

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ  
ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ



## ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

Всеукраїнської науково-практичної конференції  
з міжнародною участю

***БЕЗПЕЧНА ХІРУРГІЯ ТА ПОЛОГИ:  
ІННОВАЦІЇ ТА КОНТРАВЕРСІЇ***

24-25 листопада 2022 року  
м. Івано-Франківськ



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ  
ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ



## ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

Всеукраїнської науково-практичної конференції  
з міжнародною участю

# БЕЗПЕЧНА ХІРУРГІЯ ТА ПОЛОГИ: ІННОВАЦІЇ ТА КОНТРАВЕРСІЇ

24-25 листопада 2022 року

м. Івано-Франківськ

Рекомендовано до друку Вченою Радою Івано-Франківського національного медичного університету, протокол № 5 від 29 листопада 2022 року

#### РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

**Рожко Микола Михайлович** – ректор Івано-Франківського національного медичного університету, чл.- кор. НАМН України, Заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор

**Дмитренко Ігор Анатолійович** - директор Департаменту охорони здоров'я Івано-Франківської обласної державної адміністрації

#### ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ:

**Ігор ВАКАЛЮК** – проректор з наукової роботи Івано-Франківського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор;

**Володимир ДЗЬОМБАК** – заступник директора департаменту охорони здоров'я, головний спеціаліст з акушерства та гінекології департаменту охорони здоров'я Івано-Франківської обласної державної адміністрації;

**Ігор ВАКАЛЮК** – медичний директор Івано-Франківського обласного перинатального центру, голова осередку ГО «Асоціація акушер-гінекологів України» в Івано-Франківській області;

**Світлана ОСТАФІЙЧУК** – завідувач кафедри акушерства та гінекології імені І.Д. Ланового Івано-Франківського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор;

**Оксана МАКАРЧУК** – професор акушерства та гінекології імені І.Д. Ланового Івано-Франківського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор;

**Наталія ГЕНИК** – професор кафедри акушерства та гінекології імені І.Д. Ланового Івано-Франківського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор.

#### ВІДПОВІДАЛЬНИЙ ЗА ВИПУСК:

Перхулин Оксана Мирославівна – асистент кафедри акушерства та гінекології ім. І.Д. Ланового Івано-Франківського національного медичного університету, доктор філософії.

Івано-Франківський національний медичний університет, 2022

Департамент охорони здоров'я Івано-Франківської обласної державної адміністрації, 2022

Осередок громадської організації «Асоціація акушерів-гінекологів України» в Івано-Франківській області, 2022

## ЗМІСТ

Галина ГВОЗДЕЦЬКА, Наталія ГЕНИК, Оксана ЖУКУЛЯК ОСНОВНІ АСПЕКТИ ІМУНОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ЖІНОК ІЗ БЛЮВАННЯМ ВАГІТНИХ В АНАМНЕЗІ.....	7
Світлана ГЕРЯК, Олена ОЛЕКСЯК РІВНІ МАРКЕРІВ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ ТА ПЕРЕКИСНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ У ВАГІТНИХ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ.....	10
Ігор ГЛАДЧУК, Юлія КАЛЩИНСЬКА, Дар'я ДРОБОТ ПОРІВНЯННЯ ВІДДАЛЕНИХ НАСЛІДКІВ ПІСЛЯ МОНО- ТА БІПОЛЯРНОЇ ГІСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПІЧНОЇ МЕТРОПЛАСТИКИ У ПАЦІЄНТОК З НЕПОВНОЮ ВНУТРІШНЬОМАТКОВОЮ ПЕРЕТИНКОЮ.....	12
Ігор ГЛАДЧУК, Олена САЛЕХ ПОШУК МОЖЛИВОЇ КОРЕЛЯЦІЇ МІЖ ЕПІГЕНЕТИЧНИМИ ТА ДОПЛЕРОМЕТРИЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ У ПАЦІЄНТОК З МІОМОЮ МАТКИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ.....	13
Ігор ГЛАДЧУК, Ганна ШИТОВА, Юлія ОЧЕРЕТНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ДІАГНОСТИКИ ПАЦІЄНТОК З ГЛИБОКИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ З УРАЖЕННЯ КИШКІВНИКА НА ДООПЕРАЦІЙНОМУ ЕТАПІ...	15
Богдан ДУБЕЦЬКИЙ ФАКТОРИ РИЗИКУ ПАТОЛОГІЇ ПУПОВИНИ І ЗВ'ЯЗОК З НЕГАТИВНИМИ ПЕРИНАТАЛЬНИМИ НАСЛІДКАМИ.....	16
Віталій ЗАБОЛОТНОВ, Олена АСТРЕЙКО, Людмила ОЛЕФІР, Руслана СОРОКОТЯГА РЕЗУЛЬТАТ ПОЛОГІВ ПІСЛЯ, ПЕРЕНЕСЕНОЇ КОНСЕРВАТИВНОЇ МІОМЕКТОМІЇ (ВИПАДОК).....	17
Ламійя ІБРАГІМОВА, Зіновій ГЛАДЧУК, Наталія РОЖКОВСЬКА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ КОРРЕКЦІЇ ІСТМОЦЕЛЕ У ЖІНОК З АНОМАЛЬНИМИ МАТКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ, ЩО ПЛАНУЮТЬ ВАГІТНІСТЬ.....	19
Ігор ЛЕВИЦЬКИЙ, Галина ГВОЗДЕЦЬКА, Наталія КІНАШ, Світлана ОСТАФІЙЧУК КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУП ПАЦІЄНТОК З РАННІМИ ГЕСТОЗАМИ.....	21
Тетяна ЛУНЬКО, Анастасія ЛУНЬКО СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ УЛЬТРАСОНОГРАФІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ГРАНИЧНИХ ЕПІТЕЛІАЛЬНИХ ПУХЛИН ЯЄЧНИКІВ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ .....	23
Тетяна ЛУНЬКО, Анастасія ЛУНЬКО СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ДІАГНОСТИЧНІ МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ З ПОГРАНИЧНИМИ ПУХЛИНАМИ ЯЄЧНИКІВ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ..	24
Леся МАКСИМЕНКО, Наталія ГЕНИК ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕБІГУ ПОЛОГІВ ТА ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ У ЖІНОК З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА НА ПРЕГРАВІДАРНОМУ ЕТАПІ.....	26

Жінкам слід запропонувати вибір, і надавати належну консультацію з використанням усіх наявних доказів та керувати ними у підрозділах, які підтримують їх вибір.

### **Література.**

1. Baird D, Dunson DB, Hill MC, et al. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188:100–107.
2. Brito LG, Panobianco MS, Sabino-de-Freitas MM, et al. Uterine leiomyoma: understanding the impact of symptoms on womens' lives. *Reprod Health.* 2014;11:10.
3. Kaminsky VV, Markin LB, Zhuk SI. (2008). Preservation of women's reproductive health is the basis for the formation of a healthy nation. *Health of Ukraine.* [Камінський В.В., Маркін Л.Б., Жук С.І. (2008). Збереження репродуктивного здоров'я жінки – основа формування здорової нації. *Здоров'я України.* № 9: 58-59.
4. Kuzomenska M, Chyrva SI. (2021). Analysis of modern views on the uterine fibroids and methods of its treatmentl. *Women's reproductive health* (3), 41–47. [Кузьоменська, М., & Чирва, С. (2021). Аналіз сучасних поглядів на міому матки та методи її лікування. *Репродуктивне здоров'я жінки.* (3): 41–47.
5. Medvedev MV, Potapov VO, Ruban NK. (2011). Predictors of uterine leiomyoma recurrence after uterine artery embolization. *Current issues of pediatrics, obstetrics and gynecology.* No. 1: 157-160. [Медведєв МВ, Потапов ВО, Рубан НК. (2011). Предиктори рецидивування лейоміоми матки після емболізації маткових артерій. *Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології.* № 1: 157-160.
6. Odejinmi F, Strong S, Sideris M, and Mallick R. Caesarean section in women following an abdominal myomectomy: a choice or a need? *Facts Views Vis Obgyn.* 2020 Mar; 12(1): 57–60.
7. Parazzini F, Tozzi L, Bianchi S. Pregnancy outcome and uterine fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2016;34:74–84.
8. Tatarchuk TF, Kosei NV, Mogilevsky DM. and others (2006). Modern aspects of organ-preserving therapy of uterine leiomyoma. *Women's reproductive health.* T.25; No. 1: 123-129. [Татарчук ТФ, Косей НВ, Могилевский ДМ. и др. (2006). Сучасні аспекти органозберігаючої терапії лейоміоми матки. *Репродуктивне здоров'я жінки.* Т.25; №1: 123-129.
9. Zabolotnov VA, Karapetyan OV, Pamfamirov YUK, Pamfamirova GL, Kucherenko YA, Tatevosyan AG. (2011). Modern views on the etiology, pathogenesis and treatment of uterine mimoma. *Woman's health.* 5(61):15-20.
10. Zhovtenko OV. (2017). Pregnancy and labors at women with a hysteromyoma after reconstructive operations *HEALTH OF WOMAN.* 1(117): 54–55. [Жовтенко О.В. (2017). Вагітність і пологи у жінок з міомою матки після реконструктивних операцій *HEALTH OF WOMAN.* 1(117): 54–55.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ КОРРЕКЦІЇ ІСТМОЦЕЛЕ У ЖІНОК З АНОМАЛЬНИМИ МАТКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ, ЩО ПЛАНУЮТЬ ВАГІТНІСТЬ** Ламійя ІБРАГІМОВА, Зіновій ГЛАДЧУК, Наталія РОЖКОВСЬКА

*Ламійя ІБРАГІМОВА, лікар-інтерн кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету, м. Одеса, Україна, lamiyaibragitova07@gmail.com*

*Зіновій ГЛАДЧУК, аспірант кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету, м. Одеса, Україна. gl.zinoviy@gmail.com*

*Наталія РОЖКОВСЬКА, професор кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету, м. Одеса, Україна, nrozhkovska@ukr.net*

**Вступ.** Дефект рубця на матці, чи істмоцеле або ніша, є відомим ускладненням після кесарева розтину. Частота операції кесаревого розтину складає від 20 до 40 % всіх пологів, утворення ніши може спотерігатись в 25 – 85 % випадків [1, 2]. Останнім часом інтерес до

проблеми рубця на матці значно зріс у зв'язку зі збільшенням частоти кесаревого розтину, особливо повторних операцій. Ускладненнями істмоцеле найчастіше є аномальні маткові кровотечі, вторинне безпліддя, ускладнення наступної вагітності [3]. Отже, актуальним є виявлення істмоцеле поза вагітністю, а також визначення оптимальних показань і методів його корекції [1-3].

**Мета.** Оцінка ефективності лапароскопічної корекції симптомного істмоцеле у жінок з аномальними матковими кровотечами, що планують вагітність.

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням у 2020-2021 роках у відділенні інвазивних методів діагностики і лікування Багатопрофільного медичного центру ОНМедУ перебувало 12 пацієнок репродуктивного віку з істмоцеле після кесаревого розтину. В усіх випадках кесарів розтин було виконано в екстреному порядку за 8 міс – 5 років до початку цього дослідження. Основними скаргами пацієнок були хронічні аномальні маткові кровотечі, вторинне безпліддя. Супутній аденоміоз діагностований у 7 (58,3 %) випадків. Всім хворим проводили комплексне клінічне обстеження, хірургічне лікування та амбулаторне спостереження у післяопераційному періоді. Діагноз істмоцеле підтверджували результатами трансвагінального ультразвукового дослідження. В 2-х випадках застосовували МРТ\_діагностику, в 3-х – попередньо була проведена діагностична гістероскопія. Досліджувана група сформована шляхом суцільної тематичної вибірки.

**Результати та їх обговорення.** Показанням до хірургічного лікування стала наявність симптомного істмоцеле після операції кесаревого розтину у пацієнок репродуктивного віку, які планують вагітність, а також значне погіршення якості життя, що зумовлене аномальними матковими кровотечами.

Лапароскопічний доступ до корекції істмоцеле у жінок, що планують вагітність, забезпечує покращену візуалізацію анатомічних структур і, як наслідок, зменшення ризику пошкодження суміжних органів, зниження крововтрати в процесі висічення рубцевої тканини та виконання метропластики. В 6 випадках лапароскопічний доступ (висічення рубця та метропластика) і комбінували з вагінальним (допоміжні маніпуляції). Інтра- і післяопераційних ускладнень не було. Інтраопераційна крововтрата не перевищувала 50, 0 мл. Загоєння первинним натягом, виписки хворих проведена на 3-тю післяопераційну добу.

У 9 (75 %) пацієнок через 6 місяців після операції виконана контрольна гістероскопія, ніши не візуалізувалися.

Вагітність настала у 5 (41, 7 %) пацієнок через 9-14 місяців після операції і у 3 (25 %) пацієнок завершилося своєчасними оперативними пологамі, 2 (16,6%) пацієнтки виношують вагітність терміном 8-23 тижні, 2 (16,6 %) пацієнтки готуються до програми екстракорпорального запліднення. Решта 5 (41,6 %) жінок вирішили відкласти вагітність. Аномальні маткові кровотечі не спостерігались після лікування в 10 (83,3 %) випадків. В 2 випадках (16,7 %) для контролю маткових кровотеч пацієнтки приймали комбіновані оральні контрацептиви. Покращення якості життя відзначали всі пацієнтки.

**Висновки.** Комбінація сучасних малоінвазивних методів дослідження (ультрасонографія, МРТ, гістероскопія) при істмоцеле після кесаревого розтину значно покращує якість діагностики цієї патології. Лапароскопічна корекція істмоцеле сприяла покращенню якості життя у всіх обстежуваних, настання вагітності та пологів у 41,7 % пацієнок. Використання лапароскопічної корекції істмоцеле покращує візуалізацію анатомічних структур (судин, нервів, сечоводів та сечового міхура), мінімізує інтраопераційну крововтрату та інтра- і післяопераційні ускладнення, зменшує ризик злукового процесу, сприяє прискоренню післяопераційної реабілітації хворих.

#### **Література.**

1. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30646424/> Isthmocele: From Risk Factors to Management

2. Vakalyuk LM. Klinichno neprohnnozovani rezultaty kesarevoho roztynu [Clinically unpredictable results of cesarean section] (2014). Liky Ukrainy – Medicines of Ukraine,
3. Ohorodnyk AO, Davydova YuV, & Butenko LP. Kesariv roztyн: viddaleni naslidky – «nishi» pisliaoperatsiinoho rubtsia [Caesarean section: long-term consequences – "niche" of the postoperative scar] (2018).

## **КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУП ПАЦІЄНТОК З РАННІМИ ГЕСТОЗАМИ**

**Ігор ЛЕВИЦЬКИЙ, Галина ГВОЗДЕЦЬКА, Наталія КІНАШ, Світлана ОСТАФІЙЧУК**

*Ігор ЛЕВИЦЬКИЙ, к.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології ім. І. Д. Ланового, Івано-Франківський національний медичний університет, igvollev@ukr.net*

*Галина ГВОЗДЕЦЬКА, асистент кафедри акушерства та гінекології ім. І. Д. Ланового, Івано-Франківський національний медичний університет, Gvozdetskag\_0310@ukr.net*

*Наталія КІНАШ, к.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології ім. І. Д. Ланового, Івано-Франківський національний медичний університет, natalikinash78@gmail.com*

*Світлана ОСТАФІЙЧУК, д.мед.н, професор завідувач кафедри акушерства та гінекології ім. І. Д. Ланового, Івано-Франківський національний медичний університет  
svitlana.ostafijchuk@gmail.com*

**Вступ.** Ранні гестози є однією з найважливіших проблем охорони материнства та дитинства у всьому світі. В умовах сьогодення частота ранніх гестозів спостерігається в 60–80 % вагітних, а необхідність у госпіталізації і проведенні спеціального лікування виникає у 12–17,8 % вагітних [1]. За даними статистики останнього десятиліття, до 60 % вагітних відзначають нудоту і запаморочення вранці. Відомо, що ранній гестоз важкого ступеня, ускладненнями якого є дегідратація, порушення харчування та обміну, виявляється у 1,5 – 2 % вагітних, у зв'язку з чим лише в США з цієї причини більше 50 000 вагітних щорічно спрямовуються на стаціонарне лікування [2, 7]. Необхідно відзначити, що у 35 % вагітних клінічні прояви раннього гестозу хоч і не призводять до госпіталізації, але значно погіршують якість життя, працездатність і сімейні взаємини [3].

Гестоз – це патологічний стан вагітної, що пов'язаний із розвитком плідного яйця або його елементів і характеризується різноманітністю симптомів [4, 5]. Блювання вагітних не має тенденції до зниження і становить, за даними різних авторів, від 8,5 до 13,5 % [4, 7]. Високий відсоток даної патології зумовлений дією стресових подразників, які посилюють механізми дезадаптації у процесі розвитку вагітності. На даний час відсутнє систематизоване уявлення про етіологію та патогенез розвитку ранніх гестозів. У літературі описано 30 теорій виникнення цієї проблеми. Загально визнаною вважається нервово-рефлекторна та психогенна теорія патогенезу блювання вагітних [4, 6].

**Мета.** Провести проспективний клініко-статистичний аналіз груп пацієнток із ранніми гестозами в анамнезі та виділити провідні фактори ризику у вказаній категорії жінок.

**Матеріали та методи.** У проспективному дослідженні були задіяні 200 жінок: 100 вагітних у першому триместрі гестації, 50 жінок на етапі прекоцепції, у яких попередня вагітність була ускладнена ранніми гестозами та 50 вагітних жінок із фізіологічним перебігом першого триместру вагітності. I і II групи сформували з 100 вагітних із ранніми гестозами, у терміни 5 – 16 тижнів, а III групу – 50 жінок, на етапі підготовки до бажаної планованої вагітності. У контрольну групу увійшли 50 умовно здорових вагітних у терміни гестації 5-16 тижнів. Вагітні I основної групи отримували загальноприйняті лікувальні заходи (препарат емгест, корекція дієти, гепатопротектори і симптоматична терапія), пацієнтки II основної групи отримували розроблений нами комплекс диференційованих лікувально-профілактичних заходів: на прегравідарному етапі отримували протягом 3 місяців до настання вагітності та в першому триместрі вагітності по 2000 ОД на добу препарату АКВАДЕТРИМ перорально та