

Non-governmental Organization
International Center of Scientific Research



**PROCEEDINGS OF THE
X INTERNATIONAL SCIENTIFIC
AND THEORETICAL CONFERENCE**

FORMATION OF
INNOVATIVE POTENTIAL
OF WORLD SCIENCE

14.11.2025

WATERFORD,
REPUBLIC OF IRELAND

SCIENTIA
COLLECTION OF SCIENTIFIC PAPERS

SECTION 17.**MEDICAL SCIENCES AND PUBLIC HEALTH**

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF CAUDAL EPIDURAL BLOCKS AND COMBINED PHARMACOLOGICAL THERAPY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC NON-SPECIFIC PAIN IN THE LUMBAR SPINE

Chervatiuk M., Melenko V. 252

DIFFERENTIATED APPROACH TO THE TREATMENT OF UTERINE FIBROIDS IN PERIMENOPAUSAL WOMEN

Kurbanova S.I. 254

СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Сюсюка В.Г., Онопченко С.П., Богуславська Н.Ю., Сергієнко М.Ю., Бабінчук О.В. 256

SECTION 18.**PHYSICAL CULTURE, SPORTS AND PHYSICAL THERAPY**

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ЗАСТОСУВАННЯ РУХЛИВИХ ІГОР В ПРОЦЕСІ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ РУХОВОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Гребеніна А.А., Володіна Н.М. 261

ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ ЗМІШАНИХ ПАР У СПОРТИВНІЙ АКРОБАТИЦІ

Пирлик А. 265

SECTION 19.**HISTORY, ARCHEOLOGY AND CULTUROLOGY**

THE DISSOLUTION OF THE LEFT SR PARTY IN TURKESTAN AND ITS MERGER WITH THE BOLSHEVIK PARTY

Safarov B.B. 268

THE LEFT SRs BEING ACCUSED BY THE BOLSHEVIKS OF BEING A COUNTERREVOLUTIONARY PARTY

Safarov B.B. 273

UKRAINIAN INFORMATION POLICY AND PREREQUISITES FOR THE CREATION OF THE UKRAINIAN PRESS BUREAU (1931-1939)

Shevchuk S.P. 279

SOCIAL STRATIFICATION IN MEDIEVAL CENTRAL ASIAN CITIES (ANALYSIS BASED ON THE WORKS OF R. G. MUKMINOVA)

Tangirova N.A. 284

Сюсюка Володимир Григорович 

д-р. мед. наук, професор, завідувач кафедри акушерства і гінекології
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна

Онопченко Світлана Павлівна 

канд. мед. наук, асистентка кафедри акушерства і гінекології
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна

Богуславська Наталія Юріївна 

канд. мед. наук, заступник медичного директора з перинатальної допомоги КНП
«Запорізька обласна клінічна дитяча лікарня» ЗОР, Україна;
доцентка кафедри акушерства і гінекології
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна

Сергієнко Марина Юріївна

канд. мед. наук, доцентка кафедри акушерства і гінекології
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, Україна

Бабінчук Олена Василівна 

канд. мед. наук, завідувачка пологового відділення спільного перебування матері
та новонародженого з операційним блоком
КНП «Запорізька обласна дитяча клінічна лікарня» ЗОР, Україна

СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ

Цукровий діабет 1-го типу (ЦД) є захворюванням, яке спричинене автоімунним ураженням β -клітин острівців Лангерганса підшлункової залози та характеризується хронічною гіперглікемією, яка обумовлена розладами або повною недостатністю секреції інсуліну. ЦД призводить до змін вуглеводного, жирового і білкового обміну, які обумовлені порушеннями дії інсуліну на тканини-мішені, а також характеризується втратою бета-клітин, які продукують інсулін, а це в свою чергу приводить до його абсолютного дефіциту.

На сьогодні зростає кількість випадків ЦД у дівчат-підлітків та жінок дітородного віку. З 1995 року його частота серед підлітків та жінок репродуктивного віку зросла щонайменше вдвічі, що сприяло зростанню відсотка вагітних з даною патологією (з 0,3% до 1,0%-1,9%). Оскільки захворюваність на дану патологію швидко зростає у всьому світі, очікується, що в майбутньому збільшиться кількість вагітних з ЦД. Його діагностують приблизно у 5-10% усіх випадків діабету. Попри те, що пік захворюваності припадає на період статевого дозрівання та раннього зрілого віку, ЦД має

місце в усіх вікових групах. Глобальна його поширеність становить 5,9 на 10 000 осіб, захворюваність – 15 на 100 000 осіб на рік.

Обговорення питання планування сім'ї та призначення ефективної контрацепції (з урахуванням тривалої, оборотної контрацепції) є необхідним доки план лікування та рівень глікованого гемоглобіну (HbA1c) не буде оптимальним. Прегравідарне консультування пацієнток з ЦД та репродуктивними планами є невід'ємною частиною ведення даного контингенту жінок. Воно включає оптимальний контроль ЦД і харчування міждисциплінарною командою, щоб оптимізувати материнські і неонатальні результати. Фізіологічні зміни, що відбуваються під час вагітності з ЦД, стосуються кожної системи організму. Тому, слід прагнути досягти до зачаття HbA1c 7,0%, що дозволить зменшити ризик спонтанного абортів, вроджених аномалій, преєклампсії, прогресування ретинопатії під час вагітності.

Сучасні дослідження свідчать, що прегравідарне консультування вагітних з ЦД є ефективним в зниженні ризику вроджених вад розвитку, передчасних пологів, госпіталізації до відділень інтенсивної терапії новонароджених, а також перинатальної смертності. Всі жінки репродуктивного віку з ЦД повинні отримувати консультації з питань контролю за народжуваністю, важливості глікемічного контролю та припинення прийому потенційно ембріопатичних ліків до вагітності, а також щодо впливу ІМТ на її перебіг і необхідності прийому фолієвої кислоти. Рекомендовано препарати, які містять 5 мг фолієвої кислоти, що найменше за три місяці до зачаття і до 12-го тижня вагітності та надалі продовжити прийом полівітамінів, що містять 0,4-1,0 мг фолієвої кислоти, до 6-ти тижнів після пологів або до тих пір, поки триває грудне вигодовування.

Слід зазначити, що ЦД збільшує відносний ризик материнської смертності, ішемічного інсульту, інфаркту міокарда, преєклампсії/еклампсії, сепсису та венозної тромбоемболії. Профілактика діабетичного кетоацидозу та тяжкої материнської гіпоглікемії має вирішальне значення, тому їх частоту слід контролювати. Тератогенний вплив гіперглікемії може посилюватися ожирінням, курінням, вживанням алкоголю та/або неправильним харчуванням. Ускладнення з боку плода включають вищу частоту основних вроджених вад розвитку, найпоширенішими з яких є серцево-судинні. Мертвонародження частіше трапляються у жінок з незадовільним контролем рівня глюкози, а ступінь ризику зростає зі ступенем підвищення HbA1c.

Будь-яке хронічне захворювання з часом може призвести до розвитку ускладнень. Зокрема, проліферативна ретинопатія у жінок з ЦД може

прогресувати під час вагітності, але ризик втрати зору можна зменшити шляхом комплексного офтальмологічного скринінгу та фотокоагуляції за необхідності. Ускладнення обумовлені тривалою гіперглікемією. Залежність проста: чим вища концентрація цукру, чим довше вона зберігається і не коригується, тим тяжчі ускладнення. Скринінг на хронічну хворобу нирок дозволяє за наявності мікроальбумінурії та її корекції знизити підвищений ризик розвитку гіпертензивних розладів. Гіпертензивні розлади ускладнюють перебіг вагітності більш ніж у 10% жінок з ЦД. Але розвитку ускладнень ЦД можна запобігти. Результати клінічних досліджень доводять, що за умов дотримання нормальних показників глюкози, холестерину крові та артеріального тиску пацієнтка може уникнути виникнення і прогресування цих ускладнень.

Вагітним жінкам з ЦД рекомендовано призначення індивідуальної схеми інсулінотерапії та цільові глікемічні рівні (рівень глюкози в плазмі натще $< 5,3$ ммоль/л, через 1 год після прийому їжі $< 7,8$ ммоль/л, 2 год після прийому їжі $< 6,7$ ммоль/л). Концентрація глюкози в межах цільових значень, контрольоване збільшення ваги під час вагітності, адекватний спосіб життя та за необхідності антигіпертензивне лікування, низькі дози аспірину сприятимуть зниженню ризику прееклампсії, передчасних пологів та інших несприятливих ускладнень у вагітних та новонароджених. ЦД відноситься до групи високого ризику виникнення прееклампсії, тому даному контингенту вагітних рекомендовано приймати 100-150 мг на добу ацетилсаліцилової кислоти щодня з 12 тижнів до 36 тижнів вагітності ввечері.

У зв'язку з підвищеним ризиком розвитку тяжкої гіпоглікемії під час вагітності є необхідність збільшення цільових рівнів значення глюкози. Самоконтроль рівня глюкози в крові, як до, так і після прийому їжі, для досягнення цілей глікемії надає можливість поліпшити результати вагітності. У випадку прегестаційного ЦД можна застосовувати інсулін аспарт або лізпро під час вагітності замість звичайного інсуліну для поліпшення глікемічного контролю і зменшення рівня глюкози. Детемір або гларгін можна застосовувати в якості альтернативи ізофан-інсулін людський.

Рекомендований гестаційний вік для планового розродження варіює в різних рекомендаціях. Американський коледж акушерів і гінекологів (ACOG) та Товариство медицини матері-плода (SMFM) рекомендують розродження вагітних у терміні від 36 до 39 6/7 тижнів на основі глікемічного контролю та судинних ускладнень. Щоб звести до мінімуму ризик неонатальної гіпоглікемії необхідно уважно спостерігати за жінками під час пологів, у яких

цільовий рівень глюкози крові має бути в межах 4,0-7,0 ммоль/л. Показання до планового (елективного) кесаревого розтину ЦД з передбачуваною масою плода 4500 грамів і більше. У післяпологовому періоді слід ретельно контролювати рівень глюкози, оскільки є ризик розвитку гіпоглікемії.

Отже, тісна співпраця між акушерами-гінекологами, ендокринологами та неонатологами має вирішальне значення для досягнення успішного результату у жінок з цукровим діабетом під час вагітності.

Список використаних джерел:

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 9 серпня 2022 року № 1437. Стандарти медичної допомоги «Нормальна вагітність», Київ: МОЗ України; 2022. 45 с.
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26 січня 2023 року № 151 Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної та спеціалізованої медичної допомоги «Цукровий діабет 1 типу у дорослих», Київ: МОЗ України; 2023. 54 с.
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 5 січня 2022 року № 8 Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної та спеціалізованої медичної допомоги «Кесарів розтин», Київ: МОЗ України; 2022. 58 с.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 201: Pregestational Diabetes Mellitus. *Obstet Gynecol.* 2018;132(6):e228-e248. doi: 10.1097/AOG.0000000000002960.
5. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 15. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Care in Diabetes-2025. *Diabetes Care.* 2025;48(1 Suppl 1):S306-S320. doi: 10.2337/dc25-S015.
6. Avari P, Lumb A, Flanagan D, Rayman G, Misra S, Choudhary P, Dhatariya K. Insulin Pumps and Hybrid Close Loop Systems Within Hospital: A Scoping Review and Practical Guidance From the Joint British Diabetes Societies for Inpatient Care. *J Diabetes Sci Technol.* 2023;(3):625-634. doi: 10.1177/19322968221137335. Epub 2022 Dec 2.
7. Benhalima K, Beunen K, Siegelar SE, Painter R, Murphy HR, Feig DS, Donovan LE, Polsky S, Buschur E, Levy CJ, Kudva YC, Battelino T, Ringholm L, Mathiesen ER, Mathieu C. Management of type 1 diabetes in pregnancy: update on lifestyle, pharmacological treatment, and novel technologies for achieving glycaemic targets. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2023;490-508. doi: 10.1016/S2213-8587(23)00116-X.
8. Berger H, Gagnon R, Sermer M. Guideline No. 393-Diabetes in Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2019 Dec;41(12):1814-1825.e1. doi: 10.1016/j.jogc.2019.03.008. Erratum in: *J Obstet Gynaecol Can.* 2020;42(10):1288. doi: 10.1016/j.jogc.2020.08.012.
9. Chen ZY, Mao SF, Guo LH, Qin J, Yang LX, Liu Y. Effect of maternal pregestational diabetes mellitus on congenital heart diseases. *World J Pediatr.* 2023;19(4):303-314. doi: 10.1007/s12519-022-00582-w.
10. Di Molfetta S, Di Gioia L, Caruso I, Cignarelli A, Green SC, Natale P, Strippoli GFM, Sorice GP, Perrini S, Natalicchio A, Laviola L, Giorgino F. Efficacy and Safety of Different Hybrid Closed Loop Systems for Automated Insulin Delivery in People With Type 1 Diabetes: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Diabetes Metab Res Rev.* 2024;40(6):e3842. doi: 10.1002/dmrr.3842.
11. Field CP, Cleary EM, Thung SF, Venkatesh K, Buschur EO. Pregestational Diabetes Mellitus. 2025 Mar 3. In: Feingold KR, Ahmed SF, Anawalt B, Blackman MR, Boyce A, Chrousos G, Corpas E, de Herder WW, Dhatariya K, Dungan K, Hofland J, Kalra S, Kalsas G, Kapoor N, Koch C, Kopp P, Korbonits M, Kovacs CS, Kuohung W, Laferrère B, Levy M, McGee EA, McLachlan R, Muzumdar R, Purnell J, Rey R, Sahay R, Shah AS, Singer F, Sperling MA, Stratakis CA, Trencle DL, Wilson DP, editors. *Endotext* [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000—. PMID: 34370429.
12. Gazis D, Tranidou A, Siargkas A, Apostolopoulou A, Koutsouki G, Goulis DG, Tsakalidis C, Tsakiridis I, Dagklis T. Pregestational Diabetes Mellitus and Adverse Perinatal Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med.* 2025;14(13):4789. doi: 10.3390/jcm14134789.
13. Malaza N, Masete M, Adam S, Nyawo T, Pfeiffer C. A Systematic Review to Compare Adverse Pregnancy Outcomes in Women with Pregestational Diabetes and Gestational Diabetes. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(17):10846. doi: 10.3390/ijerph191710846.
14. Mobasser M. et al., Prevalence and incidence of type 1 diabetes in the world: a systematic review and meta-analysis. *Health Promot Perspect.* 2020; 10: 98-115.
15. Morlando M, Savoia F, Conte A, Schiattarella A, La Verde M, Petrizzo M, Carpentieri M, Capristo C, Esposito K, Colacurci N. Maternal and Fetal Outcomes in Women with Diabetes in Pregnancy Treated before and after the Introduction of a Standardized Multidisciplinary Management Protocol. *J Diabetes Res.*

- 2021;2021:9959606. doi: 10.1155/2021/9959606.
16. Patient Safety and Quality Committee, Society for Maternal-Fetal Medicine. Electronic address: smfm@smfm.org; Hameed AB, Combs CA. Society for Maternal-Fetal Medicine Special Statement: Updated checklist for antepartum care of pregestational diabetes mellitus. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;223(5):B2-B5. doi: 10.1016/j.ajog.2020.08.063.
 17. Peacock S, Frizelle I, Hussain S. A Systematic Review of Commercial Hybrid Closed-Loop Automated Insulin Delivery Systems. *Diabetes Ther.* 2023;839-855. doi: 10.1007/s13300-023-01394-5.
 18. Rudland VL, Price SAL, Hughes R, Barrett HL, Lagstrom J, Porter C, Britten FL, Glastras S, Fulcher I, Wein P, Simmons D, McIntyre HD, Callaway L. ADIPS 2020 guideline for pre-existing diabetes and pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2020;60(6):E18-E52. doi: 10.1111/ajo.13265.
 19. Russell RF, Jauk VC, Champion ML, Battarbee AN. Optimal Timing of Delivery in Pregnant Individuals with Pregestational Diabetes Mellitus. *Am J Perinatol.* 2025. doi: 10.1055/a-2657-6130.
 20. Yapanis M, James S, Craig ME, O'Neal D, Ekinci EI. Complications of Diabetes and Metrics of Glycemic Management Derived From Continuous Glucose Monitoring. *J Clin Endocrinol Metab.* 2022;107(6):e2221-e2236. doi: 10.1210/clinem/dgac034.