

аутизм, шизофренію, бронхіальну астму та часті респіраторні захворювання. Страждає загальний стан жінки та збільшується частота виникнення акушерських ускладнень: загроза передчасних пологів, дисфункція плаценти, розвиток прееклампсії та гестаційного діабету. Високий рівень стресу спричиняє активацію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі та посилене виділення прозапальних цитокінів інтерлейкіну (IL)-1 β , IL-6 і фактора некрозу пухлини α , також знижується рівень протизапального цитокіну IL-10. Ці запальні маркери та глюкокортикостероїди спричиняють імуносупресію. Стрес стимулює гемопоез і збільшує вивільнення нейтрофілів і моноцитів з кісткового мозку в кровообіг. Хронічний стрес вагітної знижує кількість Т-хелперів у плода, що в подальшому сприяє розвитку онкологічних процесів. Стрес спричиняє дисбактеріоз ШКТ, що призводить до нейрозапалення плода та запалення плаценти.

Висновок: В умовах воєнного стану ведення вагітності має передбачати обов'язкову психологічну підтримку, стабілізацію психоемоційного стану та оцінку психоемоційної напруги кожної вагітної з метою запобігання виникненню ускладнень вагітності. Складні імунологічні процеси, що відбуваються в організмі вагітної під впливом стресу недостатньо вивчені та потребують подальших досліджень, адже саме імуносупресія є провідним механізмом виникнення ускладнень вагітності внаслідок постійного стресу.

К.В. Демакіна

АКУШЕРСЬКЕ НАСИЛЬСТВО: СОЦІАЛЬНИЙ МІФ ЧИ МЕДИЧНА РЕАЛЬНІСТЬ?

Кафедра акушерства та гінекології №2

О.О. Мазченко (к.мед.н.доц.)

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Актуальність : в сучасній медицині все більше уваги привертає до себе проблема акушерського насильства (АН). Через нестачу чіткого визначення цього явища, брак статистичних даних та суперечливі думки серед медичної спільноти викликають дискусії щодо його реального масштабу. Особливо актуальним це питання стає в умовах військового часу, коли вагітність протікає в постійному стресі і важливо мінімізувати негативні враження від пологів, проводячи їх ощадливо.

Мета: оцінити поширеність АН серед жінок, які народжували у пологових будинках України; проаналізувати фактори, що сприяють виникненню цього; визначити шляхи для мінімізації цієї проблеми за допомогою впровадження стандартів пацієнт-орієнтованої акушерської допомоги.

Матеріали та методи: огляд наукової літератури та рекомендацій ВООЗ щодо акушерської допомоги, анонімне опитування онлайн та офлайн серед жінок щодо їхнього досвіду під час пологів, порівняльний аналіз моделей акушерської допомоги в Україні та країнах ЄС, оцінка рівня комунікативних аспектів медичного персоналу щодо надання допомоги породіллям.

Результати: дані опитування показали, що 55% жінок стикалися з грубим або зневажливим ставленням медперсоналу, 32% повідомили про неузгодженні втручання, тобто проведення медичних маніпуляцій без їхньої інформованої згоди, 19% зазначили, що їм відмовили у знеболенні без будь-яких підстав, 10% жінок відзначили, що їхні рухи фізично стримували під час пологів, 21% відчували психологічний тиск під час народження дитини. Які ж фактори сприяють цій проблемі? По-перше, відсутність еталонів комунікації між лікарем та пацієнткою. По-друге, значний рівень психологічного вигорання серед акушерів та дефіцит персоналу. По-третє, недостатній обсяг знань жінок щодо своїх прав у пологовому будинку. А також домінуючий стиль лікарів, який проявляється прийманням рішення без урахування думки роділлі.

Висновки: акушерське насильство є медичною реальністю, а не соціальним міфом, це підтверджують результати досліджень та опитувань. Тому для покращення ситуації потрібно вводити низку заходів, а саме: впровадження стандартів гуманного акушерства, юридичне

закріплення обов'язкової інформованої згоди породіллі перед кожним медичним втручанням, профілактика вигорання та психологічна підтримка серед акушерів і лікарів, проведення освітніх програм для жінок, щоб підвищити їхню обізнаність щодо прав під час пологів. Лише комплексний підхід, що поєднує медичні, правові та освітні зміни, дозволить забезпечити гідні умови для жінок під час пологів та підвищити рівень довіри до системи охорони здоров'я.

К.Джобава, М.Снігур,Л. Багній

ВПЛИВ МОРБІДНОГО ОЖИРІННЯ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ, ІНДУКОВАНОЇ ДОПОМІЖНИМИ РЕПРОДУКТИВНИМИ ТЕХНОЛОГІЯМИ:РИЗИКИ, УСКЛАДНЕННЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ В РЕГІОНАЛЬНОМУ АСПЕКТІ

Кафедра акушерства та гінекології №2

Л.В. Багній (асист., докт. філ.наук)

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
м. Тернопіль, Україна

Актуальність . Враховуючи зростання частоти ожиріння в Україні, важливим є вивчення його впливу на перебіг вагітності, індукованої ДРТ, у регіональному аспекті. Аналіз вагітностей у жінок із надмірною масою тіла та ожирінням на базі ТОКПЦ “Мати і дитина” дозволить визначити масштаби проблеми, оцінити ризики та розробити оптимальні підходи до ведення таких пацієнток на регіональному рівні.

Мета. Оцінити поширеність ожиріння та надмірної маси тіла серед вагітних жінок, які перебували на обліку в ТОКПЦ "Мати і дитина", а також проаналізувати вплив морбідного ожиріння на перебіг вагітності, частоту акушерських ускладнень та перинатальні наслідки.

Матеріали та методи. Проведено аналіз наукових публікацій щодо впливу ожиріння на перебіг вагітності. Ретроспективно вивчено історії хвороби вагітних жінок, які перебували на обліку в ТОКПЦ "Мати і дитина", з метою оцінки поширеності ожиріння та надмірної маси тіла, а також їхнього впливу на частоту акушерських ускладнень та перинатальні наслідки.

Результати. В Україні застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), зокрема екстракорпорального запліднення (ЕКЗ), є важливим напрямом у лікуванні безпліддя. За даними Національної служби здоров'я України, з початку 2024 року послугами ЕКЗ скористалися 346 жінок, з яких у 130 випадках зафіксовано настання вагітності. Водночас в Україні виконується близько 800 циклів ДРТ на 1 мільйон населення, що значно менше, ніж у країнах Європи (1 500–2 500 циклів), що вказує на потенціал для розширення цих послуг. Зростання використання ДРТ відбувається на тлі демографічної кризи: рівень народжуваності в Україні є критично низький, а кількість безплідних пар зростає. Вагітність, індукована ДРТ, потребує особливого контролю через можливі ускладнення, зокрема у жінок із надмірною масою тіла та ожирінням. У період з серпня по листопад 2024 року в ТОКПЦ "Мати і дитина" перебували на обліку 698 вагітних жінок. У 155 (22,2%) з них виявлено надмірну масу тіла або ожиріння. Найбільше таких пацієнток зафіксовано у вересні та листопаді (по 44 випадки), найменше — у серпні (29 випадків). Серед усіх випадків: надмірна маса тіла – 85 жінок (54,8%), ожиріння 1 ступеня – 46 жінок (29,7%), ожиріння 2 ступеня – 13 жінок (8,4%), ожиріння 3 ступеня – 11 жінок (7,1%). Високий рівень ожиріння серед вагітних створює ризики ускладнень, особливо при вагітностях, індукованих ДРТ. Надмірна маса тіла та ожиріння підвищує ризик гестаційного діабету, прееклампсії, анемії, гіпертензії, макросомії плоду, необхідності індукції пологів і кесаревого розтину.

Висновок. Отримані результати свідчать про високу частоту надмірної маси тіла та ожиріння серед вагітних жінок, що стає причиною наступних ускладнень під час вагітності: гестаційні набряки, гестаційний цукровий діабет, анемія вагітних, гіпертензія та прееклампсія, макросомія плоду, індукція пологової діяльності та кесарів розтин. Врахування цього фактора є важливим для