

**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**



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.