

Non-governmental Organization
International Center of Scientific Research

SCIENTIA
COLLECTION OF SCIENTIFIC PAPERS

with the proceedings of the
XI International Scientific and Theoretical Conference

Science of XXI Century: Development, Main Theories and Achievements

November 6, 2026

The Hague; The Netherlands

Hosted by an authorized Crossref member with the support of the
Institute of Scientific and Technical Integration and Cooperation

Published online by Primedia E-launch LLC (USA)
Published in print by LLC UKRLOGOS Group (Ukraine)

✔ ISO 2108:2005 ✔ ISO 1086:1991 ✔ ISO 7275:1985

The Hague, 2026

SECTION XVII.
VETERINARY MEDICINE AND ANIMAL HEALTH

LABORATORY DIFFERENTIATION OF FOCAL LIVER LESIONS IN CATS: COMPARATIVE ANALYSIS OF BIOCHEMICAL MARKERS IN STEATOSIS, LIPOMATOSIS, AND NEOPLASTIC PROCESSES
Polozenko V. **115**

SECTION XVIII.
CLINICAL, FAMILY AND PEDIATRIC MEDICINE

NEUROPHYSIOLOGICAL MARKERS OF COGNITIVE DYSFUNCTION IN CHRONIC CEREBRAL ISCHEMIA ASSOCIATED WITH RENAL DYSFUNCTION
Ma'murova M. M., Shomurodova D. S., Mansurov J. S., Ma'murova M. M. **119**

RISK FACTORS FOR SECONDARY HYPOTHALAMIC AMENORRHEA
Eshonkhodjaeva D. D., Babadjanova G. S., Urinbaeva N. A. **121**

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ СИНДРОМУ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ УВІ СНІ У ПАЦІЄНТІВ З ОЗНАКАМИ ОЖИРІННЯ
Михайлюк Д. В., Ваш О. А. **124**

ХВОРОБА ВІЛЬСОНА У ДІТЕЙ
Денисова Д. О., Рибка О. С. **127**

ХИМЕРНА ЛЕЙОМІОМА МАТКИ ТА ВАГІТНІСТЬ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК
Кирилюк О. Д., Шевченко А. О., Онопченко С. П., Гайдай Н. В., Земляна Н. А. **131**

SECTION XIX.
DENTISTRY AND MAXILLOFACIAL MEDICINE

TOPICAL BACTERIOPHAGE THERAPY IN RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS: A COMPARATIVE CLINICAL STUDY
Alimova D., Eshimova P. **139**

SECTION XX.
PSYCHOLOGY, PSYCHIATRY AND MENTAL HEALTH

ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ БУЛІНГУ ТА КІБЕРБУЛІНГУ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ В УМОВАХ ОСВІТНІХ ЗАКЛАДІВ
Чорна К. І. **145**

МІШЕНІ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ВПЛИВУ ПРИ ЕМОЦІЙНОМУ ВИГОРАННІ У ЛІКАРІВ-ПСИХІАТРІВ ТА ЛІКАРІВ-НАРКОЛОГІВ
Марута Н. О., Панько Т. В., Явдак І. О., Гончаренко І. А. **149**

ОСОБЛИВОСТІ ПОДОЛАННЯ БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ У ВІЙСЬКОВО-СЛУЖБОВЦІВ З РІЗНИМ РІВНЕМ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ
Назарова М. А. **154**

Кирилюк Олександр Дмитрович
кандидат медичних наук, доцент закладу вищої освіти кафедри акушерства і гінекології
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет; Україна

Шевченко Анна Олександрівна
кандидат медичних наук, асистент кафедри акушерства і гінекології
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет; Україна

Онопченко Світлана Павлівна
кандидат медичних наук, асистент кафедри акушерства і гінекології
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет; Україна

Гайдай Наталія Вікторівна
кандидат медичних наук, доцент закладу вищої освіти кафедри акушерства і гінекології
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет; Україна

Земляна Наталія Анатоліївна
PhD, асистент кафедри акушерства і гінекології
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет; Україна

ХИМЕРНА ЛЕЙОМІОМА МАТКИ ТА ВАГІТНІСТЬ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Лейоміома матки (ЛМ) є поширеною гінекологічною патологією на тлі якої розвивається репродуктивна дисфункція, починаючи від менорагії й тазового болю до безпліддя, повторного викидня і передчасних пологів, та обумовлює її значний внесок у захворюваність жіночого населення [1].

ЛМ відносяться до моноклональних пухлин, які виникають із гладком'язової тканини матки, тобто міометрія, та складаються з невпорядкованих міофібробластів, заглиблених у великій кількості поза клітинного матриксу, який становить значну частку новоутворення [2]. Псевдокапсула ЛМ являє собою фіброзно-нейроваскулярну структуру, яка оточує пухлину і тим самим відокремлює її від нормального периферичного міометрія [3].

Лейоміома з химерними ядрами також відома як симпластична лейоміома, є гістологічним підтипом доброякісної лейоміоми з бізарними ядрами, або LBN (ЛБН). Диференціація ЛБН від інших доброякісних підтипів лейоміоми, пухлин гладеньких м'язів матки з невизначеним злоякісним потенціалом (ПММ) або лейоміосаркоми (ЛМС) може бути діагностично складною через перекриття ознак у клінічній картині та патологоанатомічному морфологічному аналізі. Складність диференціації ЛБН від інших уражень, особливо від ЛМС, та потенціал ЛБН до подальшої злоякісної трансформації роблять ЛБН важливою темою досліджень [4].

ЛБН об’єднує групу пухлин гладких м'язів матки з широким спектром гістологічних та клінічних проявів та виразною ядерною атипією. До них належать лейоміома з дефіцитом фумаратгідратази (FH-LM), внутрішньовенний лейоміоматоз (IV-LM) та лейоміома з химерними ядрами (LM-BN). Інші мезенхімальні пухлини матки, такі як периваскулярна епітеліоїдна пухлина (PEComa) та запальні міофібробластичні пухлини (IMFT), є імітаторами лейоміоми з ядерною атипією. LM-BN є первинною моделлю пухлини з довгою історією в гінекологічній патології, але гістогенез LM-BN залишається значною мірою невідомим. Диференціація LM-BN від інших доброякісних варіантів, пухлин з невизначеним злоякісним потенціалом (STUMP) або повністю злоякісної лейоміосаркоми (LMS) може бути діагностично складною [5].

ЛБН – це рідкісна пухлина з гістологічними ознаками (мононуклеарні або багатоядерні клітини химерної форми, які можуть мати дифузне розподілення, помітні ядерця та каріорезистивні ядра, що можуть імітувати атипові мітози), що часто призводить до плутанини з лейоміосаркомою [6].

Гістопатологічне дослідження є важливим для диференціації ЛБН від інших захворювань. Патологоанатомічний забір проб та морфологічне дослідження залишаються ключем до діагностики. Допоміжні імуногістохімічний (ІГХ) та молекулярно-генетичний аналізи можуть бути корисними інструментами для диференціальної діагностики. Крім того, сироваткові біомаркери та візуалізаційні дослідження також можуть бути корисними в діагностиці. Слід звертати увагу на диференціацію між ЛБН та ЛМС, оскільки морфологічна діагностика в деяких випадках все ще може бути складною [7].

Остаточний діагноз пухлин гладких м'язів матки важливий для визначення прогнозу пацієнтки та найбільш відповідного терапевтичного підходу. Злоякісні морфологічні критерії, такі як висока швидкість мітозу та некроз пухлинних клітин, слід виключити при діагностиці LBN [4].

Поширеність ЛМ під час вагітності коливається від 1,6% до 10,7% залежно від віку та етничної належності. У жінок віком 19-25 років частота становить близько 12%, тоді як у віковій групі 35-42 роки цей показник зростає до 32%. Найвищу поширеність (14%) зафіксовано серед афроамериканок. З огляду на глобальну тенденцію до збільшення материнського віку, слід очікувати зростання частоти виявлення міом під час вагітності [8].

У більшості випадків ЛМ не створюють серйозних перешкод для вагітності. Незначні та середні за розмірами ЛМ зазвичай не впливають на

перебіг вагітності і не заважають нормальному розвитку плода. У рідкісних випадках ці утворення можуть збільшувати ризик певних ускладнень. До них відносяться: передчасне відшарування плаценти (найвищий ризик пов'язаний із субмукозними та ретроплацентарними вузлами, а також діаметром 7-8 см; передчасні пологи, ризик вищий при множинних міомах (18% проти 6% при поодиноких та при діаметрі 7-8 см); сідничне (тазове) передлежання плода; передлежання плаценти (ризик вищий при міомах 5см); кесарів розтин; післяпологова кровотеча [9].

У деяких випадках ЛМ може збільшуватися через підвищення рівня естрогену та прогестерону. Зростання ЛМ під час вагітності зумовлене підвищенням статевих стероїдів та посиленням маткового кровотоку. Експресія естрогенових рецепторів у міоматозних вузлах вища, ніж у прилеглому міометрії. Хоріонічний гонадотропін людини також впливає на ріст міом, що пояснює їх часте збільшення саме на ранніх термінах. До 71,4% ЛМ збільшуються в розмірі між першим та другим триместрами. Менші вузли мають більший потенціал до зростання порівняно з великими. У другому та третьому триместрах розмір зазвичай стабілізується [10].

Дегенерація є найпоширенішим ускладненням, що виникає у 8% вагітних з ЛМ. Механізм полягає у гострому переферичному тромбозі з подальшим інфарктом та некрозом вузла. Характерна клінічна картина: раптовий локальний біль у животі, субфебрилітет, нудота, блювання, локальна болючість над міомою, лейкоцитоз. Симптоми зазвичай з’являються наприкінці першого, на початку другого триместру [11].

Початковою терапією є консервативне ведення: знеболювання, гідратація, а потім хірургічне втручання. Нестероїдні протизапальні препарати можуть застосовуватись протягом 48 годин. Управління з контролю за харчовими продуктами та лікарськими засобами США рекомендує уникати їх після 30 тижнів гестації та обмежувати дозу між 20 і 30 тижнями через ризик передчасного закриття артеріальної протоки, а також некротизуючого ентероколіту, легеневої гіпертензії та маловоддя [12].

У рідкісних випадках, коли консервативне лікування неефективне або стан пацієнтки погіршується, може бути розглянуто хірургічне втручання. Це може включати міомектомію (видалення лейоміоми) або кесарів розтин, якщо стан загрожує вагітності та життю матері [13].

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Вагітна О., 35 років, жителька Запорізької області, 30.11.20024р. госпіталізована до відділення гінекології перинатального центру в терміні 18 тижнів вагітності зі скаргами на тягнучий біль в нижніх відділах живота різної

інтенсивності, яка з'явилася раптово зранку. Самостійно приймала папаверин, парацетамол, прогестерон.

Діагноз при госпіталізації: Вагітність І, 19 тижнів. Загроза викидня. Інтрамуральна лейоміома матки (великих розмірів). Дана вагітність перша, бажана. Жінка перебуває на обліку у жіночій консультації за місцем проживання з 10 тижнів вагітності. На диспансерному обліку з приводу ММ знаходиться 7 років, коли був діагностована наявність інтрамурального лейоміоматозного вузла діаметром до 8,0 мм. Лікування не отримувала. У 2016 та 2017 роках була проведена двічі гістерорезектоскопія з приводу поліпа ендометрія. Соматичний анамнез не обтяжений.

При проведені клініко-лабораторного обстеження було виявлено підвищення гострофазових показників, а саме збільшення лейкоцитів з 9.4-10/л до 11,7-10/л, швидкість осідання еритроцитів до 26 мм/год, С-реактивний білок- 20мг/л. При ультразвуковому дослідженні (УЗД) по передній стінці матки зліва констатована наявність інтрамурального міоматозного вузла 130*108*89 мм, неоднорідної структури з анехогенними й гіперехогенними включеннями та наявністю кровообігу навколо нього у режимі КДК. Плацента розташована по задній стінці, товщиною 16,3 мм, нижній край її вище внутрішнього вічка на 70 мм, шийка матки довжиною 34,0 мм, внутрішнє вічко зімкнуто, Т- подібне. За висновком УЗД фетометрія відповідає терміну гестації 19 тижнів та 3дні. Вузлова міома тіла матки з ознаками дегенеративних змін (рис.1).

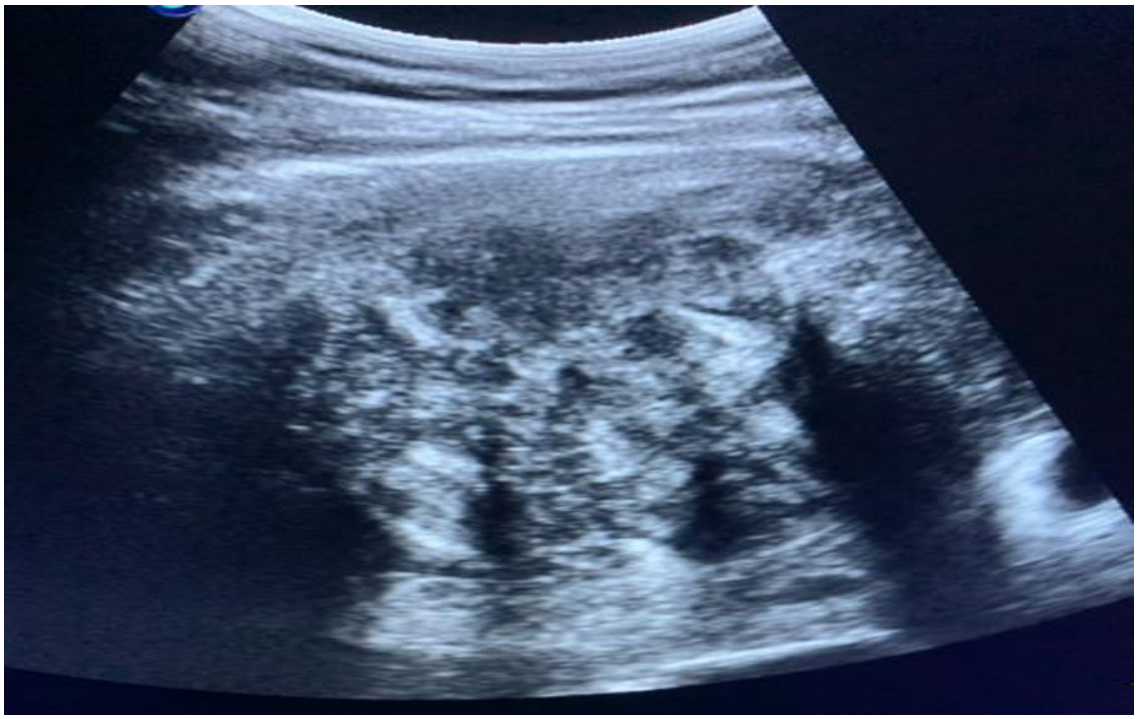


Рис.1 **Лейоміома матки при ультразвуковому дослідженні**

Враховуючи скарги вагітної, наявність больового синдрому, дані ехографії був виставлений клінічний діагноз: Вагітність І, 19 тижнів. Вузлова субсерозно-інтрамуральна лейоміома матки великих розмірів. Некроз вузла.

Враховуючи задовільний стан пацієнтки, прогресуючу маткову вагітність в терміні 19 тижнів, консиліум лікарів обрав консервативну тактику ведення, призначив протизапальну та інфузійну терапію. Загальний стан вагітної дещо покращився, зменшився больовий синдром. Однак, 02.12.2024 року болі внизу живота посилилися, з'явилися ознаки інтоксикації: виражена слабкість, субфебрильна температура тіла (37,4^0 С). При клініко-лабораторному обстеженні виявлено прогресування ознак запального процесу: гемоглобін -96 г/л, швидкість зсідання еритроцитів - 50 мм/год та підвищення рівня маркера гострої фази, а саме С-реактивного білка – 30 мг/л.

У зв'язку з неефективністю консервативної терапії, було прийнято рішення про оперативне лікування в ургентному порядку. З пацієнткою обговорені можливі негативні сценарії перебігу вагітності.

Після отримання письмої згоди на оперативне втручання 02.12.2024 року проведено оперативне втручання – нижньосередина лапаротомія, корсервативна міомектомія в об'ємі енуклеації лейоміоматозного вузла передньої стінки матки в межах здорового міометрію з дренуванням черевної порожнини. Загальна крововтрата склала 150 мл. За данними контрольного УЗД плода та плаценти – констатовано прогресування вагітності (рис.2 та рис.3).

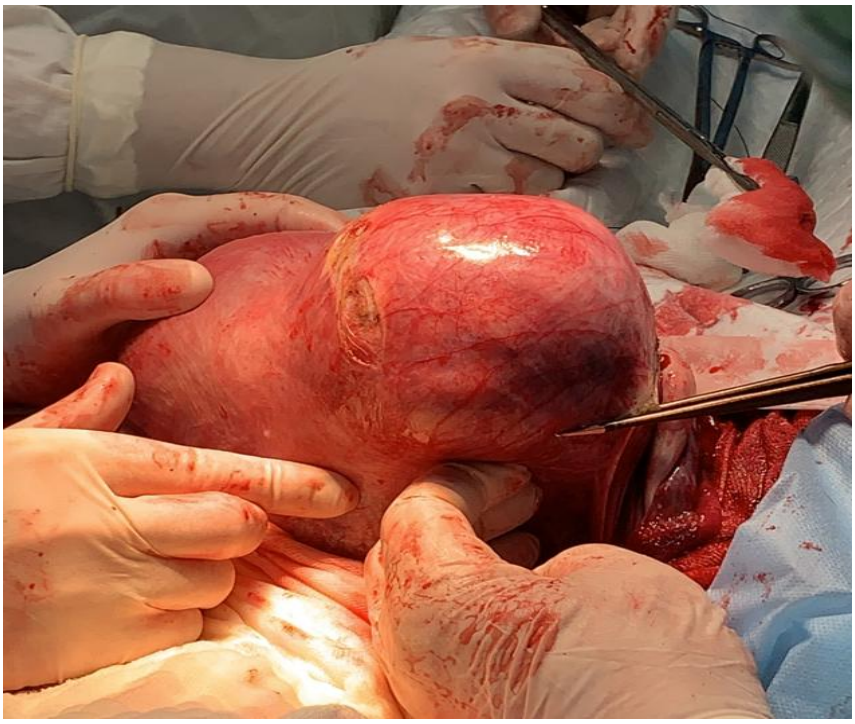


Рис. 2. **Вагітна матка із міоматозним вузлом**

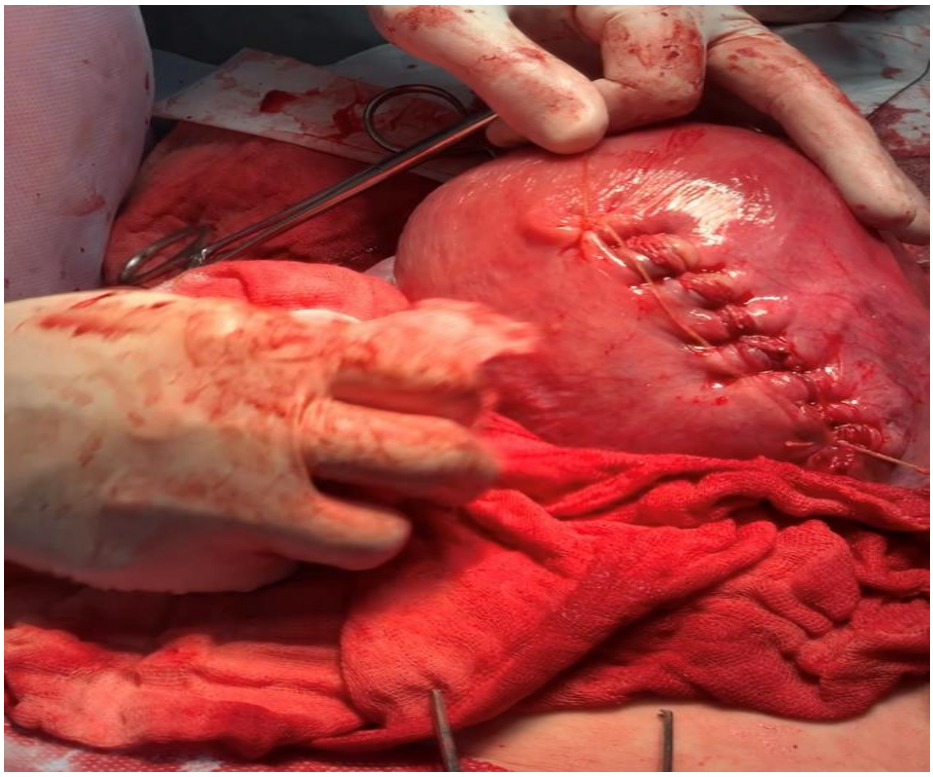


Рис. 3. **Матка після енуклеації міоматозного вузла після ушивання**

Макроскопічний опис препарата: при розрізі видаленого вузла 140*90*120 мм, виявлені ділянки некрозу з нагноєнням, які розташовані в центральній частині вузла. За висновком патогістологічного дослідження: Фібролейоматозний вузол (причудлива фібролейоміома з ділянками епітеліоїдної тканини) з вираженим гіалінозом, вогнищевим повнокров'ям кровоносних судин та крововиливами. ІСД-О 8890/0 (рис.4).

Після операції вагітна отримувала антибактеріальну, антианемічну та гормональну терапію. Пацієнтка виписана у задовільному стані з прогресуючою вагітністю в терміні 19 тижнів. Загоєння післяопераційної рани відбулося первинним натягом. В подальшому спостереження за вагітною відбувалось в жіночий консультації за місцем проживання, із застосуванням щомісячного ехографічного моніторингу стану післяопераційного рубця на матці та стану внутрішньоутробного плода. У терміні 37-38 тижнів вагітну планово госпіталізували для допологового спостереження та визначення терміну розродження, а у 38-39 тижнів шляхом планового кесаревого розтину в нижньому сегменті матки народилася доношена дівчинка вагою 2800 г, довжиною 48 см, з оцінкою за шкалою Апгар 8/8 балів. Огляд місця видаленого вузла на матці – без видимих дефектів її стінки та злукових утворень. Крововтрата під час операції склала 700 мл. Породілля разом з дитиною, виписана на 5-ту добу у задовільному стані.



Рис. 4 **Макропрепарат видаленого міоматозного вузла**

Висновки

Лікування LM-BN слід проводити консервативно, оскільки багато пацієнток перебувають у репродуктивному віці, з відповідним спостереженням, особливо для пухлин великих розмірів, з високою щільностю та дифузною ядерною атипією. Візуалізаційне дослідження органів малого тазу, а саме ультразвукове, рекомендують проводити не менше раз на рік. Пацієнтка повинна бути поінформована про можливу ймовірність рецидиву. Гістеректомія є методом вибору при рецидивуючий LM-BN, а також для жінок, які завершили репродуктивну функцію.

Список використаних джерел

1. Наказ МОЗ України від 25 січня 2023 року № 147 Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Лейоміома матки», 2023.
2. Dolmans M-M, Petraglia F, Catherino WH, Donnez J. Pathogenesis of uterine fibroids: current understanding and future directions. Fertil Steril. 2024;122(1):6-11. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2024.02.048.

3. Hiraoka T, Osuga Y, Hirota Y. Current perspectives on endometrial receptivity: A comprehensive overview of etiology and treatment. J Obstet Gynaecol Res. 2023;49(10):2397-2409. doi: 10.1111/jog.15759.
4. Guo E, Li C, Hu Y, Zhao K, Zheng Q, Wang L. Leiomyoma with Bizarre Nuclei: A Current Update. Int J Womens Health. 2022;14:1641-1656. doi: 10.2147/IJWH.S388278.
5. Wei JJ. Leiomyoma with nuclear atypia: Rare diseases that present a common diagnostic problem. Semin Diagn Pathol. 2022;39(3):187-200. doi: 10.1053/j.semdp.2022.01.006.
6. Croce S, Young RH, Oliva E. Uterine leiomyomas with bizarre nuclei: a clinicopathologic study of 59 cases. Am J Surg Pathol. 2014;38(10):1330-9. doi: 10.1097/PAS.0000000000000249.
7. Kefeli M, Caliskan S, Kurtoglu E, Yildiz L, Kokcu A. Leiomyoma With Bizarre Nuclei: Clinical and Pathologic Features of 30 Patients. Int J Gynecol Pathol. 2018;37(4):379-387. doi: 10.1097/PGP.0000000000000425.
8. Дука ЮМ, Панов ВВ, Плиг ОО. Основні «red flags» у структурі причин звичного невиношування вагітності: останні рекомендації та аналіз нових «конфліктів» (огляд літератури). Український журнал Здоров'я жінки 2026;1(182):91-105.
9. Мороховець ІМ, Мартинова ЛІ, Прилуцька АБ. Сучасний погляд на проблему лейоміоми матки під час вагітності (огляд літератури). Український журнал Здоров'я жінки 2024;16(175): 63-68.
10. Шевчук ОВ, Дубчак АЄ, Корнацька АГ, Ревенько ОО. Особливості перебігу другої половини вагітності у жінок репродуктивного віку після різних методів лікування лейоміоми матки. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2024;2:123-128.
11. Романенко ТГ, Суханова АА, Коноплянко ВВ. Акушерські ускладнення під час вагітності та пологів у жінок із лейоміомою матки. Український журнал Здоров'я жінки 2024;3(99):32-37.
12. Голяновський О, Клюзко І, Абраменко А, Супрунюк К. Вузлова лейоміома матки гігантських розмірів на фоні поєднаної екстрагенітальної патології (Випадок із практики). Репродуктивне здоров’я жінки. 2022;2:33-38. doi.org/10.30841/2708-8731.2.2022.261805
13. Elnour MAAE, Mohamed AMY, Ahmed OBM, et al. Minimally invasive myomectomy: a systematic review of techniques, challenges, and fertility outcomes. Cureus. 2025;17(6):e85246. doi: 10.7759/cureus.85246