувачам пропонувався прослухати лекцію від провідних фахівців кафедри факультетського акушерства і гінекології НМУ імені О.О. Богомольця та повторно відповісти на запитання з розробленої Google-форми.

Результати: середній вік респондентів становив 18-24 роки, 48 (88,9 %) всіх респондентів були не одружені. Оцінюючи обізнаність респондентів вже після прослуханого лекційного матеріалу всі респондентки знали, або поглибили свої знання про наявність КОК (до – 53 (96,1 %), після – 54 (100,0 %), ВМК (до – 50 (92,6 %), після 54 – 100,0 %), вагінальні КОК (до – 35 (64,8 %), після – 54 (100,0 %), $p < 0,05$), пластиру (до – 32 (59,3 %), після – 54 (100,0 %), $p < 0,05$) та ін'єкційних контрацептивів – 29 (53,7 %), після – 54 (100,0 %), $p < 0,05$).

Під час первинного анкетування встановлено, що половина жінок – 28 (51,9 %) дізнались про ГК з інтернет-джерел, майже кожна шоста – 10 (18,5 %) і 9 (16,7 %) від друзів/родичів та від лікарів відповідно. Не дивлячись на знання про різні методи ГК, достатньо обізнаними в даному питанні вважали себе лише 17 (31,5 %) жінок і 19 (35,2 %) опитаних мали власний досвід прийому ГК. Про достатню ефективність ГК в профілактиці небажаної вагітності знали 47 (87,1 %), проте обізнаними в питанні побічних явищ ГК вважали себе майже всі опитані – 53 (96,1 %). Серед найбільш розповсюджених побічних ефектів ГК респондентки відзначали набір ваги – 39 (72,2 %), перепади настрою – 40 (74,1 %), зниження лібідо – 33 (61,1 %), головний біль – 33 (61,1 %), а також можливі після припинення ГК проблеми з нерегулярністю менструального циклу – 31 (57,4 %) і настанням вагітності – 20 (37,0 %).

Викликають зацікавленість факти зазначеної необхідності перерв протягом прийомів ГК, можливих впливів на характер, а також на психічний стан жінок, які відзначили 22 (40,7 %), 13 (24,1 %), а також 15 (35,2 %) опитаних відповідно. Близько половини жінок зазначали необхідність в очікуванні близько трьох місяців з моменту припинення прийому ГК напередодні настання вагітності – 22 (40,7 %), кожна четверта стверджувала про можливе непліддя на фоні прийому ГК – 14 (25,9 %), кожна п'ята була впевнена в накопиченні ГК в організмі жінки – (16,7 %), а також в їх впливі на збільшення маси тіла – 10 (18,5 %). Саме розповсюдження даних міркувань про ефективність та побічні явища ГК ставали підставою для формування негативного відношення до ГК у 61,1 % респонденток.

Висновки: результати проведеного дослідження засвідчують недостатню обізнаність серед здобувачок вищої медичної освіти про ефективності гормональної контрацепції, а також про контрацептивні і неконтрацептивні її переваги. У переважній більшості респонденток виявлено негативне відношення до гормональної контрацепції, що може базуватись на хибних уявленнях, в першу чергу, про побічні наслідки її використання. Викликає занепокоєння факт незначної ролі лікарів-гінекологів та лікарів сімейної медицини в наданні компетентної і правдивої інформації про види, переваги й недоліки гормональної контрацепції, що засвідчує необхідність посилення ролі лікарів-гінекологів і лікарів сімейної медицини у формуванні доказово обґрунтованих знань про гормональну контрацепцію, а також впровадження систематичних освітніх програм з репродуктивного здоров'я для здобувачок вищої медичної освіти.

Ключові слова: гормональна контрацепція, комбіновані оральні контрацептиви, небажана вагітність, побічні явища.

ЕНДОМЕТРІОЗ РУБЦЯ ПІСЛЯ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Савицька С. В., Аль-Сехлі С. М. А.

Науковий керівник: к.мед.н., асистент Курочка В. В.

Кафедра факультетського акушерства і гінекології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Бенюк В. О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: ендометріоз післяопераційного рубця – рідкісна форма ендометріозу, що розвивається в ділянці рубця після хірургічного втручання. Кесарів розтин є однією з головних причин його розвитку через ятрогенну імплантацію клітин ендометрію. Мала поширеність і обмежена обізнаність клініцистів часто призводять до запізненої діагностики, тому необхідне детальне вивчення цієї патології для своєчасного виявлення та ефективного лікування.

Мета роботи: дослідити особливості ендометріозу рубця після кесаревого розтину, вивчити механізми розвитку, клінічні прояви та діагностичні критерії.

Методи дослідження: аналіз сучасних наукових публікацій із сайту PubMed.

Результати: ендометріоз рубця виникає внаслідок імплантації та подальшої проліферації ендометріоподібної тканини в ділянці хірургічного втручання. Факторами ризику вважають контакт із навколоплідними водами, інтраопераційну крововтрату та велику площу операційної рани. Деякі автори вважають, що незамінні хірургічні рукавички або інструменти перед ушиванням черевної стінки можуть

додатково підвищувати ризик розвитку захворювання. Найчастіше ендометріоз рубця після кесаревого розтину зустрічається у жінок віком від 21 до 47 років (середній вік 32 роки).

Клінічні прояви ендометріозу рубця характеризуються тривалим латентним періодом: інтервал між операцією та появою симптомів коливається від кількох місяців до 10 років. За даними літератури, найпоширенішим симптомом є циклічний біль у ділянці післяопераційного рубця, що посилюється під час менструації (90,4 %), локальний набряк (81,25 %) і болюче ущільнення.

Діагностика складна через малу поширеність патології (0,03-3,5 % післяопераційних випадків) та обмежену обізнаність клініцистів. Вона базується на поєднанні анамнестичних даних (кесарів розтин в анамнезі, циклічний біль), фізикального огляду та методів візуалізації. Для діагностики застосовують ультразвукове дослідження (УЗД) органів малого тазу та підшкірно-жирової клітковини і магнітно-резонансну томографію (МРТ), проте остаточний діагноз встановлюється гістопатологічно за допомогою тонкогілкової аспіраційної біопсії. У зв'язку з ризиком дисемінації клітин у ряді випадків рекомендоване первинне хірургічне видалення утворення без попередньої біопсії.

Запропоновані інтраопераційні профілактичні заходи під час кесаревого розтину (очищення черевної порожнини, контроль гемостазу, використання окремого інструментарію), які спрямовані на зниження ризику ендометріозу рубця, однак їх ефективність клінічно не доведена.

Висновки: ендометріоз рубця після кесаревого розтину є рідкісною ятрогенною патологією, що виникає внаслідок імплантації клітин ендометрію в ділянці післяопераційного рубця і часто має тривалий латентний перебіг. Циклічний біль та ущільнення в ділянці рубця є ключовими клінічними ознаками, а провідну роль в діагностиці відіграють УЗД та МРТ.

Ключові слова: ендометріоз післяопераційного рубця, кесарів розтин, циклічний біль.

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ НЕІНВАЗИВНОЇ ПРЕНАТАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ

Сало М. С.

Науковий керівник: д.мед.н., доцент Турова Л. О.

Кафедра клінічної та лабораторної імунології, алергології та медичної генетики

Завідувач кафедри: д.мед.н, професор Курченко А. І.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

м. Київ, Україна

Актуальність: незважаючи на значний прогрес пренатального скринінгу, моногенні захворювання та субхромосомні перебудови залишаються однією з ключових причин тяжкої неонатальної патології, інвалідизації та ранньої смертності. Клінічна маніфестація більшості моногенних хвороб відсутня або неспецифічна під час вагітності, що обумовлює потребу в молекулярно-генетичних методах ранньої, безпечної та високоточної діагностики. Сучасні неінвазивні технології аналізу вільноциркулюючої фетальної ДНК (cfDNA) відкривають можливості виявлення не лише анеуплоїдій, а й мікрodelецій та окремих моногенних патологій уже з ранніх термінів гестації.

Мета роботи: оцінити діагностичні можливості, обмеження та клінічну цінність традиційних і перспективних методів пренатальної неінвазивної діагностики з акцентом на виявлення анеуплоїдій, мікрodelеційних синдромів і моногенних захворювань.

Методи дослідження: нами проаналізовано: а) власні клінічні дані щодо 619 вагітних жінок із використанням аналізу вільноциркулюючої фетальної ДНК (cfDNA) у крові матері; б) результати ретроспективного дослідження 7113 вагітних (діагностичного центру Altamedica за 2018-2019 рр.).

Аналізувалися методи масового паралельного секвенування нового покоління (NGS), таргетного SNP-секвенування, цифрової ПЛР, інвазивної верифікації (амніоцентез, біопсія хоріона) та порівняльного аналізу результатів.

Результати: у нашому дослідженні із 619 обстежених у 22 випадках за результатами НІПТ виявлено високий ризик трисомії 21, в одному випадку – трисомію 18, один випадок моносомії X та три випадки триплоїдії. Для підтвердження діагнозу проведено інвазивну пренатальну діагностику. За результатами каріотипування патологію було підтверджено у всіх обстежених пацієнток.

Стать плода була визначена правильно у 100 % випадків. Хибнонегативних результатів у нашому дослідженні отримано не було.

Стосовно ретроспективного дослідження, то з 7113 проаналізованих зразків 74 випадки (1 %) були позитивними. Результати каріотипування, подальшого спостереження плоду підтвердили 2 випадки трисомії 13, 5 – трисомії 18, 58 – трисомії 21 та 10 випадків анеуплоїдії статеві хромосоми. Хибнонегативних результатів не було.

Тож, використання НІПТ продемонструвало 100 % чутливості та 99,9 % специфічності для трисомій 13, 18, 21.

Висновки: поєднання традиційних підходів із перспективними cfDNA-методами створює основу для раннього виявлення не лише анеуплоїдій, а й мікрodelеційних та моногенних захворювань, що має вирішальне значення для прогнозування перебігу вагітності, медико-генетичного консультування та планування перинатальної допомоги.

Застосування НІПТ із розширеними можливостями діагностики дозволяє переходити від популяційного скринінгу до персоналізованої пренатальної медицини.

Ключові слова: НІПТ, вільноциркулююча фетальна ДНК (cfDNA), секвенування нового покоління (NGS), анеуплоїдії, мікрodelеції, моногенна патологія.

ЗНАЧЕННЯ ЕСТРОГЕН-ПРОГЕСТЕРОНОВОГО ПРОФІЛЮ В ПАТОГЕНЕЗІ МІГРЕНІ У ЖІНОК

Стромило А. В.

Науковий керівник: доктор філософії, доцент Білий Є. Є.

Кафедра акушерства та гінекології №2

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Лазуренко В. В.

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність: мігрень (гемікранія) є одним із найбільш розповсюджених варіантів головного болю, що значною мірою погіршує якість життя пацієнтів. Наразі відомо про вагомий внесок у патогенез захворювання кальцитонін-ген-пов'язаного пептиду (CGRP), проте, очевидно, це не єдина молекула, яка відіграє роль у розвитку захворювання. Численні епідеміологічні дослідження демонструють різницю у превалентності мігрені серед чоловіків та жінок, при чому серед жінок існує тенденція до піку захворюваності саме в репродуктивному віці, коли відбувається коливання гормонального профілю впродовж оваріально-менструальних циклів. Це створює підстави більш детально розглянути теорію щодо гормонозалежності даної хвороби.

Мета роботи: оцінити значення гормонального профілю (зокрема рівня естрогенів та прогестерону) в розвитку мігрені.

Методи дослідження: порівняльний, аналітичний, узагальнення. Для досягнення мети було вивчено результати публікацій 2015-2026 рр., розміщених на платформі PubMed, які за своїм дизайном включали систематичні літературні огляди, клінічні дослідження пацієнтів та експериментальні моделі на лабораторних тваринах. Відібрані публікації були присвячені опису механізмів впливу жіночих статевих гормонів на розвиток мігрені, а також вивченню закономірностей частоти та інтенсивності нападів у залежності від гормонального профілю.

Результати: більшість наукових досліджень підтримує концепцію залежності перебігу нападів мігрені від рівня жіночих статевих гормонів (зокрема прогестерону та естрогену), що пояснюється рядом патофізіологічних механізмів. Наприклад, естроген має здатність впливати на систему CGRP (яка є основою розвитку мігрені), судинний тонус (сприяючи вазодилатації) та посилювати ноцицептивну передачу. Окрім цього, естрогенні рецептори були знайдені в гілках трійчастого нерва, активація якого, згідно тригемінально-васкулярної теорії, і лежить в основі пароксизму гемікранії. Нарешті, існує гіпотеза щодо впливу естрогену на розвиток хвилі кіркової депресії – патологічної нейрональної активності, проявом якої є мігренозна аура. Важливо також зазначити, що вирішальне значення має не просто загальний рівень естрогену, а його динамічні коливання, оскільки саме швидке падіння концентрації гормону (“estrogen withdrawal”) відіграє ключову роль у виникненні описаних патологічних реакцій.

На противагу до естрогену, прогестерон демонструє протекторний вплив щодо розвитку мігрені: гормон зменшує явища центральної сенситизації, нейрозапалення та оксидативного стресу. Втім, за аналогією з естрогеном, різке падіння рівня прогестерону може обтяжувати перебіг цефалгії.

Висновки: проаналізовані літературні дані дають підстави вважати, що рівень жіночих статевих гормонів відіграє помітну роль у патогенезі мігрені. Попри це, основою терапії нападів на сьогодні залишається застосування протимігренозних засобів, тоді як гормонотерапія в цьому аспекті є менш вивченою і може розглядатися як допоміжний варіант у лікуванні.

Ключові слова: мігрень, гемікранія, прогестерон, естроген.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ І ПОЛОГІВ У ЖІНОК ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЕНДОМЕТРІОМ ЯЄЧНИКІВ

Телега І. О.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Сольський С. Я.
Кафедра факультетського акушерства і гінекології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Бенюк В. О.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: добре відомо, що частота генітального ендометріозу серед захворювань репродуктивної системи жінок досягає 10% . На сьогодні це одна з основних проблем сучасної гінекології. Водночас у жінок із цією патологією, як свідчать дані літератури останніх років, нерідко виникають ускладнення і в гестаційному процесі».

Мета роботи: провести ретроспективний аналіз перебігу вагітності та пологів у жінок, які в прегестаційний період були прооперовані у зв'язку з ендометріозом яєчників.

Методи дослідження: було проведено ретроспективний аналіз перебігу вагітності і пологів у 87 жінок (основна група) вагітність у яких наступила природнім шляхом (без застосування допоміжних репродуктивних технологій) через 3-18 місяців після хірургічного лікування проведеного з приводу наявності у них ендометріом яєчників. В контрольну групу увійшли 85 жінок без наявності у них ендометріозу. Групи були максимально однорідними за такими показниками як вік, паритет вагітності, індекс маси тіла та ін. В основну і контрольну групу свідомо не були включені жінки з екстрагенітальною патологією, наявність якої могла б спотворити результати проведеного аналізу.

Результати: середній вік обстежених в основній групі склав $27,6 \pm 1,4$ роки, в контрольній – $27,2 \pm 1,6$ роки. В обох групах значно переважали першонароджуючі вагітні (87,4 % і 87,1 %). Перебіг вагітності у жінок основної групи був ускладнений загрозливим абортom в 11,5 % випадків (в контрольній – 5,7 %), загрозою передчасних пологів в 12,6 % випадків (в контрольній – 4,7 %), проявами плацентарної дисфункції в 17,2 % випадків (в групі – 4,7 %). В основній групі також частіше мала місце затримка росту плода (12,6 % випадків проти 4,7 %). Частота ПРПО суттєво не відрізнялася в порівнюваних групах (9,2 % і 8,2 % випадків). Майже в два рази частіше в основній групі пологи завершувались кесаревим розтином (34,5 % проти 16,5 %).

Висновки: у жінок з ендометріозом яєчників, навіть після проведеного у прегестаційному періоді хірургічного лікування, залишається достатньо високою частота ускладнень перебігу вагітності і пологів. Отримані результати проведеного аналізу свідчать про необхідність подальших досліджень для з'ясування патогенетичних механізмів виявлених ускладнень і розробки можливих методів їх профілактики.

Ключові слова: ендометріоз яєчників, вагітність, пологи.

ПЕРЕВАГИ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ІСТМОЦЕЛЕ ПІСЛЯ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ

Тімуш К. О.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Степановічус О. М.

Кафедра акушерства і гінекології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Гладчук І. З.

Одеський національний медичний університет

м. Одеса, Україна

Актуальність: зростання частоти кесаревого розтину супроводжується збільшенням поширеності дефектів рубця матки у вигляді ніш (істмоцеле), які виявляються у 20–70% пацієнток та прогресують після повторних оперативних розроджень. Наявність ніші асоціюється з порушенням менструальної функції, хронічним тазовим болем і підвищеним ризиком акушерських ускладнень у майбутньому.

Мета роботи: оцінити клінічну ефективність розробленої методики лапароскопічної пластики істмоцеле та обґрунтувати її переваги у ліквідації патологічної симптоматики, відновленні анатомії міометрія та покращенні показників якості життя пацієнток.

Матеріали та методи дослідження: проведено проспективне спостереження на базі гінекологічного відділення Багатопрофільного медичного центру ОНМедУ у період з 2022–2025 рр.. У дослідження було включено 30 пацієнток репродуктивного віку з нішою після кесаревого розтину (НПКР). Хворих було поділено на 2 групи: основна група 13 (43,3 %) – пацієнтки із симптомною НПКР та репродуктивними намірами; контрольна група 17 (56,7 %) – практично здорові жінки з рубцем на матці без ознак істмоцеле, що звернулися з приводу чоловічого фактора неплідності. Виконано ультразвукове дослідження ніші та патоморфологічне дослідження міометрія та ендометрія. Для корекції дефекту всім пацієнткам основної групи виконували лапароскопічну істмопластику за розробленою методикою. Ключовим етапом хірургічного лікування було застосування відстроченого зав'язування 1-го ряду швів для забезпечення максимальної апроксимації країв рани.

Результати: показник товщини резидуального міометрія (ТРМ) демонстрував стабільне зростання: до операції він становив $3,2 \pm 0,4$ мм, через 3 місяці – $4,7 \pm 0,5$ мм, а через 12 місяців досяг $6,1 \pm 0,6$ мм ($p < 0,01$). Застосування розробленої методики лапароскопічної істмопластики дозволяє достовірно знизити інтенсивність патологічних проявів НПКР вже через 3 місяці після втручання: частота менорагій зменшується в 3,5 рази ($p < 0,01$), перименструальних мажучих виділень – у 3,4 рази ($p < 0,01$), а хронічного тазового болю – у 2,9 рази ($p < 0,01$). Настання спонтанної вагітності зафіксовано у 20 % пацієнток протягом 12 місяців спостереження.

Висновки: застосування розробленої методики лапароскопічної пластики істмоцеле демонструє високу клінічну ефективність, що знижує частоту аномальних маткових кровотеч, хронічного тазового болю, сприяє відновленню фертильності та покращує якість життя жінок.

Ключові слова: істмоцеле, лапароскопічна істмопластика, товщина резидуального міометрія, хронічний тазовий біль.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Фоміна В. В.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Резніченко Г. І.

Кафедра акушерства, гінекології та репродуктивної медицини

В.о. завідувача кафедри: к.мед.н., доцент Нікіфоров О. А.

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

м. Запоріжжя, Україна

Актуальність: за теперішньої військової агресії проти України, яка несе чимало викликів для суспільства в цілому й медичної спільноти зокрема, виникли умови для вивчення її впливу на стан здоров'я. Особливої актуальності набуває дослідження перебігу передменструального синдрому (ПМС) в

умовах війни, оскільки психоемоційний стрес є одним із ключових факторів, що модулюють прояви цього стану.

Мета роботи: вивчення змін гормонального гомеостазу та стану ментального здоров'я у жінок в умовах воєнного часу.

Матеріали та методи дослідження: обстежено 76 хворих на ПМС, які звернулися на прийом до гінеколога (з них 35 – до війни і 41 – після повномасштабного вторгнення) та 160 здорових осіб (з яких 68 – до війни і 92 – під час війни). Визначали в сироватці крові у I фазу менструального циклу рівні серотоніну, пролактину, ФСГ, ЛГ, кортизолу, у I та II фазу менструального циклу – вміст естрадіолу і прогестерону; в добовій сечі – дофаміну, адреналіну, норадреналіну. Рівень тривоги вивчали за шкалою PSS-10, нейротизм – за шкалою Г. Ейзенка, депресії – за госпітальною шкалою HADS, астенії – за MFI-20, якість життя оцінювали за стандартним опитувальником CQLS.

Результати дослідження: встановлено зміни фізичного і ментального стану здорових жінок репродуктивного віку під час війни порівняно з мирним часом. У хворих з ПМС спостерігались, у порівнянні з мирним часом, зростання в 1,1-1,4 рази втрати емоційного контролю, проявів підвищеної дратівливості/агресії, головного болю, периферійних набряків, набряклість грудних залоз та дерматологічні зміни шкіри, в 1,5-1,7 разів зменшилась працездатність та знизилась самооцінка, зросла частота пригніченого настрою та втрати інтересу до всього, в 2,1 рази – тривожності та порушень сну. Динаміка змін рівня статевих гормонів та гормонів стресу у жінок з ПМС під час війни, наявність достовірної різниці цих показників, у порівнянні з результатами у них до війни і здоровими, вказує на порушення гомеостазу гормональної системи, наслідком чого можуть бути зміни психологічного стану. Під час війни у хворих на ПМС на відміну від мирного часу достовірно підвищувались показники стресу – до помірно сприйнятного, нейротизму – до високої емоційної нестійкості і інтегральної оцінки астенії – до середнього рівня, субклінічно вираженими були показники тривоги/депресії та знижувались показники якості життя.

Висновок: виявлено негативний вплив стресових ситуацій під час війни на гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникову вісь у здорових жінок, що проявляється наявністю дисбалансу яєчникових стероїдних гормонів. У хворих з ПМС під час війни встановлено достовірну різницю по вмісту статевих гормонів та гормонів стресу, у порівнянні з результатами до війни, що вказує на порушення гомеостазу гормональної системи, наслідком чого можуть бути зміни психологічного стану. У здорових осіб під час війни стосовно мирного часу достовірно підвищувались бальна оцінка стресу, депресії та інтегральна оцінка астенії, збільшувались показники нейротизму й інтегральної оцінки астенії та знижувалась якість життя.

Ключові слова: передменструальний синдром, гормони, ментальне здоров'я, жінки, репродуктивний вік, війна, стрес, якість життя.

ОЦІНКА ТЯЖКОСТІ ПРЕЕКЛАМСІЇ ТА ЕКЛАМСІЇ ЗА ОФТАЛЬМОЛОГІЧНИМИ МАРКЕРАМИ В АКУШЕРСТВІ

Чернишова О. В., Васюк А.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Чорна О. О.

Кафедра факультетського акушерства та гінекології

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Бенюк В. О.

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: преєклампсія та еклампсія є одними з найбільш небезпечних ускладнень вагітності, що визначають високі показники материнської та перинатальної захворюваності. Для акушерської практики ключовим завданням є своєчасна оцінка тяжкості перебігу гестаційних гіпертензивних розладів та раннє виявлення ознак їх прогресування. Патогенетично ці стани зумовлені генералізованою ендотеліальною дисфункцією, системним вазоспазмом і порушенням мікроциркуляції, що призводить до ураження органів-мішеней. Орган зору, зокрема сітківка, є доступним для клінічної оцінки судинних змін і може відображати ступінь системного ураження, що має важливе значення для вибору акушерської тактики.

Мета роботи: визначити клінічну значущість офтальмологічних маркерів у структурі оцінки тяжкості преєклампсії та еклампсії та обґрунтувати можливість їх використання в акушерській практиці для прогнозування перебігу гіпертензивних розладів при вагітності і вибору оптимальної тактики ведення вагітності.

Методи дослідження: проведено аналіз сучасних наукових публікацій бази PubMed за останні п'ять років та узагальнено положення чинних клінічних рекомендацій МОЗ України щодо ведення гіпертензивних розладів під час вагітності. Використано методи порівняльного аналізу та систематизації даних.

Результати: аналіз сучасних літературних джерел показав, що офтальмологічні прояви при преєклампсії та еклампсії є складовою системного ураження, зумовленого плацентарною ішемією, генералізованою ендотеліальною дисфункцією та порушенням авторегуляції судинного тону. В акушерському контексті зорові порушення відображають прогресування гіпертензивних розладів під час вагітності від компенсованого до декомпенсованого перебігу. Клінічно ці зміни проявляються затуманенням зору, фотопсіями, появою скотом і транзиторним зниженням зорової функції, що часто виникають на тлі наростання артеріального тиску, прогресуючої протеїнурії та симптомів ураження центральної нервової системи. Скарги, пов'язані з порушенням функції зору, часто передують розвитку судомного нападу, що дозволяє розглядати їх як ранній прогностичний маркер розвитку еклампсії. З позицій акушерської тактики офтальмологічні зміни корелюють з порушенням матково-плацентарного кровообігу, ризиком розвитку дистресу та затримки росту плода. У вагітних з артеріальною гіпертензією, поява або прогресування порушень з боку органу зору є підставою для негайної оцінки стану матері та плода, вказує на необхідність динамічного моніторингу і перегляду тактики ведення. У разі появи загрозливих ознак акушерська тактика повинна бути спрямована на розродження.

Висновки: офтальмологічні прояви при преєклампсії та еклампсії слід розглядати не як ізольовані симптоми, а як клінічні маркери системного прогресування акушерської патології. Для лікаря акушер-гінеколога порушення з боку органу зору мають практичне значення як додаткові критерії тяжкості, що свідчать про залучення центральної нервової системи та високий ризик розвитку еклампсії. Інтеграція оцінки симптомів з боку органу зору у стандартний алгоритм ведення вагітних з гестаційними гіпертензивними розладами дозволяє своєчасно ідентифікувати декомпенсацію стану, обґрунтувати необхідність інтенсивної терапії та визначити оптимальні терміни і спосіб розродження, сприяючи зниженню частоти тяжких материнських і перинатальних ускладнень.

Ключові слова: преєклампсія, еклампсія, акушерська тактика, офтальмологічні маркери, оцінка тяжкості.

ВПЛИВ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ СЕРЕДИННОЇ ПЛІКАЦІЇ КРИЖОВО-МАТКОВИХ ЗВ'ЯЗОК І РЕКТОВАГІНАЛЬНОЇ ФАСЦІЇ НА РЕЗУЛЬТАТИ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ВАГІНОЦЕРВІКОПЕКСІЇ ЗА ДЕБЮССОНОМ

Чеханов О. Ю.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Гладчук І. З.
Кафедра акушерства та гінекології №1
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Гладчук І. З.
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна

Актуальність: лапароскопічна вагіноцервікопексія за Дебюссоном (ЛВЦ) є визнаною методикою, що забезпечує надійну корекцію апікального рівня при мінімізації нейроваскулярних ризиків [1, 2]. Наявні дані підтверджують її високу ефективність як у великих клінічних серіях, так і в систематичних оглядах, де частота анатомічного успіху для апікального компартмента перевищує 90% [3]. Проте, на тлі стабільних результатів у передньому сегменті, прогресування недостатності заднього компартмента з формуванням ректоцеле та ентероцеле після апікально-передніх реконструкцій залишається серйозною проблемою. Це підкреслює необхідність підсилення постеро-апикального комплексу шляхом цілеспрямованої роботи з крижово-матковими зв'язками та ректовагінальною фасцією [4].

Мета роботи: оцінити вплив додавання лапароскопічної серединної плікації крижово-маткових зв'язок та ректовагінальної фасції до стандартної методики Дебюссона на результати хірургічного лікування з пріоритетною оцінкою стабілізації заднього компартмента.

Методи дослідження: базуючись на ретроспективному аналізі історій хвороб та амбулаторних карт, проведено порівняльне когортне дослідження результатів лікування 129 пацієток із симптомним генітальним пролапсом (2018-2025 рр.). Сформовано дві групи: група 1 (n=81) – ізольована ЛВЦ; група 2 (n=48) – ЛВЦ у поєднанні з плікацією крижово-маткових зв'язок та ректовагінальної фасції. Додатковий етап у другій групі включав дисекцію ректовагінального простору та накладання 3-5 вузлових швів на крижово-маткові зв'язки і серединне зближення фасціальних структур за методикою плікації [5]. Анатомічний стан оцінювали за системою POP-Q до та через 2, 6, 12 місяців після втручання.

Результати: до операції в обох групах спостерігався виражений апікальний пролапс та цистоцеле: значення точки С становили $3,0 \pm 3,28$ см та $4,20 \pm 3,14$ см, відповідно, точки Ва – $2,47 \pm 1,81$ та $2,94 \pm 1,83$. Через 2, 6 та 12 місяців в обох когортах досягнуто значущої корекції: у групі 1 точка С покращилася до $-7,37 \pm 2,25$ см, у групі 2 – до $-7,92 \pm 1,48$ см, точки Ва становили: $-2,25 \pm 1,12$ та $-2,54 \pm 0,50$, відповідно. Ключову різницю виявлено в показниках задньої стінки. У групі 1 (ізольована ЛВЦ) точка Вр змістилася з $0,83 \pm 2,53$ см до $-1,62 \pm 1,40$ см. У групі 2 (ЛВЦ+плікація) досягнуто достовірно стабільнішої підтримки: Вр покращилася з $1,06 \pm 2,93$ см до $-2,52 \pm 0,50$ см. Стабільність показника Ар ($-2,5 \pm 0,50$ см) та D ($-7,4 \pm 1,16$ см) у групі 2 підтверджує ефективність плікації у запобіганні рецидивам ентероцеле.

Висновки: додавання лапароскопічної серединної плікації крижово-маткових зв'язок та ректовагінальної фасції до техніки Дебюссона вірогідно покращує анатомічну підтримку заднього компартмента. Запропонована модифікація дозволяє мінімізувати ризики прогресування ректоцеле та забезпечує комплексний підхід до реконструкції архітекτονіки малого таза.

Ключові слова: генітальний пролапс, лапароскопічна вагіноцервікопексія, методика Дебюссона, плікація крижово-маткових зв'язок, ректовагінальна фасція.

Література

1. Lombisani A, et al. Arch Gynecol Obstet. 2025;312(6):1891–1900.
2. Dällenbach P. Front Surg. 2022;9:898392.
3. Dubuisson JB, et al. Gynecol Obstet Fertil. 2011;39(3):127–131.
4. Şahin F, et al. J Obstet Gynaecol Res. 2024;50:1042–1050.
5. Maher CF, et al. Obstet Gynecol. 2004;104(4):685–689.

ВЕДЕННЯ ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ З НОВОУТВОРЕННЯМ ЯЄЧНИКА

Шубіна Н. О., Стаднік Б. В.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Чубатий А. І.
Кафедра факультетського акушерства і гінекології
Завідувач кафедри: д.мед.н., професор, Бенюк В. О.
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна

Актуальність: пухлини та пухлиноподібні утворення яєчників у дівчат пубертатного віку є однією з найбільш складних проблем дитячої і підліткової гінекології у зв'язку з варіабельністю клінічного перебігу. За даними сучасних досліджень, до 80–90 % оваріальних утворень мають доброякісний характер. Тому, впровадження органозберігаючих, підходів до ведення пацієток пубертатного віку є надзвичайно актуальним для збереження гормонального гомеостазу та фертильності.

Мета роботи: проаналізувати випадки діагностики та тактики ведення дівчат підлітків з утвореннями яєчників і вибір хірургічного втручання при ускладненому перебігу захворювання для збереження фертильності.

Методи дослідження: проведено огляд і аналіз сучасних наукових публікацій, систематичних оглядів, консенсусних рекомендацій та клінічних настанов за 2021–2025 рр. Застосовано методи порівняльного аналізу, узагальнення та синтезу даних і оцінку ведення випадків на базі кафедри з формуванням клінічної тактики.

Проаналізовано 38 випадків новоутворень яєчників у дітей підлітків. У 28 випадках мали місце функціональні кісти, а в 10 – доброякісні новоутворення. Вік пацієнтів склав в середньому $15,6 \pm 1,8$ років. Всім хворим було проведене необхідне клініко-лабораторне обстеження. Пацієнтів з пухлиноподібними утвореннями, в основному (75,0 %), провели консервативно, а в інших випадках проведене оперативне втручання через ускладнення утворень: апоплексія яєчника, перекрут додатків.

Результати: у всіх прооперованих дівчат було проведено органозберігаюче оперативне втручання, навіть при перекруті придатків. Хворим з доброякісними новоутвореннями було виконано органозберігаюче втручання лапароскопічним шляхом в плановому порядку. Останнім було проведено оцінку оваріального резерву до оперативного втручання та через 6 місяців після його проведення. Наші дані оцінки оваріального резерву збігались з літературними даними, що показали незначне зниження оваріального резерву при використанні малоінвазивної хірургії. Особливо підкреслюється доцільність її у пацієнток пубертатного віку.

Висновки: пухлини яєчників у підлітків вимагають індивідуального підходу з урахуванням віку, клініки та онкологічних ризиків з використанням сучасних органозберігаючих технологій. При ускладненому перебігу захворювання лапароскопічні втручання з деторсією або цистектомією є методом вибору, що дозволяє знизити частоту необґрунтованих оварієктомій та зберегти репродуктивний потенціал пацієнток. Впровадження стандартизованих алгоритмів ведення підлітків з новоутвореннями яєчників сприятиме підвищенню якості медичної допомоги та покращенню репродуктивних результатів.

Ключові слова: новоутворення яєчника, дівчата підлітки, малоінвазивна хірургія.