

<i>Левицький Г.О., Шейко В.Д.</i> .....	91
КЛІНІКО-ПРОГНОСТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВАРИАНТІВ ПЕРЕБІГУ ОРГАННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ	
<i>Литовченко С.О.</i> .....	97
ОЦІНКА ВПЛИВУ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ НА ОРТОПЕДИЧНЕ ТА ОРТОДОНТИЧНЕ ЗДОРОВ'Я У ДІТЕЙ	
<i>Оганезян А.Г.</i> .....	102
РОЛЬ ВІЗУАЛІЗАЦІЙНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ В ДИФЕРЕЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ЛОКАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ	
<i>Соловійова Г.О., Цвіренко С.М., Фастовець М.М., Жук Л.А., Рудь К.О.</i> .....	106
ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ В ОЦІНЦІ АДАПТАЦІЙНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ПЕРИНАТАЛЬНИМ УРАЖЕННЯМ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ	
<i>Соловійова Н.М., Сюсюка В.Г.</i> .....	111
АКУШЕРСЬКІ НАСЛІДКИ РОЗРОДЖЕННЯ ЖІНОК З РЕПРОДУКТИВНОЮ ВТРАТОЮ В АНАМНЕЗІ	
<i>Танасієнко П.В.<sup>1</sup>, Гур'єв С.О.<sup>2</sup>, Василов В.В.<sup>3</sup></i> .....	115
МЕТОДИКА КОНВЕРСИЙНОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ ПРИ БОЙОВІЙ ТРАВМІ КІНЦІВОК	
<i>Тягла О.С., Крайдашенко О.В., Кулинич Р.Л., Якименко В.В., Панасенко М.О.</i> .....	120
ПОКАЗНИКИ АКТИВНОСТІ АПОПТОТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ У ХВОРИХ ІЗ ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ІІ СТАДІЇ ТА ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІІ-ІІІ СТАДІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД КЛІНІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОМОРБІДНОСТІ	
<i>Щукін С.П.<sup>1,2</sup>, Гончаров В.Л.<sup>2</sup></i> .....	128
ЗАСТОСУВАННЯ НОВІТНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ЛІКУВАННІ ПОЧАТКОВИХ СТАДІЙ ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ВЕН	
<b>СТОМАТОЛОГІЯ</b>	
<i>Аветіков Г.Д., Локес К.П.</i> .....	133
ДИНАМІКА КЛІНІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ЗАГОЄННЯ ПОСТЕКСТРАКЦІЙНОЇ РАНИ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ МЕЗІАЛЬНО НАХИЛЕНИХ РЕТЕНОВАНИХ НИЖНІХ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ	
<i>Дворник А.В., Ткаченко І.М., Водоріз Я.Ю.</i> .....	138
ВПЛИВ РІЗНИХ ВИБІЛЮЮЧИХ АГЕНТІВ НА МІКРОЕЛЕМЕНТНИЙ СКЛАД ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ	
<i>Дубас М.А., Риберт Ю.О.</i> .....	143
ПОШИРЕНІСТЬ І СТРУКТУРА ЗАХВОРЮВАНЬ ПАРОДОНТА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ РОЗЛАДАМИ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ОКЛЮЗІЇ	
<i>Задорожна С.М.</i> .....	146
ХРОНІЧНИЙ РЕЦИДИВУЮЧИЙ ГЕРПЕТИЧНИЙ СТОМАТИТ: СТРАТЕГІЇ КОМПЛЕКСНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА	
<i>Ільницька О.М.</i> .....	151
ПОШИРЕНІСТЬ ЗАХВОРЮВАНЬ ТКАНИН ПАРОДОНТА У ПРАЦІВНИКІВ ПРОМИСЛОВИХ ВИРОБНИЦТВ ІЗ ШКІДЛИВИМИ ЧИННИКАМИ	
<i>Кіптілий А.В., Аветіков Д.С.</i> .....	155
ЦИТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЦЕСУ ЗАГОЄННЯ РАН У ПАЦІЄНТІВ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ НА РІЗНИХ ТЕРМІНАХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ ПРИ ОДОНТОГЕННИХ ФЛЕГМОНАХ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ	
<i>Коваль Ю.П., Дворник В.М., Перепелова Т.В., Кіндій В.Д., Петренко Р.В., Лугова Л.О.</i> .....	161
АНАЛІЗ ВПЛИВУ БІОМЕХАНІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ЖУВАЛЬНИХ, СКРОНЕВИХ, ЛАТЕРАЛЬНИХ І МЕДІАЛЬНИХ КРИЛОПОДІБНИХ М'ЯЗІВ НА ВИНИКНЕННЯ І ПОДАЛЬШИЙ РОЗВИТОК ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПІДВИЩЕНОГО СТИРАННЯ ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ	
<i>Малко Н.В.<sup>1</sup>, Бандрівський Ю.Л.<sup>2</sup></i> .....	168
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСУ ЛІКУВАЛЬНИХ ЗАХОДІВ У ПІДЛІТКІВ З ХРОНІЧНИМ КАТАРАЛЬНИМ ГІНГІВІТОМ, ЩО ПРОЖИВАЮТЬ НА ЕКОЛОГІЧНО ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЯХ	
<i>Нсженцев Є. Ю., Чертов С. О.</i> .....	173
ЗМІНИ ОПТИЧНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ПРИ ДЕНТАЛЬНІЙ ІМПЛАНТАЦІЇ	
<i>Рамусь А.М., Король Д.М., Рамусь М.О., Тончева К.Д., Малюченко М.М.</i> .....	180
ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ АНКЕТУВАННЯ ЩОДО ЯКОСТІ ПРОТЕЗУВАННЯ НЕЗНІМНИМИ КОНСТРУКЦІЯМИ ЗУБНИХ ПРОТЕЗІВ	
<i>Хатту В.В., Аветіков Д.С., Буханченко О.П., Бойко І.В., Яценко П.І.</i> .....	185
МІНЕРАЛЬНИЙ КОМПОНЕНТ РОТОВОЇ РІДИНИ ЯК ПОКАЗНИК РЕПАРАТИВНОГО ОСТЕОГЕНЕЗУ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ ВИДАЛЕННЯ ЗУБА	
<b>ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА, ФАРМАЦІЯ ТА БІОЛОГІЯ</b>	
<i>Акімов О.Є., Микитенко А.О., Мищенко А.В., Костенко В.О.</i> .....	189
ВПЛИВ ПІКОЛІНАТУ ХРОМУ НА РОЗВИТОК ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ У ДВОГОЛОВОМУ М'ЯЗІ СТЕГНА ЩУРІВ ЗА УМОВ МОДЕЛЮВАННЯ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ	
<i>Ворошилова Т.А., Шепітько В.І., Стецук Є.В.</i> .....	194
АКТИВНІСТЬ КАСПАЗА-3 В ТКАНИНАХ ІНТЕРСТИЦІЮ МІОКАРДА ШЛУНОЧКІВ ПРИ ДОВГОТРИВАЛОМУ БЛОКУВАННІ РЕЛІЗІНГ-ГОРМОНУ У ЩУРІВ САМЦІВ НА ТЛІ ВВЕДЕННЯ КВЕРЦЕТИНУ.	
<i>Kushnir O.Yu., Yaremii I.M., Kushnir O.O., Yaremii K.M.</i> .....	201
EFFECT OF MELATONIN ON PLASMA PYRUVATE LEVELS IN ALLOXAN-INDUCED DIABETIC RATS UNDER DIFFERENT PHOTOPERIODS	

DOI 10.31718/2077–1096.24.4.111

УДК 618.4/.5–092

Соловійова Н.М., Сюсюка В.Г.

**АКУШЕРСЬКІ НАСЛІДКИ РОЗРОДЖЕННЯ ЖІНОК З РЕПРОДУКТИВНОЮ ВТРАТОЮ В АНАМНЕЗІ**

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

*Вступ. Охорона репродуктивного здоров'я жінок має надзвичайно велике медико-соціальне значення в Україні у зв'язку зі зниженням народжуваності, що негативно впливає на динаміку зміни чисельності населення. Особливо дана проблема набула значення з початку повномасштабного вторгнення на територію України. На сьогоднішній день в нашій країні одна з найгірших демографічних ситуацій в Європі. За даними Інституту демографії НАН України, у 2026 році загальна кількість населення України скоротиться до 36 млн., а у 2050 році – до 34,8 млн. осіб. Це пов'язано в першу чергу з низькою народжуваністю, яка тісно корелює з показниками репродуктивних втрат, передусім в терміні до 22 тижнів вагітності. Враховуючи прогнозоване подальше зниження чисельності населення України, першочерговою проблемою демографічної політики має бути збереження та підвищення репродуктивного здоров'я населення, підвищення народжуваності. Тому важливо акцентувати увагу на стратегіях, які здатні зменшити частоту втрат вагітностей. Мета – оцінити акушерські наслідки розродження жінок з репродуктивною втратою в анамнезі. Матеріали і методи. Проведено проспективне дослідження із залученням 75 вагітних жінок, які мали в анамнезі одну репродуктивну втрату. Жінки були поділені на 2 групи: основну групу – 38 вагітних, які були взяті на облік в жіночу консультацію з приводу вагітності та розпочали свою участь у дослідженні після початку повномасштабної війни на території України; групу порівняння – 37 жінок, які перебували на обліку з приводу вагітності до початку повномасштабної війни. Групу контролю склали 30 жінок без репродуктивних втрат в анамнезі. 44,7 % вагітних мали статус внутрішньо переміщеної особи. У всіх жінок проведено аналіз перебігу пологів та післяпологового періоду згідно історій вагітності та пологів (форма №096/о). Ведення вагітності та розродження жінок груп дослідження проводилось згідно чинних Наказів МОЗ України. Варіаційно-статистична обробка результатів здійснювалась з використанням програми «STATISTICA 13». Результати дослідження. Аналізуючи перебіг пологів було встановлено, що у жінок основної групи відсоток передчасних пологів був найвищим і склав 5,3%. Серед жінок, які мали в анамнезі репродуктивні втрати спостерігається суттєво вища частота оперативного розродження, а саме 21,05 % в основній групі та 13,51 % в групі порівняння. Серед показань до оперативних пологів лідируючі позиції займав дистрес плода під час пологів (в I та II періодах) в основній групі та групі порівняння. Слід відмітити також високу частоту пологового травматизму у жінок I та II груп, порівняно з жінками контрольної. Новонароджені з низькою масою тіла були в основній групі (7,9 %) та групі порівняння (2,7 %), чого не було в контрольній групі. Народження плода з макросомією мало місце у 10,7 % жінок з репродуктивною втратою в анамнезі та у 3,3 % у жінок без досвіду репродуктивної втрати. Висновки. За результатами проведеного аналізу встановлено високий ризик розвитку акушерських ускладнень у вагітних жінок, які мали в анамнезі одну репродуктивну втрату, зокрема їх частота вища серед жінок, які стали на облік та спостерігались під час воєнного стану в Україні. Перебіг пологів у жінок з репродуктивною втратою в анамнезі характеризується високою частотою ускладнень (передчасні пологи, дистрес плода у пологах, аномалії пологової діяльності), що мало безпосередній вплив на зростання відсотка оперативного розродження.*

Ключові слова: вагітність, репродуктивна втрата в анамнезі, акушерські ускладнення, пологи, оперативне розродження

Охорона репродуктивного здоров'я жінок має надзвичайно велике медико-соціальне значення в Україні у зв'язку зі зниженням народжуваності, що негативно впливає на динаміку зміни чисельності населення [1]. Особливо дана проблема набула значення з початку повномасштабного вторгнення на територію України. На сьогоднішній день в нашій країні одна з найгірших демографічних ситуацій в Європі [2]. За даними Інституту демографії НАН України, у 2026 році загальна кількість населення України скоротиться до 36 млн., а у 2050 році – до 34,8 млн. осіб [3]. Це пов'язано в першу чергу з низькою народжуваністю, яка тісно корелює з показниками репродуктивних втрат, передусім в терміні до 22 тижнів вагітності. Враховуючи прогнозоване подальше зниження чисельності населення України, першочерговою проблемою демографічної

політики має бути збереження та підвищення репродуктивного здоров'я населення, підвищення народжуваності. Тому важливо акцентувати увагу на стратегіях, які здатні зменшити частоту втрат вагітностей [4].

Щороку в світі відбувається близько 23 мільйони випадків втрат вагітності в першому триместрі, що призводить до 44 втрат вагітності щохвилини. Так, ризик викидня становить 15,3% всіх вагітностей, а ризик втрати вагітності після першого викидня становить 13-17 % [5]. Репродуктивні втрати призводять до глибоких і часто тривалих психологічних наслідків [6]. Фізичний та психологічний вплив викидня може бути руйнівним [7].

Від 10% до 20% вагітностей закінчуються її втратою на ранніх термінах [8, 9]. Приблизно 80% репродуктивних втрат трапляються протя-

гом перших 12 тижнів вагітності. Розуміння причини втрати вагітності дозволяє оцінити ризик рецидиву під час наступної вагітності, оптимізувати тактику ведення даних жінок [10]. Більше половини ранніх втрат є результатом генетичних дефектів, які зазвичай представляються як аномальна кількість хромосом або перегрупування генів в ембріоні [11]. Важливими етіологічними факторами репродуктивних втрат є генетичні, ендокринні, анатомічні, імунологічні, інфекційні та фактори навколишнього середовища. Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендує почекати принаймні 6 місяців після мимовільного абортів, перш ніж знову завагітніти, щоб уникнути ускладнень під час наступної вагітності [12, 13].

Наявність в анамнезі репродуктивної втрати значно збільшує ризик несприятливих наслідків при наступних вагітностях, включаючи передчасні пологи, неонатальну смертність та прееклампсію [14, 15, 16] Існує також зростаючий обсяг досліджень, які показують, що втрати вагітності пов'язані з підвищеним ризиком серцево-судинних захворювань [17, 18].

Мета – оцінити акушерські наслідки розродження жінок з репродуктивною втратою в анамнезі.

#### Матеріали і методи

На базі комунального некомерційного підприємства «Пологовий будинок №9» Запорізької міської ради було проведено проспективне дослідження із залученням 75 вагітних жінок, які мали в анамнезі одну репродуктивну втрату. Жінок розподілили на 2 групи: основна група – 38 вагітних, які стали на облік в жіночу консультацію з приводу вагітності та розпочали свою участь у дослідженні після початку повномасштабного вторгнення на територію України; група порівняння – 37 жінок, які перебували на обліку з приводу вагітності до початку повномасштабного вторгнення. Групу контролю склали 30 жінок без репродуктивних втрат в анамнезі. Критеріями включення вагітних в основну групу дослідження були: одноплідна вагітність, наявність однієї репродуктивної втрати до 22 тижнів вагітності в анамнезі, згода жінки брати участь у дослідженні. Критерії виключення з дослідження: важка супутня екстрагенітальна патологія, від-

мова жінки брати участь у дослідженні.

Відповідно до мети дослідження у всіх жінок проведено аналіз перебігу пологів та післяпологового періоду згідно історій вагітності та пологів (форма №096/о). Ведення вагітності та розродження жінок груп дослідження проводилось згідно чинних Наказів МОЗ України.

Вік жінок, залучених до дослідження в основній групі склав  $30,1 \pm 5,86$  років, в групі порівняння –  $28,8 \pm 6,07$  років та  $26,5 \pm 4,95$  років в контрольній. За професійним статусом суттєвої різниці серед груп не було виявлено. Варто зазначити, що 17 вагітних (44,7 %) мали статус внутрішньо переміщеної особи.

Дослідження відповідає сучасним вимогам морально-етичних норм щодо правил ICH / GCP, Гельсінській декларації (1964 року), Конференції Ради Європи про права людини і біомедицини, а також діючим положенням законодавчих актів України. Обраний напрямок дослідження тісно пов'язаний з планом науково-дослідної роботи кафедри акушерства і гінекології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету. Варіаційно-статистична обробка результатів здійснювалась з використанням програми «STATISTICA 13».

#### Результати дослідження

Аналізуючи перебіг пологів було встановлено, що у жінок основної групи відсоток передчасних пологів був найвищим і склав 5,3%. Відповідний показник в групі порівняння склав 2,7 %. У жінок контрольної групи всі пологи були терміновими. Середній термін вагітності, в якому відбувалися пологи в основній групі склав  $39,21 \pm 1,36$  тижнів, в групі порівняння –  $39,35 \pm 1,23$  тижнів та  $39,6 \pm 0,89$  тижнів в контрольній групі.

Серед жінок, які мали в анамнезі репродуктивні втрати спостерігається суттєво вища частота оперативного розродження, а саме 21,05 % в основній групі та 13,51 % в групі порівняння. Показання до оперативних пологів представлено в таблиці 1. Серед жінок групи контролю оперативно розроджені 10 %. Серед показань лідируючі позиції займав дистрес плода під час пологів (в I та II періодах) в основній групі та групі порівняння.

Таблиця 1.  
Показання до оперативних пологів

Показання	Основна група n = 38	Група порівняння n = 37	Контрольна група n = 30
	Абс. (%)	Абс. (%)	Абс. (%)
Дистрес плода у пологах	5 (13,2 %)	2 (5,4 %)	-
Клінічно вузький таз	1 (2,6 %)	-	-
Великий плід при тазовому передлежанні	1 (2,6 %)	-	-
Первинна слабкість пологової діяльності	1 (2,6 %)	1 (2,7 %)	-
Вторинна слабкість пологової діяльності	-	1 (2,7 %)	-
Ножне передлежання плода	-	-	2 (6,7 %)
Передлежання плаценти	-	1 (2,7 %)	-
Прееклампсія середнього ступеня	-	-	1 (3,3%)

У 7,89 % жінок основної групи перебіг пологів ускладнився затримкою частин посліду. У всіх випадках допомога надавалась в об'ємі ручного обстеження стінок порожнини матки під загальним знеболенням жінок. Епізіотомія в пологах виконувалась роділлям репродуктивною втраченою в анамнезі в 4 рази частіше (8 жінок), ніж жінкам групи контролю (2 жінки). Слід відмітити також високу частоту пологового травматизму у жінок I та II груп, порівняно з жінками з контрольної. Так, в основній групі встановлені розриви піхви у 26,3 % жінок та розрив промежини I ступеня у 18,4 %. З однаковою частотою в даній групі діагностовані розрив промежини II ступеня та розрив шийки матки (по 13,2 % випадків). В групі порівняння розриви піхви мали місце у 37,8 %, а розрив промежини II ступеня у 27,03 %. Розрив шийки матки відбувся у 18,9 % жінок, у 13,5 % встановлено розрив промежини I ступеня. Щодо ускладнень пологів у вигляді розривів м'яких тканин у жінок контрольної групи, то з однаковою частотою були розриви промежини I та II ступеня (по 10 %), піхви - 6,7 %. Слід зазначити, що в групі контролю не було жодного випадку розриву шийки матки. Також варто відмітити, що у жінок всіх груп дослідження не спостерігалось розриву промежини III ступеня.

Аналіз загального стану новонароджених показав, що антропометричні показники у дітей, народжених жінками основної групи склали: вага  $3393,03 \pm 469,14$  г, зріст  $53,18 \pm 2,3$  см; групи порівняння – вага  $3357,57 \pm 413,11$  г, зріст  $52,8 \pm 2,48$  см. Антропометричні показники у дітей, народжених жінками контрольної групи: вага –  $3455,33 \pm 353,7$  г, зріст  $52,87 \pm 1,995$  см. Слід відмітити, що новонароджені з низькою масою тіла були в основній групі (3 дітей (7,9 %)) та групі порівняння (1 дитина (2,7 %)), чого не було в контрольній групі. Народження плода з макросомією мало місце у 10,7 % жінок з репродуктивною втраченою в анамнезі (по 4 випадки в кожній групі відповідно) та у 3,3 % у жінок без досвіду репродуктивної втрати.

Оцінка стану новонароджених за шкалою Апгар на 1-й хвилині після народження показала, що середній бал в основній групі склав  $8,24 \pm 1,1$ , у групі порівняння –  $8,3 \pm 0,7$ , у контрольній групі –  $8,33 \pm 0,55$  балів. На 5-й хвилині оцінка за Апгар в основній групі склала  $8,58 \pm 0,92$ , в групі порівняння –  $8,81 \pm 0,7$ , у контрольній групі –  $8,9 \pm 0,55$  балів. На відміну від контрольної групи, в I та II групах відмічено народження по 1 дитині з оцінкою  $\leq 6$  балів на 1-й хвилині.

Термін перебування породіль в післяпологовому відділенні до моменту виписки в I групі склав  $5,84 \pm 1,39$  діб, в II групі –  $5,0 \pm 1,76$  діб, в контрольній групі –  $4,97 \pm 1,35$  діб, що вказує на подовження терміну перебування в пологовому будинку жінок, які мали репродуктивну втрату в анамнезі.

## Обговорення

За результатами проведеного аналізу встановлено високий ризик розвитку акушерських ускладнень у вагітних жінок, які мали в анамнезі одну репродуктивну втрату, зокрема їх частота вища серед жінок, які стали на облік та спостерігались під час воєнного стану в Україні. Адекватна ідентифікація потенційних факторів ризику ускладнень вагітності та пологів у жінок з обтяженим репродуктивною втраченою анамнезом має вирішальне значення для покращення акушерських та перинатальних наслідків, попередження повторної репродуктивної втрати. Такі жінки мають підвищений ризик ускладнень перебігу наступної вагітності порівняно з жінками, які не мають досвіду репродуктивної втрати. Чим коротший інтервал між втраченою та наступною вагітністю, тим вищий ризик несприятливих наслідків розродження. Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендує відкласти вагітність на 6 місяців після репродуктивної втрати, щоб досягти оптимальних результатів під час наступної вагітності [13]. Доведено, що вагітні з досвідом репродуктивної втрати мають статистично значущі підвищені шанси на народження дітей з низькою масою тіла [14]. Науковцями все частіше показується прямий вплив досвіду репродуктивної втрати на перебіг наступної вагітності. Жінки з таким анамнезом частіше народжують передчасно ( $<37$  тижнів вагітності) або дуже передчасно ( $<32$  тижні вагітності). Також у даній когорти жінок спостерігається висока частота виникнення ускладнень в пологах [16]. В нашому дослідженні підтверджені ці дані, адже частота ускладнень перебігу пологів у жінок з репродуктивною втраченою в анамнезі була вищою, порівняно з жінками без цього досвіду. Ситуація зі станом і динамікою основних складових репродуктивних втрат України в XXI ст. зумовлює доцільність подальшого розвитку служби планування сім'ї, формування комплексної медико-соціальної програми корекції репродуктивної поведінки та поліпшення репродуктивного здоров'я жінок [14]. Дані свідчать про те, що жінки, які зазнали репродуктивної втрати, мають більш високий ризик психологічних захворювань, часто відчувають підвищене занепокоєння, страх та тривогу під час наступних вагітностей. Показано, що у жінок, які мали досвід репродуктивної втрати збільшується ризик мертвонародження, відшарування плаценти та затримки росту плоду, серцево-судинних захворювань, венозного тромбозу під час майбутньої вагітності [6,17]. Необхідні подальші дослідження щодо профілактики репродуктивних втрат та оптимізації тактики ведення вагітності у жінок, які мали такий досвід з метою мінімізації акушерських та перинатальних ускладнень. Доведено, що нормалізація способу життя не лише жінок з досвідом втрати вагітності, а й їхніх чоловіків позитивно впливає на перебіг вагітності та пологів [7].

## Висновки

1. Перебіг пологів у жінок з репродуктивною втратою в анамнезі характеризується високою частотою ускладнень (передчасні пологи, дистрес плода у пологах, аномалії пологової діяльності), що мало безпосередній вплив на зростання відсотка оперативного розродження.

2. Результати проведеного аналізу акушерських наслідків розродження жінок з однією репродуктивною втратою в анамнезі свідчить про високу частоту пологового травматизму.

3. У вагітних з однією репродуктивною втратою в анамнезі частота ускладнень вища в групі жінок, які стали на облік та спостерігались під час воєнного стану в Україні по порівнянню з жінками, які перебували на обліку та розродженні до початку повномасштабного вторгнення.

## Особистий внесок авторів

Соловійова Н.М. – г) збір та узагальнення даних, д) аналіз та інтерпретація результатів, е) написання рукопису;

Сюсюка В.Г. - а) концепція та дизайн, ж) редагування рукопису, з) остаточне затвердження рукопису.

## Конфлікт інтересів

Відсутній

## References

- Hoyda NH, Oktysiuk ZhS. Analiz deiakykh pokaznykiv reproduktyvnoho zdorovia zhinochoho naselennia v Ukraini [Analysis of some indicators of the reproductive health of the female population in Ukraine]. Ukrainian medical journal. 2022; 5(151)1-3. (Ukrainian).
- Shchorichnyi zvit pro stan zdorovia naselennia Ukrainy ta epidemichnu situatsiiu za 2022 rik [Annual report on the state of health of the population of Ukraine and the epidemic situation for 2022]. Kyiv; 2023. 39 p. (Ukrainian).
- Pantyley V. Demographic and health situation of children in conditions of economic destabilization in the Ukraine. Ann Agric Environ Med. 2014;21(1):79-85.
- Marushko RV, Dudina OO, Marushko TL. Reproductive losses in Ukraine: current situation. Ukrainian Journal of Perinatology and Pediatrics. 2022;1(89):5-10. doi:10.15574/PP.2022.89.5.

- Quenby S, Gallos ID, Dhillon-Smith RK, Podesek M, Stephenson MD, Fisher J, Brosens JJ, Brewin J, Ramhorst R, Lucas ES, McCoy RC, Anderson R, Daher S, Regan L, Al-Memar M, Bourne T, MacIntyre DA, Rai R, Christiansen OB, Sugiura-Ogasawara M, Odendaal J, Devall AJ, Bennett PR, Petrou S, Coomarasamy A. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *Lancet*. 2021;1,397(10285):1658-1667. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00682-6.
- Bilardi JE, Temple-Smith M. We know all too well the significant psychological impact of miscarriage and recurrent miscarriage: so where is the support? *Fertil Steril*. 2023;120(5):937-939. doi: 10.1016/j.fertnstert.2023.08.951.
- Dhillon-Smith RK, Melo P, Kaur R, Fox E, Devall A, Woodhead N, Coomarasamy A. Interventions to prevent miscarriage. *Fertil Steril*. 2023;120(5):951-954. doi: 10.1016/j.fertnstert.2023.08.955.
- American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins-Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 200: Early Pregnancy Loss. *Obstet Gynecol*. 2018;132(5):e197-e207.
- Benson LS, Holt SK, Gore JL, Callegari LS, Chipman AK, Kessler L, Dalton VK. Early Pregnancy Loss Management in the Emergency Department vs Outpatient Setting. *JAMA Netw Open*. 2023;01,6(3):e232639.
- Flint S, Gibb DM. Recurrent second trimester miscarriage. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 1996;8(6):449-53.
- Melo P, Dhillon-Smith R, Islam MA, Devall A, Coomarasamy A. Genetic causes of sporadic and recurrent miscarriage. *Fertil Steril*. 2023;120(5):940-944. doi: 10.1016/j.fertnstert.2023.08.952.
- Tesemma GA, Håberg SE, Pereira G, Regan AK, Dunne J, Magnus MC. Interpregnancy interval and adverse pregnancy outcomes among pregnancies following miscarriages or induced abortions in Norway (2008-2016): A cohort study. *PLoS Med*. 2022;22,19(11):e1004129. doi: 10.1371/journal.pmed.1004129.
- Kangatharan C, Labram S, Bhattacharya S. Interpregnancy interval following miscarriage and adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2017;1,23(2):221-231. doi: 10.1093/humupd/dmw043.
- Wu CQ, Nichols K, Carwana M, Cormier N, Maratta C. Preterm birth after recurrent pregnancy loss: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril*. 2022;117(4):811-819. doi: 10.1016/j.fertnstert.2022.01.004.
- Lamont K, Scott NW, Jones GT, Bhattacharya S. Risk of recurrent stillbirth: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2015;350(8014):h3080.
- Field K, Murphy DJ. Perinatal outcomes in a subsequent pregnancy among women who have experienced recurrent miscarriage: a retrospective cohort study. *Hum Reprod*. 2015;30(5):1239-1245.
- Wang YX, Mínguez-Alarcón L, Gaskins AJ, et al. Pregnancy loss and risk of cardiovascular disease: the Nurses' Health Study II. *Eur Heart J*. 2022;43(3):190-199. doi:10.1093/eurheartj/ehab737.
- Tsulukidze M, Reardon DC, Craver C. Effects of prior reproductive losses on risk of cardiovascular diseases within six months of a first live birth. *Int J Cardiol Cardiovasc Risk Prev*. 2024;21:200260. doi:10.1016/j.ijcrp.2024.200260.

## Summary

### OBSTETRIC OUTCOMES OF DELIVERY IN WOMEN WITH A HISTORY OF REPRODUCTIVE LOSS

Soloviova N.M. Syusyuka V. H.

Key words: pregnancy, reproductive loss in history, obstetric complications, childbirth, operative delivery.

**Relevance.** The protection of women's reproductive health holds significant medical and social importance in Ukraine, especially in light of the declining birth rate, which adversely impacts population dynamics. This issue has become even more critical since the onset of the full-scale invasion of Ukraine. Currently, Ukraine faces one of the most challenging demographic situations in Europe. According to the Institute of Demography of the National Academy of Sciences of Ukraine, the country's total population is projected to decrease to 36 million by 2026 and to 34.8 million by 2050. This decline is largely attributed to low fertility rates, which are closely linked to reproductive losses, particularly during pregnancies up to 22 weeks.

Given the forecasted population decline, addressing the preservation and enhancement of reproductive health and increasing birth rates must become a priority in demographic policy. Therefore, implementing strategies to reduce pregnancy loss is critical for improving Ukraine's demographic future.

**Aim:** to assess the obstetric outcomes of childbirth in women with a history of reproductive loss.

**Materials and Methods.** A prospective study was conducted involving 75 pregnant women with a history of one reproductive loss. The participants were divided into two groups: the main group comprised 38 pregnant women who enrolled in a women's consultation regarding pregnancy and began their participation in the study after the onset of the full-scale war in Ukraine; the comparison group included 37 women who registered for pregnancy before the war began. The control group involved 30 women without a history of reproductive losses. 44.7% of pregnant women had the status of an internally displaced person. All women

underwent an analysis of the course of childbirth and the postpartum period according to the histories of pregnancy and childbirth (form No. 096/o). Management of pregnancy and delivery of women in the research groups was carried out in accordance with the current Orders of the Ministry of Health of Ukraine. Variational and statistical processing of the results was carried out using the "STATISTICA 13" program.

Results. Analysis of childbirth outcomes revealed that the highest percentage of premature births occurred in the main group, accounting for 5.3%. Women with a history of reproductive loss demonstrated a significantly higher rate of operative deliveries—21.05% in the main group versus 13.51% in the comparison group. The primary indication for operative delivery in both groups was fetal distress during labor (in the first and second stages). Moreover, birth trauma was more frequent in the main and comparison groups compared to the control group. Newborns with low birth weight were reported in 7.9% of cases in the main group and 2.7% in the comparison group, while no such cases were observed in the control group. The incidence of macrosomia was 10.7% among women with a history of reproductive loss, compared to 3.3% in women without such a history.

Conclusions. The findings highlight a high risk of obstetric complications among pregnant women with a history of one reproductive loss, particularly those monitored during martial law in Ukraine. These women experienced a significantly higher incidence of complications, including premature birth, fetal distress during labor, and labor anomalies, which directly contributed to an increased rate of operative deliveries.

DOI

УДК 617.581:004.94

Танасієнко П.В. <sup>1</sup>, Гур'єв С.О. <sup>2</sup>, Василов В.В. <sup>3</sup>

## МЕТОДИКА КОНВЕРСІЙНОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ ПРИ БОЙОВІЙ ТРАВМІ КІНЦІВОК

<sup>1</sup> - Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова;

<sup>2</sup> - ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України»

<sup>3</sup> - ОКНП "Чернівецька обласна клінічна лікарня"

*Для досягнення найкращих результатів лікування у складних випадках, пов'язаних із важкою мінно-вибуховою травмою, у світі розроблений поетапний підхід із зовнішньою фіксацією для початкової стабілізації з подальшою остаточною реконструкцією за допомогою внутрішніх фіксаторів. Метою нашого дослідження було визначити можливість конверсійного остеосинтезу при наданні медичної допомоги постраждалим від сучасних бойових дій. Для виконання цілей нашого дослідження ми провели аналіз 174 випадків пошкоджень довгих кісток, отриманих в результаті сучасних бойових дій під час повномасштабного вторгнення росії у період з 2022 по 2024 роки. Результати лікування постраждалих основної групи характеризувалися збільшенням середньостатистичних термінів консолідації, характерних для закритих переломів, але низькою частотою розвитку хибних суглобів і зрощень із деформаціями сегмента. Частота сповільненого зрощення уламків була на 7,7% менше у порівнянні з постраждалими контрольної групи. Зрощення уламків кісток з деформацією у пацієнтів основної групи було 8,6% випадків, а у контрольній групі у 13,8% випадків. Хибні суглоби кісток у постраждалих основної групи розвинулись на 4,8% рідше, чим у поранених контрольної групи. Інфекційні ускладнення поранених, що увійшли в основну групу, розвинулись в 5,4% спостережень. У більшості з них спостерігалось поверхнєве нагноєння, що було виявлено у 80,0% з них. Глибоке нагноєння з розвитком остеомієліту було виявлено у 1 пацієнта, що становило 1,1% масиву основної групи. Проведене дослідження підтвердило доцільність конверсійного остеосинтезу у лікуванні хворих з бойовою травмою кінцівок. Використання методики переходу з фіксації уламків апаратом зовнішньої фіксації на внутрішній остеосинтез (конверсія) сприяло скороченню термінів стаціонарного лікування пацієнтів із переломами довгих кісток та значно покращило результати лікування, однак все ще не розроблені показання, методики та хронометраж використання конверсійного остеосинтезу при лікуванні пацієнтів з переломами довгих кісток у постраждалих від сучасних бойових дій.*

Ключові слова: поранені, конверсія, остеосинтез, лікування, ускладнення.

### Вступ

Сучасна високоенергетична бойова травма викликає глибокі і обширні пошкодження тканин, в значній мірі обмежуючі можливості відновлення і діапазон лікувальних заходів. Основними факторами при виборі оптимального методу лікування відкритих переломів кісток кінцівок являються загальний стан пацієнта, стан м'яких

тканин, ступінь, глибина та розповсюдженість пошкодження, що визначає тактику і хід лікувального процесу, а також його вихід і віддалені результати [3]. Поєднаний характер пошкоджень кількох сегментів опорно-рухового апарату, властивий мінно-вибуховим пораненням, значно ускладнює діагностику. Наявність поєднаних поранень призводить до розвитку синдрому взає-