



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ
МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

**III Всеукраїнської науково-практичної конференції
«МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ,
ГІНЕКОЛОГІЇ, КОСМЕТОЛОГІЇ ТА ЕСТЕТИЧНІЙ МЕДИЦИНІ»**

25-26 жовтня 2024 р.



**М. ЗАПОРІЖЖЯ
2024**

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ
МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

**III Всеукраїнської науково-практичної конференції
«МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ,
ГІНЕКОЛОГІЇ, КОСМЕТОЛОГІЇ ТА ЕСТЕТИЧНІЙ МЕДИЦИНІ»**

25-26 жовтня 2024 р.

Запоріжжя – 2024

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Колесник Юрій Михайлович, ректор Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, доктор медичних наук, професор, Заслужений діяч науки і техніки України.

Туманський Валерій Олексійович, проректор з наукової роботи Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, доктор медичних наук, професор, Заслужений діяч науки і техніки України.

Рябоконт Юрій Юрійович, директор ННПО Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, доктор медичних наук, професор кафедри дитячих інфекційних хвороб.

Макуріна Галина Іванівна, Завідувач кафедри дерматовенерології та естетичної медицини Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, доктор медичних наук, професор.

Сюсюка Володимир Григорович, завідувач кафедри акушерства і гінекології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, доктор медичних наук, професор кафедри.

Авраменко Наталія Вікторівна, завідувач кафедри акушерства, гінекології та репродуктивної медицини Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, доктор наук з державного управління, кандидат медичних наук, професор.

Городокіна Лілія Олексіївна, асистент кафедри дерматовенерології та естетичної медицини Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, доктор філософії.

М90 **Мультидисциплінарний підхід в дерматовенерології, гінекології, косметології та естетичній медицині : збірник матеріалів III Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Запоріжжя, 25-26 жовтня 2024 р.). – Запоріжжя : ЗДМФУ, 2024. – 50 с.**

УДК 616.5+618.1](063)

Автори матеріалів несуть повну відповідальність за достовірність наданої у доповідях інформації й точність наведених цитат. Точка зору автора не завжди може співпадати з позицією редколегії.

Загальні питання:

тел. (+38) 066 646 88 82 (Городокіна Лілія Олексіївна)

email – lilgrdkn@gmail.com

Реєстрація учасників конференції:

тел. (+38) 066 646 88 82 (Городокіна Лілія Олексіївна)

Контакт для доповідачів:

тел. (+38) 097 446 27 27 (Макуріна Галина Іванівна)

тел. (+38) 099 098 82 55 (Сюсюка Володимир Григорович)

Для підключення до конференції – перейдіть за наступним посиланням –

[https://teams.microsoft.com/l/meetup-](https://teams.microsoft.com/l/meetup-join/19%3a0wObFSqaxNcxcmMLpR4DPcwfaCYQgY7KTYF1qCxOcd81%40thread.tacv2/1728485664203?context=%7b%22Tid%22%3a%227b7bfb43-5c68-4ad7-8fb5-23ce7f825b00%22%2c%22Oid%22%3a%220593d079-251d-438e-a172-2b8602c330e2%22%7d)

[join/19%3a0wObFSqaxNcxcmMLpR4DPcwfaCYQgY7KTYF1qCxOcd81%40thread.tacv2/1728485664203?context=%7b%22Tid%22%3a%227b7bfb43-5c68-4ad7-8fb5-23ce7f825b00%22%2c%22Oid%22%3a%220593d079-251d-438e-a172-2b8602c330e2%22%7d](https://teams.microsoft.com/l/meetup-join/19%3a0wObFSqaxNcxcmMLpR4DPcwfaCYQgY7KTYF1qCxOcd81%40thread.tacv2/1728485664203?context=%7b%22Tid%22%3a%227b7bfb43-5c68-4ad7-8fb5-23ce7f825b00%22%2c%22Oid%22%3a%220593d079-251d-438e-a172-2b8602c330e2%22%7d)

ЗМІСТ

Макуріна Г.І., Сюсюка В.Г., Чорненька А.С.	6
ВІКОВІ ЗМІНИ ШКІРИ У ЖІНОК	
Лахно І. В., Дьоміна О. В., Сикал І. М., Ромаєва В. П., Шаповал Д. М., Пак С. О.	10
МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ВЗАЄМОДІЇ У ВЕДЕННІ ЖІНОК З НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ ЖІНОК	3
Соловйова Н.М., Сюсюка В.Г.	16
РІВЕНЬ ПЕРЕЖИВАННЯ СТРЕСУ У ВАГІТНИХ З РЕПРОДУКТИВНОЮ ВТРАТОЮ В АНАМНЕЗІ	
Пучков В.А.	22
ОЦІНКА ЦИТОПРОТЕКТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ РАННІЙ ФОРМІ ЗАТРИМКИ РОСТУ ПЛОДА	
Сюсюка В.Г., Бєленічев І. Ф., Кириченко М.М.	26
ВПЛИВ ГІПЕРТЕНЗИВНИХ РОЗЛАДІВ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ НА ГЕМОДИНАМІКУ СИСТЕМИ МАТИ-ПЛАЦЕНТА-ПЛІД ТА МАСОВО-РОСТОВІ ПОКАЗНИКИ НОВОНАРОДЖЕНИХ	
Сюсюка В.Г., Павлюченко М.І., Сергієнко М.Ю., Дейніченко О.В.	29
МЕНЕДЖМЕНТ МЕНОПАУЗАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ: ПРОТИПОКАЗАННЯ ЩОДО ПРИЗНАЧЕННЯ МЕНОПАУЗАЛЬНОЇ ГОРМОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ	
Сюсюка В.Г., Деміденко О.В., Сергієнко М.Ю., Онопченко С.П.	32
МЕНОПАУЗА ТА АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ	
Ганжий І.Ю., Шаповал О.С.	35
ГІПЕРПЛАСТИЧНІ ПРОЦЕСИ ЕНДОМЕТРІЯ НА ТЛІ ПРИЙОМУ ТАМАКСИФЕНУ	
Городокіна Л.О.	39
ПСИХОПАТОЛОГІЧНИЙ АКЦЕНТ ПРИ ВЕДЕННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАПАЛЬНИМИ УРАЖЕННЯМИ ШКІРИ	

Шелестова Л.П.	42
ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕРМІНУ РОЗРОДЖЕННЯ ЖІНОК З АЛІМЕНТАРНО- КОНСТИТУЦІОНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ	
Синах О.К.	45
ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГІСТОЛОГІЧНОЇ КАРТИНИ УРАЖЕНЬ ШКІРИ ПРИ КЛІМАКТЕРІЧНІЙ КЕРАТОДЕРМІЇ	
Shevchenko A.O., Kyryliuk O.D.	47
ASSESSMENT OF THE OUTCOMES OF PREGNANT WOMEN WITH A THREAT OF PRETERM BIRTH DELIVERY AGAINST THE BACKGROUND OF PROPOSED THERAPY	

ВІКОВІ ЗМІНИ ШКІРИ У ЖІНОК

Макуріна Г.І., Сюсюка В.Г., Чорненька А.С.

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет,

кафедра дерматовенерології та естетичної медицини,

кафедра акушерства і гінекології

Біологічне старіння, що характеризується змінами метаболізму та фізико-хімічних властивостей клітин, впливає на здоров'я населення [1]. Шкіра є основним захистом організму від зовнішнього середовища, запобігаючи інфекції та висиханню. Таким чином, зміни гомеостазу шкіри, наприклад, зі старінням шкіри, підвищують сприйнятливість до шкірних захворювань і травм. На біологічне старіння шкіри унікальним чином впливає комбінація внутрішніх і зовнішніх (насамперед фотостаріння) факторів, які по-різному впливають на структуру та функцію шкіри [2]. Шкіра відображає функціональний стан усіх органів і систем. Завдяки своїм компенсаторно-приспосувальним властивостям шкіра бере на себе функції практично будь-якого органу, реагуючи на його найменші розлади [3]. На початку перименопаузи може спостерігатися сухість шкіри, але спочатку вона може бути дещо компенсована гіпертрофією сальних залоз. Пізніше в менопаузі, коли утворення шкірного сала помітно знижується, шкіра стає все більш сухою та свербить, а надалі це призводить до її атрофії [4]. Зміни в жіночій фізіології під час менопаузи впливають на внутрішнє старіння шкіри. За оцінками, приблизно 30% колагену шкіри втрачається протягом перших 5 років менопаузи [5, 6]. Атрофія колагену є основним фактором старіння шкіри. Старіння шкіри, особливо обличчя, пов'язане з прогресуючим збільшенням розтяжності та зниженням еластичності. Існує сильна кореляція між втратою колагену шкіри та дефіцитом естрогену внаслідок менопаузи [7]. Було чітко продемонстровано, що втрата колагену пов'язана не з хронологічним віком, а з постменопаузальним віком [8]. Існують асоціації з менопаузою численних

поширених дерматозів, включаючи лихоманку, гнійний гідраденіт та псоріаз. Менопауза явно впливає на шкіру та загальні дерматологічні захворювання [9].

Одним з предикторів вікових змін шкіри, розглядають ендокринні порушення, які пов'язані зі згасанням синтетичної функції яєчників у жінок. Менопауза, як фізіологічний період життя кожної жінки, починається у проміжку з 45 до 55 років та впливає на функціонування організму як короткостроково, так і довгостроково [10]. Естрогени значною мірою змінюють фізіологію шкіри, впливаючи на кератиноцити, фібробласти, меланоцити, волосяні фолікули та сальні залози, а також покращують ангіогенез, загоєння ран та імунну відповідь. Дефіцит естрогену знижує захист від окислювального стресу [11]. Зниження рівня статевих стероїдів у сироватці крові, прискорює біологічне старіння тканин організму. Фізіологічні зміни після менопаузи особливо помітні на шкірі, яка втрачає структурну архітектуру та стає схильною до пошкоджень [12]. Очевидно, що естрогени відіграють ключову роль у гомеостазі старіння шкіри, про що свідчить прискорене погіршення зовнішнього вигляду шкіри, яке спостерігається в період перименопаузи [13]. Втрата естрогенів зі старінням сприяє погіршенню здоров'я шкіри, тоді як терапія естрогенними гормонами відновлює її здоров'я [14]. Застосування естрогенів збільшує вміст колагену, товщину та еластичність шкіри, а також зменшує ймовірність сухості шкіри [15, 16]. Призначення менопаузальної гормональної терапії, включаючи застосування естрогенів, прогестагенів та комбінованих гормональних препаратів, дозволяє досягти стійкого і тривалого ефекту і від косметологічних процедур та домашнього догляду [17]. Навколишнє середовище та спосіб життя, включаючи такі фактори, як дієта та фізична активність, відіграють ключову роль у здоровому старінні. Дослідження свідчать, що регулярна фізична активність може посилити антиоксидантні захисні механізми [18]. Тому, в комплексному підході до ведення даного контингенту жінок слід рекомендувати модифікацію якості життя жінки у пери- та менопаузі у формі змін способу життя та харчової поведінки,

підвищення фізичної активності, відмови від куріння та обмеження вживання алкогольних напоїв, що стане невід'ємною частиною терапевтичної допомоги.

Література

1. Militello R, Luti S, Gamberi T, Pellegrino A, Modesti A, Modesti PA. Physical Activity and Oxidative Stress in Aging. *Antioxidants (Basel)*. 2024;1,13(5):557.
2. Wilkinson HN, Hardman MJ. A role for estrogen in skin ageing and dermal biomechanics. *Mech Ageing Dev*. 2021;197:111513.
3. Ткач В.Є. Ураження шкіри при внутрішній патології (клінічна лекція). *Дерматовенерологія. Косметологія. Сексопатологія*. 2010;1-2:154-159.
4. Zouboulis CC, Blume-Peytavi U, Kosmadaki M, Roó E, Vexiau-Robert D, Kerob D, Goldstein SR. Skin, hair and beyond: the impact of menopause. *Climacteric*. 2022;25(5):434-442.
5. Wines N, Willsted E. Menopause and the skin. *Australas J Dermatol*. 2001;42(3):149-8; quiz 159.
6. Fink B, Campiche R, Shackelford TK, Voegeli R. Age-dependent changes in skin features and perceived facial appearance in women of five ethnic groups. *Int J Cosmet Sci*. 2024;46(6):1017-1034.
7. Calleja-Agius J, Muscat-Baron Y, Brincat MP. Skin ageing. *Menopause Int*. 2007;13(2):60-4.
8. Hall G, Phillips TJ. Estrogen and skin: the effects of estrogen, menopause, and hormone replacement therapy on the skin. *J Am Acad Dermatol*. 2005;53(4):555-68; quiz 569-72.
9. Kamp E, Ashraf M, Musbahi E, DeGiovanni C. Menopause, skin and common dermatoses. Part 2: skin disorders. *Clin Exp Dermatol*. 2022;47(12):2117-2122.
10. Currie H, Abernethy K, Hamoda H. Vision for menopause care in the UK. *Post Reprod Health*. 2021;27(1):10-18.
11. Thornton MJ. Estrogens and aging skin. *Dermatoendocrinol*. 2013;5(2):264-270.

12. Wilkinson HN, Hardman MJ. The role of estrogen in cutaneous ageing and repair. *Maturitas*. 2017;103:60-64.
13. Verdier-Sévrain S, Bonté F, Gilchrist B. Biology of estrogens in skin: implications for skin aging. *Exp Dermatol*. 2006;15(2):83-94.
14. Lephart ED. A review of the role of estrogen in dermal aging and facial attractiveness in women. *J Cosmet Dermatol*. 2018;17(3):282-288.
15. Calleja-Agius J, Muscat-Baron Y, Brincat MP. Skin ageing. *Menopause Int*. 2007;13(2):60-4.
16. Calleja-Agius J, Brincat M. The effect of menopause on the skin and other connective tissues. *Gynecol Endocrinol*. 2012;28(4):273-7.
17. Makurina G. I., Siusiuka V. G., Chornenka A. S., Shevchenko A. O., Cherneda L. O. Modern approaches to the correction of age-related skin changes in women. *Reproductive health of woman*. 2023;4(67):29-34.
18. Militello R, Luti S, Gamberi T, Pellegrino A, Modesti A, Modesti PA. Physical Activity and Oxidative Stress in Aging. *Antioxidants (Basel)*. 2024;1,13(5):557.

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ВЗАЄМОДІЇ У ВЕДЕННІ ЖІНОК З НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ

Лахно І. В., Дьоміна О. В., Сикал І. М., Ромаєва В. П.,

Шаповал Д. М., Пак С. О.

Харківський національний медичний університет,
кафедра акушерства та гінекології №3

Звична втрата вагітності (ЗВВ) – трагічна опція жінки репродуктивного віку. У більшості країн ЗВВ розглядається як втрата 3 або більше вагітностей у термінах до 24 тижнів. Насьогодні викликають сумнів більшість діагностичних і терапевтичних інтервенцій у даної категорії жінок [1]. Є думки, що запорукою прогресу в даній галузі може бути пошук рішень у міждисциплінарній площині.

Причина ЗВВ залишається невідомою у більше половини випадків. Традиційно виділяють ендокринні, іммунологічні, генетичні причини, а також тромбофілію і вплив зовнішнього середовища. Безумовно, пошук і впровадження оптимальних протоколів ведення жінок із ЗВВ є одним із сучасних пріоритетів. Нещодавно з'явилася концепція OPTIMUM (OPTimization of Thyroid function, Thrombophilia, Immunity, and Uterine Milieu – оптимізація функції щитоподібної залози, тромбофілія, імунітет і стан матки) [2]. Проте дослідження останніх років змінюють уявлення про доцільність існуючих підходів.

Провідною причиною ЗВВ серед ендокринних порушень є недостатність лютеїнової фази (НЛФ) циклу. Серед відомих ефектів прогестерону: забезпечення секреторної трансформації ендометрію, пригнічення скоротливої активності матки відповідно до теорії «гойдалок» Csapo A., імуномодулюючий вплив і пригнічення Т-клітин, контроль продукції цитокінів. Залишається невирішеним питання щодо повної відповідності препаратів прогестерону описаним ефектам. Немає достатніх доказів, щоби рекомендувати використання прогестерону для підвищення рівня живонароджуваності у жінок із ЗВВ. Слід

продовжувати дослідження різних форм препаратів прогестерона, а також розпочинати лікування НЛФ на етапі прекоцепційної підготовки [3].

Тромбофілія відіграє значну роль у патогенезі багатьох гестаційних ускладнень. Прийнято виділяти вроджену (мутація Лейдена, дефіцит протеїну С і S, мутація гену протромбіну), набуту (антифосфоліпідний синдром (АФС)) і пов'язану з преєклампсією матково-плацентарну тромбофілію. Нещодавно встановлено, що рівень мутації Лейдена і мутації гену протромбіну в жінок із ЗВВ не відрізняється від загальнопопуляційного. До того ж ефект лікування низькомолекулярними гепаринами на рівень живонароджуваності у жінок із ЗВВ відсутній [4]. Тому слід припинити тестування на вроджену тромбофілію пацієток із ЗВВ, а також уникати призначення препаратів гепарину даній категорії хворих. Про АФС відомо вже майже 40 років. Посиланнями для вивчення цієї патології стали численні спостереження, що у пацієток із ЗВВ, преєклампсією із раннім початком і (або) синдромом затримки росту плода під час вагітності відзначалася хибно-позитивна реакція на сифіліс – VDRL (venereal disease research lab). АФС є маркером аутоімунної патології. Згідно з сучасними лабораторними критеріями діагностики АФС антифосфоліпідні антитела можуть належати до одного з трьох типів: ВАК (вівчаковий антикоагулянт), антикардіоліпінові антитела і антитела до β_2 -глікопротеїну. Діагноз АФС може бути встановлений при наявності одного лабораторного та одного клінічного критерію з оновленої класифікації діагностичних критеріїв Саппоро. АФС зустрічається як у пацієток із системним червоним вівчаком, так і у вагітних без аутоімунних захворювань (первинний АФС). Достатньо рідко АФС проявляється множинними тромбозами, що відомо як катастрофічний АФС. Дані Shehata Н. та співавт., 2023 демонструють недоцільність обстеження вагітних із ЗВВ на АФС, а також призначення препаратів гепарину [1]. Тому обстеження на тромбофілію має бути виключене із клінічних протоколів і настанов щодо менеджменту жінок із ЗВВ.

Каріотипування подружжя із ЗВВ раніше було стандартом. Однак рівень генетичної патології у пацієнтів із ЗВВ не є вищим за загальнопопуляційний. Шанси хромосомної патології також не є збільшеними. Прийняття рішення про каріотипування має ґрунтуватися на народженні дитини з генетичними аномаліями при попередніх вагітностях або обтяженому сімейному анамнезі. Відомий підхід із використанням преімплантаційної діагностики ембріонів у програмі екстракорпорального запліднення не підтвердив своєї доцільності при ЗВВ [5].

При наявності структурних аномалій: перетинки, поліпу ендометрію або міоми матки немає одностайних доказових підходів до ведення пацієток із ЗВВ. Проте практично домінує принцип максималізму в діагностиці та лікуванні з застосуванням міні-інвазивних технологій. При обстеженні подружньої пари слід робити наголос на вивченні інфекційних факторів ЗВВ. Вагінальний дисбіоз призводить до підвищеної продукції цитокінів і ЗВВ. Особливий практичний інтерес мають дослідження вагінального мікробіому і сперми. Новітні дані підтверджують зв'язок між складом мікробіоти піхви та ризиком викидня. Проте механізми, що лежать у основі, ще погано вивчені. Є дані, що підвищений рівень прозапальних цитокінів може бути причиною викидня при нормальному каріотипі ембріону [6].

Теорія імунної взаємодії між матір'ю та плодом є досить добро відомою останні 50 років. Хоріон, а потім плацента відіграють певну роль у забезпеченні толерантності материнського імунітету до фетального аллогraftу через невідповідність HLA-антигенів. Аллоімунний конфлікт є ознакою кровозмішування при шлюбах між близькими родичами. Насьогодні доведена роль аллоконфлікту у розвитку ЗВВ серед жінок скандинавок, які народили хлопчиків. Проте скринінгові тести на лімфоцитотоксичні антитіла і гетерофільні гемолізени було визнано недоцільними і марними. Останніми роками збільшується кількість даних про роль аутоімунних процесів, не пов'язаних з

АФС, у патогенезі ЗВВ. У дослідженні Gameil M. та співавт., 2023 був встановлений підвищений більш, ніж у 4 рази відносний ризик викидня у жінок із гіпотиреозом, антитілами до тиреопероксидази або тиреоглобуліну (ВР 4,04, 95% ДІ=2,08-7,96, $p < 0,001$). Тому вивчення функції щитоподібної залози є дуже важливим у жінок із ЗВВ [7]. Антинуклеарні антитіла (АНА) – це група аутоантитіл, які націлені на компоненти клітинного ядра та зв'язуються з білками, нуклеїновими кислотами та комплексами білок-нуклеїнова кислота. Позитивні результати тестування на АНА, виражені в низьких титрах, зазвичай зустрічаються у здорових жінок, тоді як наявність високих титрів ($>1:160$) тісно пов'язана з аутоімунними захворюваннями, а саме системним червоним вівчаком, системною склеродермією та синдромом Шегрена. Ці стани значно підвищують рівень викиднів. У крос-секційному аналізі, що включав 4754 особи зі США, було показано, що поширеність позитивних АНА може досягати 13,8% і варіювати широко у різних популяціях, коливаючись від 5,92% у Китаї до 30,8% у афроамериканців. АНА-позитивність була вищою у жінок (17,8%), ніж у чоловіків (9,6%) [8].

Значну роль відіграє підвищена активність НК (natural killer – природній кіллер) - клітин, що стимулює відторгнення плода як аллотрансплантату. Роль цитотоксичності НК-клітин у несприятливих наслідках вагітності вже добре вивчена. Два десятиліття тому сімейство Toll-подібних рецепторів (TLR) було встановлено як один із важливих регуляторів імунної відповіді у процесі захисту від патогенів. Репродуктивний тракт жінки має доступ до зовнішнього середовища та унікальну взаємодію з різними патогенами. Серед них: патогенні мікроорганізми, звичайна мікрофлора, аллогенна сперма та напіваллогенний плід. Було припущено, що TLR можуть відігравати важливу роль у імунній регуляції жіночої репродуктивної системи. Крім того, було продемонстровано, що порушення імунітету можуть бути причиною деяких несприятливих наслідків вагітності, таких як преєклампсія, ЗВВ і затримка росту плода [9]. Наведені дані

демонструють, що хронічне запалення аутоімунної природи може бути причиною ЗВВ.

Лікування аутоімунної патології вимагає застосування преднізолону, що знижує рівень невиношування вагітності. Хлорохін та гідроксихлорохін є відомими протягом кількох століть протималярійними препаратами. Гідроксихлорохін має кращу комплаєнтність завдяки вираженим імуномодуючим властивостям. Тому його використовують для лікування аутоімунних та запальних захворювань. Відомо також наявність у гідроксихлорохіну ендотеліопротекторних, антидіабетогенних, ліпідознижувальних та антиоксидантних властивостей. Для корекції аутоімунних порушень у жінок із ЗВВ також використовують рекомбінантний гранулоцит-колонія стимулюючий фактор, інфузії інтраліпиду і такролімус [10]. Останній є потужним імунодепресантом, пригнічуючим трансплантаційний імунітет. Проте робити остаточні висновки ще зарано.

Сучасні погляди на менеджмент пацієнок із ЗВВ поступово трансформуються. Настав час для міждисциплінарного консенсуса між акушерами-гінекологами, генетиками, ендокринологами, гематологами, ревматологами та іншими спеціалістами. Завдання лікаря – використовувати оптимальні підходи з доведеною ефективністю та не витратити марно зайві кошти.

Література

1. Shehata H, Elfituri A, Doumouchsis SK, Zini ME, et al. FIGO Good Practice Recommendations on the use of progesterone in the management of recurrent first-trimester miscarriage. *Int J Gynaecol Obstet.* 2023;161,1:3-16. doi: 10.1002/ijgo.14717.

2. Kuroda K, Ikemoto Y, Horikawa T, et al. Novel approaches to the management of recurrent pregnancy loss: The OPTIMUM (OPTimization of Thyroid function,

Thrombophilia, Immunity, and Uterine Milieu) treatment strategy. *Reprod Med Biol.* 2021;14,20(4):524-536. doi: 10.1002/rmb2.12412.

3. Devall AJ, Papadopoulou A, Podesek M, et al. Progestogens for preventing miscarriage: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;19,4(4):CD013792. doi: 10.1002/14651858.CD013792.pub2.

4. Coomarasamy A, Dhillon-Smith RK, Papadopoulou A, et al. Recurrent miscarriage: evidence to accelerate action. *Lancet.* 2021;1,397(10285):1675-1682. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00681-4.

5. Salame, A.A., Zhaffal, M.J. & Peramo, B. Early pregnancy loss in IVF: a literature review. *Middle East Fertil Soc J* 29, 30 (2024). <https://doi.org/10.1186/s43043-024-00191-9>.

6. Ali A, Elfituri A, Doumouchsis SK, Zini ME, et al. Managing couples with recurrent miscarriage: A narrative review and practice recommendations. *Int J Gynaecol Obstet.* 2024;164(2):499-503. doi: 10.1002/ijgo.14971.

7. Gameil MA, Marzouk RE, Elsebaie AH, et al. Influence of thyroid autoimmunity at various clinical stages of hypothyroidism on the risk of miscarriage before 20 weeks of gestation. *Hormones (Athens).* 2023;22(4):587-593. doi: 10.1007/s42000-023-00474-2.

8. Liu T, Guo X, Liao Y, et al. Correlation Between the Presence of Antinuclear Antibodies and Recurrent Pregnancy Loss: A Mini Review. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2022;4,13:873286. doi: 10.3389/fendo.2022.873286.

9. Chan HY, Moldenhauer LM, Groome HM, et al. Toll-like receptor-4 null mutation causes fetal loss and fetal growth restriction associated with impaired maternal immune tolerance in mice. *Sci Rep.* 2021;16,11(1):16569. doi: 10.1038/s41598-021-95213-1.

10. Nakagawa K, Sugiyama R. Tacrolimus treatment in women with repeated implantation failures. *Reprod Med Biol.* 2024;9,23(1):e12558. doi: 10.1002/rmb2.12558.

РІВЕНЬ ПЕРЕЖИВАННЯ СТРЕСУ У ВАГІТНИХ З РЕПРОДУКТИВНОЮ ВТРАТОЮ В АНАМНЕЗІ

Соловйова Н.М., Сюсюка В.Г.

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет,
кафедра акушерства і гінекології

Втрата бажаної вагітності через викидень, мертвонародження може призвести до почуття провини, невпевненості в собі, тривоги та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [1]. Багато хто страждає від помірної або сильної тривоги, а менша кількість – від депресії. Психологічна захворюваність, зокрема симптоми ПТСР, зберігаються принаймні 3 місяці після втрати вагітності. Слід зазначити, що і деякі партнери повідомляють про клінічно значущі рівні ПТСР, тривоги та депресії після втрати вагітності. З часом рівень тривоги та симптоми депресії зменшується у жінок, однак час не завжди може «вилікувати все» і не забезпечує психічного благополуччя після викидня [2, 3, 4]. Варто враховувати і той факт, що кожна наступна вагітність після попередньої втрати сприймається жінкою як більш стресова через факт страху повторення втрати [5].

Зі свого боку, війна призвела до нашарування гострого стресу на вже існуючі проблеми, погіршення соціального становища тощо [6]. Жінки, які переживають військову агресію під час вагітності, можуть стикнутися з особливо високим рівнем стресу, що має значний вплив на стан їхнього здоров'я та здоров'я дітей [7]. В умовах війни стресові ситуації ведуть до зростання частоти загрози переривання вагітності [8].

Отже в комплексній оцінці психологічного стану, ще на етапі постановки на облік вагітних з репродуктивною втратою в анамнезі, слід оцінювати рівень переживання стресу.

Мета роботи: оцінити рівень переживання стресу у вагітних з репродуктивною втратою в анамнезі.

Матеріали та методи

Обстежено 105 вагітних жінок, які перебували на обліку в жіночій консультації КНП «Пологовий будинок № 9» ЗМР. Пацієнток поділили на групи в залежності від наявності репродуктивної втрати в анамнезі та зв'язку вагітності з періодом воєнних дій в Україні: I (основна) група – 38 вагітних з репродуктивною втратою в анамнезі, які почали свою участь у дослідженні після початку повномасштабного вторгнення на територію України; II група (порівняння) – 37 жінок з репродуктивною втратою в анамнезі, які розпочали свою участь у дослідженні до початку повномасштабного вторгнення; III (контрольна) група – 30 вагітних жінок без репродуктивної втрати в анамнезі.

Обстеження проводилось в I триместрі вагітності при постановці жінки на облік. Середній термін вагітності на момент дослідження склав: в основній групі $9,21 + 2,64$ тижнів, в групі порівняння – $10,7 + 3$ тижнів, контрольній групі – $10,97 + 4,85$ тижнів. Середній вік залучених до дослідження жінок був $30,1 + 5,86$ років в основній групі, $28,8 + 6,07$ років в групі порівняння та $26,5 + 4,95$ років в контрольній групі.

У всіх вагітних оцінювався рівень переживання стресу. В якості діагностичного інструменту виступала шкала оцінки переживання стресу «Perceived Stress Scale» (Cohen S. et al., 1983.) та адаптована в ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук України» (Татарчук Т. Ф. та співавт., 2009) і дає можливість діагностувати рівень хронічного стресу. Кожне з 14 питань оцінюється п'ятибальною шкалою Лайкерта: від 0 (ніколи) до 4 (дуже часто). Норма сили переживання стресу для тестової групи українських жінок складала від 14 до 28 балів, а вище 32 балів відповідає високому рівню переживання стресу [9, 10]. Дослідження вагітних проводилось як на паперових носіях, так і з використанням діагностичного комплексу «ReoCom» Stress у режимі «Класичний тест» («ХАИ-МЕДИКА», м. Харків).

Дослідження було проведено з дотриманням принципів біоетики та забезпеченням прав та свобод пацієнтів, що передбачені Гельсінською декларацією Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини (1964-2000 рр.), Міжнародної конференції з гармонізації (ICH) та дотримання стандартів належної клінічної практики (GCP), Конвенцією Ради Європи щодо захисту прав та гідності людини у зв'язку із використанням досягнень біології та медицини і наказом МОЗ України №281 від 01.11.2000р. Дослідження проводилось лише після отримання інформованої згоди учасників дослідження.

Обраний напрям дослідження тісно пов'язаний із планом науково-дослідної роботи кафедри акушерства і гінекології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету.

Статистичну обробку результатів проведено за допомогою програмного пакету ліцензійної програми «STATISTICA® for Windows 6.0» та «Microsoft Excel».

Результати дослідження та їх обговорення

Тестування, проведене за допомогою опитувальника Perceived Stress Scale (PSS) дало можливість діагностувати статистично достовірно ($p < 0,05$) вищий рівень хронічного стресу у жінок з репродуктивною втратою в анамнезі, порівняно з жінками, які не мали такого досвіду. Так, середній показник в I групі склав $26,97 \pm 1,01$ балів, у II групі - $25,95 \pm 0,87$ балів, у III групі - $22,83 \pm 1$ балів.

Рівень переживання стресу, який перевищував нормативні показники був відмічений у 44,7 % жінок основної групи, у 35,1 % - групи порівняння та у 13,3 % в контрольній групі. Високий рівень переживання стресу був встановлений у 39,5 % вагітних в основній групі (рисунок 1), що в 1,8 рази перевищувало відповідний показник групи порівняння (21,6 %) та в майже в 4 рази показник контрольної групи (10 %).

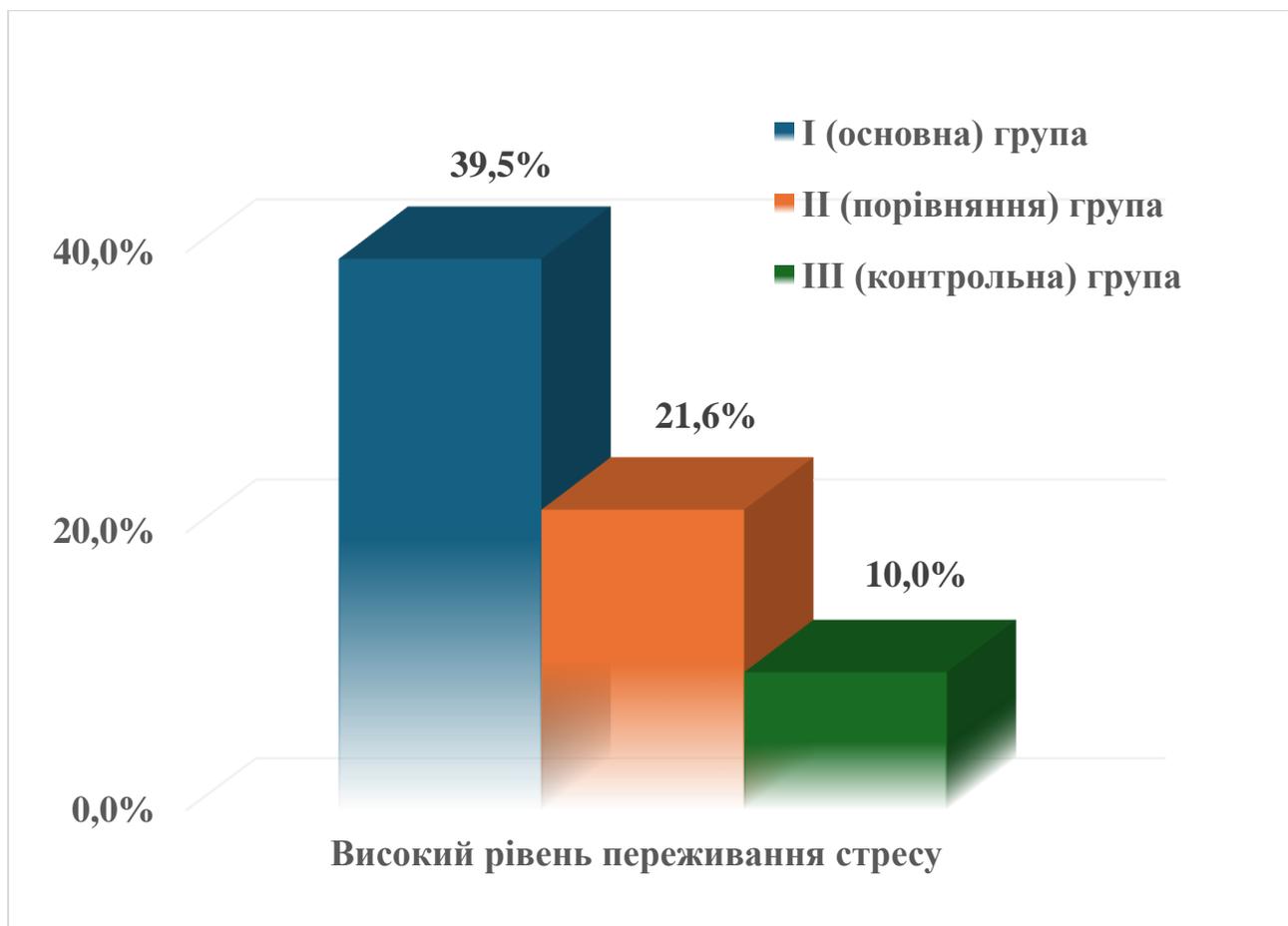


Рис.1. Високий рівень переживання стресу в групах дослідження, %.

Висновки

Результати проведеного дослідження свідчать, що у вагітних з репродуктивною втратою в анамнезі порівняно з жінками, які не мали такого досвіду, встановлено статистично достовірно ($p < 0,05$) вищий рівень переживання стресу. Слід зазначити, що частота високого рівня переживання стресу була найвищою серед вагітних з репродуктивною втратою в анамнезі, які почали свою участь у дослідженні після початку повномасштабного вторгнення на територію України (39,5 %).

Список використаних джерел

1. Robinson GE. Pregnancy loss. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2014;28(1):169-78. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.08.012.

2. Farren J, Jalmbrant M, Ameye L, Joash K, Mitchell-Jones N, Tapp S, Timmerman D, Bourne T. Post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy: a prospective cohort study. *BMJ Open*. 2016;2,6(11):e011864. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011864.
3. Farren J, Jalmbrant M, Falconieri N, Mitchell-Jones N, Bobdiwala S, Al-Memmar M, Tapp S, Van Calster B, Wynants L, Timmerman D, Bourne T. Differences in post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy between women and their partners: multicenter prospective cohort study. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2021;57(1):141-148. doi: 10.1002/uog.23147.
4. Mendes DCG, Fonseca A, Cameirão MS. The psychological impact of Early Pregnancy Loss in Portugal: incidence and the effect on psychological morbidity. *Front Public Health*. 2023;22,11:1188060. doi: 10.3389/fpubh.2023.1188060.
5. Donegan G, Noonan M, Bradshaw C. Parents experiences of pregnancy following perinatal loss: An integrative review. *Midwifery*. 2023;121:103673. doi: 10.1016/j.midw.2023.103673
6. Жабченко ІА, Корнієць НГ, Коваленко ТМ, Тертична-Телюк СВ, Ліщенко ІС, Бондаренко ОМ. Війна, стрес, вагітність: як узгодити проблемні питання? Репродуктивне здоров'я жінки. 2023;1:21-28.
7. Знаменська ТК, Зброжик ЄВ, Воробйова ОВ, Нікуліна ЛІ, Голота ТВ. Вплив психоемоційного стресу у вагітних та породіль на стан новонароджених під час військової агресії. Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 2023;4(50):5-11. doi 10.24061/2413-4260.XIII.4.50.2023.1
8. Корчинська ОО, Созанська МА, Андращикова С, Жултакова С, Шлоссерова А. Перебіг ранніх термінів вагітності під впливом стресу у жінок – внутрішньо переміщених осіб. Проблеми клінічної педіатрії. 2022;4(58):26-31.
9. Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці – сімейній медицині : навч. посіб. для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (ф-тів) післядип. освіти / Б. В. Михайлов, О. І. Сердюк, В. В. Чугунов [та ін.] ; за

заг. ред. Б. В. Михайлова. – 5-е вид., перероб. та доп. – Х. : ХМАПО, 2014. - 328 с.

10. Дослідження психологічного стану вагітних з урахуванням психосоматичного компоненту: навчальний посібник / В. О. Потапов, В. В. Чугунов, В. Г. Сюсюка та ін. Дніпро; Запоріжжя: ТОВ «Карат», 2017.126 с.

ОЦІНКА ЦИТОПРОТЕКТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ РАННІЙ ФОРМІ ЗАТРИМКИ РОСТУ ПЛОДА

Пучков В. А.

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет,
кафедра акушерства і гінекології

Затримка росту плода (ЗРП) часто пов'язана з тим, що плід не досягає свого генетичного та біологічного потенціалу росту і може бути наслідком кількох причин одночасно [Lees, C. C., Romero, R., 2022]. Гіпоксія та окислювальний стрес, викликаний збільшенням реактивних форм кисню та/або відсутністю доступності і активності антиоксидантів, давно пов'язані із ЗРП. Зміни концентрації кисню можуть викликати стерильне запалення плаценти, можливо, посилюючи плацентарну дисфункцію та порушуючи розвиток плода під час вагітності ЗРП [Nüsken, E., Appel, S., 2024]. В порівнянні із загальною популяцією ЗРП пов'язана з високою частотою несприятливих акушерських та перинатальних наслідків, в тому числі із підвищеним ризиком гіпоксичних уражень центральної нервової системи (ЦНС), розвитком неврологічного дефіциту включаючи руховий, поведінковий та когнітивний дефіцити [Malhotra, A., Allison, B. J. 2019]. Час виникнення плацентарної недостатності має вирішальну роль у ризику виникнення порушень нервового розвитку дітей, які народились із затримкою росту [Malhotra, A., Rocha, A. K., 2024]. Змінений розвиток мозку, який може включати: зменшення загального об'єму мозку, об'єму сірої речовини кори, об'єму мозочка та гіпокампу, зниження або затримку мієлінізації мозку, дегенерацію нейронів і субоптимальний зв'язок нейронів - тісно пов'язана з ЗРП [Dudink, I., Hüppi, P. S., 2022]. Як у доклінічних дослідженнях, так і в клінічних дослідженнях нейровізуалізації ЗРП, невропатологія вже очевидна в мозку плода у внутрішньоутробному періоді [Malhotra, A., Rocha, A. K., 2024, Peretz, R., Halevy, T., 2022]. Таким чином, пошук і розробка стратегії фармакологічного втручання під час вагітності, яке

направлене на зниження проявів оксидативного стресу в плаценті дозволить знизити відсоток антенатальних пошкоджень головного мозку плода при ранній формі ЗРП та сприятиме покращенню ранніх перинатальних наслідків.

Мета дослідження: оцінити ефективність комплексної цитопротективної терапії у плодів з ранньою формою затримки росту плода для покращення перинатальних результатів.

Матеріали та методи

У дослідженні типу «випадок-контроль» брали участь 63 жінки з одноплідною вагітністю у терміні 24 - 34 тиж гестації, які знаходилися на лікуванні у КНП «Запорізький обласний перинатальний центр» ЗОР з 2018 по 2021 рр. Учасників дослідження було розподілено на 2 групи. До I групи включено 30 вагітних із ранньою формою затримки росту плода, яким була призначена нейропротективна терапія, шляхом призначення мелатоніну (12 мг/добу) у поєднанні з цитиколіном (1000 мг/добу). Група II включала 33 вагітні із ранньою формою ЗРП, ведення вагітності та пологів яких було передбачене чинним Наказом МОЗ України. ЗРП діагностували згідно діючих клінічних протоколів.

Статистичний аналіз виконували із використанням програми «STATISTICA®». Статистичний значимість відмінностей між групами за якісними показниками визначали за допомогою точного критерію Фішера, за кількісними – за допомогою Т-критерію Стьюдента.

Результати та їх обговорення

Середній вік вагітних, паритет, термін вагітності при включенні, а також клініко-анамнестичні характеристики в групах дослідження, не виявили статистично достовірної різниці ($p > 0,05$). Серед соматичної патології переважали гіпертензивні розлади під час вагітності, частота яких складала в I та II групах 7,6 % та 10,2 % відповідно, і не мала статистично значимих відмінностей ($p > 0,05$).

Особливості перебігу вагітності в групах дослідження показали, що пролонгація вагітності в I групі була статистично більшою ($p < 0,05$) і становила 37,4 дні, в порівнянні з 22,6 днями в II групі. Відповідно середній термін пологів у плодів I групи становив 35,7 тижні, в порівнянні з 33,0 тижнями в II групі ($p < 0,05$). Середня вага при народженні в I групі була статистично достовірно вищою ($p < 0,05$) (1988,0 гр) в порівнянні з II групою (1470,0 гр). Оцінка за шкалою Апгар < 7 балів на 5 хвилині в II групі у 2 рази перевищувала відповідний показник у I групі і складала 32,3 % і 16,7 %, відповідно ($p < 0,001$). Необхідність перебування у відділенні інтенсивної терапії в I групі була у 46,7 %, що в 1,5 рази менше ніж в II групі (69,7 %) ($p < 0,001$). Необхідність в інвазійній дихальній підтримці була в 2 рази вищою у дітей II групи в порівнянні з I групою, відповідно 50,0 % та 26,7 % ($p < 0,001$). Так само, як і потреба застосування препаратів сурфактанта, яка в I групі була у 23,3 % випадків та 40,0 % в II групі ($p < 0,05$). Аналіз ускладнень раннього неонатального періоду продемонстрував, що частота (РДС 13,3 % та 36,1 %; НЕК 3,3 % та 12,0 %; сепсису 6,7 % та 14,0 %; необхідність інотропної підтримки 3,3% та 6,0% відповідно в I та II групах) була більшою у дітей II групи, в порівнянні з I групою ($p < 0,0001$). Інтранатальна загибель плоду біла лише в 1 випадку (2,0 %) в II групі. Щодо неонатальної смертності, то в I групі цей показник складав 3,3 %, в порівнянні з II групою, де він складав 6,0 % ($p < 0,0001$). Загальна тривалість госпіталізації новонароджених в стаціонарі в I групі була статистично меншою (15,2 дні), в порівнянні з II групою (26,2 дні) ($p < 0,001$).

Висновок

Застосування запропонованої антенатальної цитопротективної терапії у плодів з ранньою формою ЗРП, яка включає в себе комбіноване застосування мелатоніну з цитіколіном, дозволило знизити кількість перинатальних ускладнень у новонароджених з відповідною патологією.

Література

1. Lees, C. C., Romero, R., Stampalija, T., Dall'Asta, A., DeVore, G. A., Hecher, K. (2022). Clinical Opinion: The diagnosis and management of suspected fetal growth restriction: an evidence-based approach. *American journal of obstetrics and gynecology*, 226(3), 366–378. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.11.1357>
2. Nüsken, E., Appel, S., Saschin, L., Kuiper-Makris, C., Oberholz, L., Schömig, C., Tauscher, A., Dötsch, J., Kribs, A., Alejandre Alcazar, M. A., & Nüsken, K. D. (2024). Intrauterine Growth Restriction: Need to Improve Diagnostic Accuracy and Evidence for a Key Role of Oxidative Stress in Neonatal and Long-Term Sequelae. *Cells*, 13(6), 501. <https://doi.org/10.3390/cells13060501>
3. Malhotra, A., Allison, B. J., Castillo-Melendez, M., Jenkin, G., Polglase, G. R., & Miller, S. L. (2019). Neonatal Morbidities of Fetal Growth Restriction: Pathophysiology and Impact. *Frontiers in endocrinology*, 10, 55. <https://doi.org/10.3389/fendo.2019.00055>
4. Malhotra, A., Rocha, A. K., Yawno, T., Sutherland, A. E., Allison, B. J., Nitsos, I., Pham, Y., Jenkin, G., Castillo-Melendez, M., & Miller, S. L. (2024). Neuroprotective effects of maternal melatonin administration in early-onset placental insufficiency and fetal growth restriction. *Pediatric research*, 95(6), 1510–1518. <https://doi.org/10.1038/s41390-024-03027-4>
5. Dudink, I., Hüppi, P. S., Sizonenko, S. V., Castillo-Melendez, M., Sutherland, A. E., Allison, B. J., & Miller, S. L. (2022). Altered trajectory of neurodevelopment associated with fetal growth restriction. *Experimental neurology*, 347, 113885. <https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2021.113885>
6. Peretz, R., Halevy, T., Gafner, M., Fried, S., Revesz, Y., Mayer, A., & Katorza, E. (2022). Volumetric Brain MRI Study in Fetuses with Intrauterine Growth Restriction Using a Semiautomated Method. *AJNR. American journal of neuroradiology*, 43(11), 1674–1679. <https://doi.org/10.3174/ajnr.A7665>

ВПЛИВ ГІПЕРТЕНЗИВНИХ РОЗЛАДІВ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ НА ГЕМОДИНАМІКУ СИСТЕМИ МАТИ-ПЛАЦЕНТА-ПЛІД ТА МАСОВО-РОСТОВІ ПОКАЗНИКИ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Сюсюка В.Г., Беленічев І. Ф., Кириченко М.М.

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет,

кафедра акушерства та гінекології,

кафедра фармакології та медичної рецептури з курсом нормальної фізіології

Прекламсія (ПЕ) це поліетіологічний гіпертензивний розлад (ГР), який виникає у вагітних жінок і проявляється підвищенням артеріального тиску та протеїнурією (ACOG, 2020). Міжнародне товариство з вивчення гіпертензії при вагітності визначає ПЕ як стан, що проявляється після 20-го тижня вагітності і характеризується поєднанням високого артеріального тиску (САТ/ДАТ понад 140/90 мм рт.ст.) та значної протеїнурії (понад 300 мг/день) (Tranquilli et al., 2014). Цей стан є надзвичайно небезпечним як для матері, так і для плода, оскільки може призводити до ряду важких ускладнень, таких як затримка росту плода, порушення фетоплацентарної гемодинаміки (ФГ), передчасні пологи, важка поліорганна недостатність, а в тяжких випадках, може призводити до розвитку еклампсії та навіть до смерті матері та плода (Steegers et al., 2010). Незважаючи на існування великої кількості фундаментальних досліджень, патогенез розвитку преклампсії залишається до кінця не визначеним.

Мета дослідження: проаналізувати вплив гіпертензивних розладів під час вагітності на фетоплацентарну гемодинаміку, масово-ростові показники та особливості перебігу раннього неонатального періоду новонароджених.

Матеріали та методи

Проведено ретроспективний аналіз медичних записів 100 випадків вагітності та пологів. В аналіз було включено випадки з одноплідною вагітністю, ускладненою гестаційною гіпертензією (ГГ), легкою або важкою ПЕ. Середній вік вагітних жінок у досліджуваній групі становив $29,81 \pm 0,62$ роки. Діагностика,

тактика ведення та пологи проводилися згідно з чинними наказами та клінічними настановами Міністерства охорони здоров'я України. Дослідження відповідає сучасним етичним стандартам. Статистична обробка результатів здійснювалась з використанням ліцензійних пакетів програми «STATISTICA 13».

Результати дослідження

Згідно з результатами дослідження ГГ була зареєстрована у 34% випадків. Помірну ПЕ було діагностовано у 55% випадків, а важку ПЕ у 11%. Згідно з даними анамнезу, 65% жінок очікували на свої перші пологи, 51% з яких були вагітними вперше, а 13% мали випадки переривання вагітності. Характеризуючи перебіг вагітності у жінок з ГР у цьому дослідженні, було виявлено, що порушення ФК були зареєстровані у 63% випадків. Відповідно до ступені важкості ГР ці порушення було розподілено наступним шляхом: у пацієток з ГГ у 15% випадків не було порушень ФГ, у 15% спостерігалось уповільнення ФГ і у 4% випадків – термінальні форми ФГ. У вагітних з помірною ПЕ у 18% випадків не було виявлено порушень ФГ, у 20% випадків спостерігалось уповільнення ФГ, і у 17% випадків термінальні форми ФГ. Серед пацієток з тяжкою ПЕ у 4% випадків не було виявлено порушень ФГ, у 1% випадків визначено уповільнення ФГ, і у 6% випадків – термінальні форми ФГ. Згідно з даними ультразвукового дослідження, затримка росту плода (ЗРП) спостерігалась у 32% вагітних жінок.

Аналіз перебігу пологів у досліджуваній групі встановив, що середній термін вагітності при розродженні становив $36,22 \pm 0,32$ тижня ($\sigma = 3,16$). Спостерігалась статистично значуща негативна кореляція між тяжкістю ГР і терміном пологів ($\rho = -0,393$, $p < 0,01$). У 63% випадків пологи були терміновими, і у 37% – передчасними. Абдомінальним розродженням шляхом операції кесарів розтин (КР) завершилися 51% вагітностей, природними пологами – 49%. У більшості випадків (32%) передчасне розродження було зумовлено КР. У 19% випадків показанням до раннього абдомінального розродження був дистрес

плода, і у 9% – гіпертензія, яка не піддавалася корекції медикаментами. У двох випадках (2%) показанням до хірургічного втручання було відшарування нормально розташованої плаценти, і у ще двох випадках (2%) – спонтанний початок пологів у тазовому передлежанні плода. Оцінка новонароджених за шкалою Апгар на першій хвилині складала $7,15 \pm 0,16$ ($\sigma=1,59$), а на п'ятій хвилині – $7,92 \pm 0,13$ ($\sigma=1,35$). З низькими масово-ростовими показниками (≤ 10 -й перцентиль) народилися 62% новонароджених. Новонароджені з нормальними ваговими показниками (> 10 -й перцентиль) та (≥ 50 -й перцентиль) склали відповідно 27% та 10% випадків. Серед новонароджених спостерігалися наступні ускладнення: неонатальна жовтяниця у 67%, синдром дихальних розладів у 27%, внутрішньоутробна інфекція у 24%, гіпоксично-ішемічна енцефалопатія у 21%, відкрита артеріальна протока у 17%, транзиторна жовтяниця у 6%, анемія у 3% та асфіксія новонародженого у 2% випадків.

Висновки

Серед вагітних жінок з гіпертензивними розладами було діагностовано високу частоту порушень фетоплацентарної гемодинаміки – 63%. У вагітних з гестаційною гіпертензією частота виникнення термінальних форм порушень кровообігу становила 4%, з помірною преєклампсією – 17%, а з важкою – 6%. Спостерігався відносно високий відсоток дітей, які народилися з низькою вагою відповідно до масово-ростових показників – 62%. Перинатальні результати пологів свідчать про те, що частота передчасних пологів у групі досліджуваних жінок становила 37%. Було виявлено статистично значущу кореляцію між тяжкістю гіпертензивних розладів і терміном пологів ($\rho = -0,393$, $p < 0,01$). У 32% випадків передчасне народження дитини було зумовлено раннім хірургічним розродженням, що у 19% випадків було пов'язане з розвитком дистресу плода. Ускладненнями новонароджених, що спостерігались найчастіше були неонатальна жовтяниця у 67% та синдром дихальних розладів у 27% випадків.

**МЕНЕДЖМЕНТ МЕНОПАУЗАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ:
ПРОТИПОКАЗАННЯ ЩОДО ПРИЗНАЧЕННЯ МЕНОПАУЗАЛЬНОЇ
ГОРМОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ**

Сюсюка В.Г., Павлюченко М.І., Сергієнко М.Ю., Дейніченко О.В.

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет,
кафедра акушерства та гінекології

Менопауза може бути пов'язана з такими клінічними проявами як вазомоторні симптоми, сечостатеві проблеми та додаткові психологічні розлади, такі як тривога, зміни настрою та порушення сну [1]. Близько 20% жінок із клімактеричними симптомами звертаються за допомогою до акушерів-гінекологів, а решта – до лікарів інших спеціальностей (ендокринологів, кардіологів, урологів, невропатологів та інших), які не опікуються питаннями призначення менопаузальної гормональної терапії (МГТ). Унаслідок цього жінки втрачають час та не отримують необхідну допомогу щодо корекції менопаузальних розладів, звертаються до гінеколога запізно – через 6-8 років від початку менопаузи [2]. Важливим аспектом ведення пацієнок із клімактеричними розладами є поінформованість медичних працівників про особливості цієї вікової групи жінок, а також про переваги гормональної терапії [3, 4]. Призначення такої терапії має бути індивідуальним, враховуючи профіль ризику, стан здоров'я, бажання та потреби жінок [5]. Менеджмент пацієнок з менопаузальними симптомами передбачає обов'язкове врахування абсолютних та відносних протипоказань щодо призначення МГТ. Абсолютними протипоказаннями є діагностований у минулому або підозра на рак молочної залози, діагностовані у минулому або підозра на естроген-залежні злоякісні пухлини (наприклад, рак ендометрія III, IV ст. та низькодиференційований рак ендометрія), встановлені прогестаген-залежні новоутворення (наприклад, менінгіома) або підозра на них, вагінальні кровотечі нез'ясованого генезу, нелікована гіперплазія ендометрія, наявна венозна тромбоемболія (тромбоз

глибоких вен, тромбоемболія легеневих артерій) або венозна тромбоемболія у минулому, відомі тромбофілії (наприклад, дефіцит протеїну С, протеїну S або антитромбіну III), активні або нещодавні тромбоемболічні захворювання артерій (наприклад, стенокардія, інфаркт міокарду), гострі захворювання печінки, а також наявність захворювань печінки в минулому, якщо показники її функції не нормалізувалися, відома гіперчутливість до діючих речовин або до будь-якої з допоміжних речовин лікарського засобу, порфірія. Серед відносних протипоказань слід зазначити лейоміому матки, ендометріоз, мігрень, наявність сімейної гіпертригліцеридемії, жовчнокам'яну хворобу, епілепсію, а також підвищений ризик розвитку раку молочної залози та рак ендометрія I та II стадії [6]. Тому, під час консультації щодо менопаузи важливо враховувати вік жінки, класичні фактори ризику, тяжкість менопаузальних симптомів, тривалість менопаузи, ефективність попереднього лікування, комплаєнтність до гормональної терапії. Лікування має бути індивідуальним для кожної пацієнтки, використовуючи найкращі наявні докази для максимальної користі й мінімізації ризиків, з періодичною переоцінкою їх співвідношення [7].

Отже, менеджмент пацієнток з менопаузальними порушеннями передбачає персоналізований підхід щодо вибору оптимальної схеми лікування з урахуванням протипоказань та кардіоваскулярних, тромботичних і метаболічних ризиків.

Література

1. Aquino CI, Stampini V, Osella E, Troia L, Rocca C, Guida M, Faggiano F, Remorgida V, Surico D. Menopausal Hormone Therapy, an Ever-Present Topic: A Pilot Survey about Women's Experience and Medical Doctors' Approach. *Medicina (Kaunas)*. 2024;60(5):774.
2. Agababyan L, Begimbekova L, Vasylchenko L, Gafurova F, Gegechkori M, Grebennikova H, Gromova O, Dzhaibetova A, Ermolenko T, Yefimenko O, Zakharenko N, Kopobayeva I, Kosei N, Kristesashvili D, Mishchenko L, Myrzabekova

G, Pedachenko N, Persoyan I, Pyrohova V, Reheda S, Rozhkovska N, Rustamova K, Salimkhanova H, Stavinska L, Tatarchuk T, Trokhymovych O, Tutchenko T, Ukibasova T, Yashina O. V International expert forum on menopausal hormone therapy. *Reproductive endocrinology*. 2024;71:10-18.

3. Siusiuka VG, Serhienko MYu, Pavliuchenko MI, Demidenko OV, Deinichenko OV, Onopchenko SP Short- and long-term impact by vasomotor symptoms in menopause and modern approaches to their correction. *Reproductive health of woman*. 2024;4 (75):63-69.

4. Siusiuka VH, Vizir VA, Serhienko MYu, Demidenko OV, Deinichenko OV. Perimenopause period and menopause: cardiovascular and metabolic risks. *Zaporozhye Medical Journal*. 2024;26(5):424-429.

5. Lambrinoudaki I, Armeni E, Goulis D, et al. Menopause, wellbeing and health: A care pathway from the European Menopause and Andropause Society. *Maturitas*. 2022;163:1-14.

6. Наказ МОЗ України від 17.06.2022 № 1039 Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Менопаузальні порушення та інші розлади в перименопаузальному періоді»

7. Trémollières FA, Chabbert-Buffet N, Plu-Bureau G, et al. Management of postmenopausal women: Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) and Groupe d'Etude sur la Ménopause et le Vieillissement (GEMVi) Clinical Practice Guidelines. *Maturitas*. 2022;163:62-81.

МЕНОПАУЗА ТА АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ

Сюсюка В.Г., Деміденко О.В., Сергієнко М.Ю., Онопченко С.П.

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет,
кафедра акушерства і гінекології

Ризик серцево-судинних захворювань (ССЗ) помітно зростає на п'ятому десятилітті життя жінки, що збігається з настанням менопаузи та відбувається на 10 років пізніше, ніж аналогічне вікове збільшення у чоловіків. Менопауза знаменує собою значний перехідний період у житті жінки і супроводжується кардіометаболічними змінами. Крім того, пов'язані з менопаузою симптоми, такі як вазомоторні симптоми (ВМС), порушення сну та зміни настрою, можуть мати прямий вплив на ризик ССЗ [1, 2]. Саме ВМС є поширеними серед жінок, які перебувають у менопаузі, і пов'язані з підвищенням артеріального тиску (АТ). Вегетативна дисрегуляція АТ вважається фактором, що сприяє підвищеному ризику ССЗ у жінок у менопаузі з ВМС [3]. Ризики, пов'язані з підвищенням систолічного АТ, реалізуються починаючи з 30 років та поширюються на широкий віковий діапазон [4]. Поява ВМС передбачає вищий рівень АТ і хоча точний механізм, що їх зв'язує до кінця не з'ясований, є докази більшої активації симпатичної нервової системи у даного контингенту жінок [5, 6]. Можливо, що дефіцит естрадіолу під час менопаузи має зв'язок з вищим систолічним АТ, але ця гіпотеза не підтверджена. Не виявлено зв'язку між ендogenous естрадіолом і рівнем систолічного АТ або ризиком виникнення гіпертензії [7, 8]. Дослідження, опубліковане 20 років тому щодо штучної (хірургічної) менопаузи, підтвердило підвищення опору периферичних судин і АТ, що свідчить про роль гормонів яєчників у модуляції гомеостатичного тиску, а підвищення АТ після менопаузи спричинене недостатністю яєчників і, перш за все, естрогену [9]. Артеріальна гіпертензія є найпоширенішим модифікованим фактором ризику ССЗ. Даний контингент жінок іноді уникає МГТ через переконання, що вона негативно впливає на артеріальний тиск. Однак, було доведено, що трансдермальний

естроген має сприятливий вплив на артеріальний тиск у жінок з нормальним тиском і нейтральний ефект у жінок з гіпертонією [10, 11, 12]. Застосування МГТ не пов'язане зі збільшенням АТ [13]. Більше того, МГТ не протипоказана жінкам з артеріальною гіпертензією, їм може бути призначена гормональна терапія, якщо рівень АТ контролюється антигіпертензивними препаратами [14].

Отже, ведення жінок з менопаузальними розладами має бути зосереджено на стратегіях профілактики серцево-судинних захворювань, що передбачає початок застосування МГТ в період, відомий як «вікно терапевтичних можливостей». Наявність артеріальної гіпертензії не є протипоказанням до призначення МГТ, якщо рівень АТ контролюється антигіпертензивними препаратами.

Література

1. Uddenberg ER, Safwan N, Saadedine M, Hurtado MD, Faubion SS, Shufelt CL. Menopause transition and cardiovascular disease risk. *Maturitas*. 2024;185:107974.
2. Chikwati RP, Chikowore T, Mahyooddeen NG, Jaff NG, George JA, Crowther NJ. The association of menopause with cardiometabolic disease risk factors in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analyses. *Menopause*. 2024;1,31(1):77-85.
3. Lee E, Anselmo M, Tahsin CT, Vanden Noven M, Stokes W, Carter JR, Keller-Ross ML. Vasomotor symptoms of menopause, autonomic dysfunction, and cardiovascular disease. *Am J Physiol Heart Circ Physiol*. 2022;1,323(6):H1270-H1280.
4. Rapsomaniki E, Timmis A, George J, et al. Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1·25 million people. *Lancet*. 2014;383(9932):1899-1911.
5. Ji H, Kim A, Ebinger JE, et al. Sex Differences in Blood Pressure Trajectories Over the Life Course [published correction appears in *JAMA Cardiol*. 2020 Mar 1;5(3):364]. *JAMA Cardiol*. 2020;5(3):19-26.

6. Samargandy S, Matthews KA, Brooks MM, et al. Trajectories of Blood Pressure in Midlife Women: Does Menopause Matter?. *Circ Res.* 2022;130(3):312-322. doi:10.1161/CIRCRESAHA.121.319424
7. Samargandy S, Matthews KA, Brooks MM, et al. Trajectories of Blood Pressure in Midlife Women: Does Menopause Matter?. *Circ Res.* 2022;130(3):312-322.
8. Wang L, Szklo M, Folsom AR, Cook NR, Gapstur SM, Ouyang P. Endogenous sex hormones, blood pressure change, and risk of hypertension in postmenopausal women: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Atherosclerosis.* 2012;224(1):228-234.
9. Mercurio G, Zoncu S, Saiu F, Mascia M, Melis GB, Rosano GM. Menopause induced by oophorectomy reveals a role of ovarian estrogen on the maintenance of pressure homeostasis. *Maturitas.* 2004;47(2):131-138.
10. Kapoor E, Kling JM, Lobo AS, Faubion SS. Menopausal hormone therapy in women with medical conditions. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2021;35(6):101578.
11. Sumino H, Ichikawa S, Kasama S, et al. Different effects of oral conjugated estrogen and transdermal estradiol on arterial stiffness and vascular inflammatory markers in postmenopausal women. *Atherosclerosis.* 2006;189(2):436-442.
12. Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. *Nat Rev Nephrol.* 2020;16(4):223-237.
13. Ferreira-Campos L, Gabrielli L, Almeida MDCC, Aquino EML, Matos SMA, Griep RH, Aras R. Hormone therapy and Hypertension in Postmenopausal Women: Results from the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Arq Bras Cardiol.* 2022;118(5):905-913.
14. Наказ МОЗ України від 17.06.2022 № 1039 Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Менопаузальні порушення та інші розлади в перименопаузальному періоді».

ГІПЕРПЛАСТИЧНІ ПРОЦЕСИ ЕНДОМЕТРІЯ НА ТЛІ ПРИЙОМУ ТАМАКСИФЕНУ

Ганжий І.Ю., Шаповал О.С.

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет,
кафедра акушерства і гінекології

Привертають увагу гіперпластичні процеси на тлі прийому тамоксифену, який використовується в гормональній терапії карциноми молочної залози. Тамоксифен є селективним модулятором рецепторів естрогенів (SERM, selective estrogen receptor modulators), дія якого як часткового антагоністу проявляється через ER α і переважно експресується через молочну залозу і яєчники, а також як часткового агоніста через ER β і експресується через ендометрій, костну тканину, печінку. Естрогенподібна дія тамоксифену може проявлятися проліферацією стромального компонента і гіперплазією базального шару ендометрія, збільшенням розмірів матки за рахунок можливого зростання міоматозних вузлів, формуванням очагів аденоміозу, зростанням ризику розвитку гормонозалежного рака ендометрія (в 6-7 разів) [1, 3, 4].

Тамоксифен є незалежним фактором ризику розвитку рака ендометрія поряд з цукровим діабетом, артеріальною гіпертензією, спадковістю. Жінок, що приймають тамоксифен, необхідно попередити про підвищений ризик розвитку гіперплазії й раку ендометрія, особливо серед жінок віком від 50 років та старше. Пацієнткам рекомендують негайно повідомляти лікаря про будь-які аномальні маткові кровотечі або кров'яні виділення в пост менопаузі [1, 2].

Ефект тамоксифена на ендометрій проявляється в залежності від менопаузального статусу, дози та тривалості використання. Більшість пременопаузальних пацієнток з нормальним циклом, що отримують тамоксифен, мають регулярні менструальні цикли, але у деяких розвивається аменорея. При безперервному використанні тамоксифена сивороточний рівень естрогена і прогестерона часто є підвищеним в 2-3 рази порівнянні з нормальним рівнем.

У постменопаузальних жінок тамоксифен має естрогенний рівень на піхвовий епітелій.

Виникнення ендометріюїдних поліпів є однією з найбільш частих знахідок у пацієнок, що отримують тамоксифен. Поліпи можуть бути великими і множинним і рецидивуючими. Поверхня поліпів вислана плоским, атрофічним, метапластичним або секреторним епітелієм. Строма варіабельно з набряком, міксоїдна або фіброзна, часто з гіперпластичними змінами. Різні типи цитоплазматичних змін або метаплазії в залозах, особливо муцинозні і світлоклітинні. Особливістю є зірчаста форма залоз і часта епітеліальна та стромальна метаплазія. Частота рецидиву поліпів складає 8-36%. Малігнізація спостерігається в 3% випадків [4].

Частота тамоксифен-індукованої гіперплазії ендометрія серед жінок, що отримували тамоксифен складає від 5 до 20% [2, 3].

Тамоксифен-асоційований рак ендометрія є високодиференційованим, з поверхневою інвазією, має будову муцинозної світлоклітинної або серозно-папілярної аденокарциноми. Є дані, що у 1/3 хворих, які в минулому приймали тамоксифен, рак ендометрія має більш агресивну гістологічну картину і гірший прогноз, ніж у тих, хто приймає тамоксифен в теперішній час [4].

Кістозна атрофія ендометрія пояснюється складним механізмом дії тамоксифена, що включає агоністичний та антагоністичний вплив на ендометрій, а також механізми, що не пов'язані з естрогенними рецепторами. При обстеженні ендометрія на фоні прийому тамоксифена нерідко зустрічається збільшення товщини М-ехо, при цьому ніякої патології зі сторони ендометрія при гістологічному дослідженні не виявлено. Більшість дослідників вважає, що значення М-ехо має низьку чутливість, специфічність і прогностичну цінність. Ультразвукова картина при тривалому прийомі тамоксифена має ряд особливостей: неоднорідність ехоструктури ендометрія, множинні анехогенні кістозні включення різного діаметра, М-ехо потовщено в порівнянні з нормою в

постменопаузі. Потовщення ендометрія при УЗД може бути в основному за рахунок тамоксифен-індукованої субепітеліальної стромальної проліферації, що залучає в процес залози і веде до кістозних змін в ендометрії. При УЗД цей стан імітує гіперплазію ендометрія. Однак в більшості випадків ендометрій залишається нормальним або атрофічним. Після припинення прийому тамоксифена товщина ендометрія зменшується, але у деяких пацієнток аномальна товщина може залишатися довгий час. Згідно даним проспективних досліджень аномальна товщина ендометрія зустрічається у 45% і 42% пацієнтів через 12 і 30 місяців після припинення прийому тамоксифена відповідно [3, 4].

За даними деяких дослідників, одним із можливих шляхів профілактики і лікування патологічних процесів ендометрія у пацієнток, що довготривало приймають адьювантну терапію, може бути ЛНГ- ВМС [3]. Але можливість використання ЛНГ- ВМС у жінок, що приймають, і тим більше у жінок в пізньої менопаузі, досі не зрозуміла. В Кокреновському огляді було показано, що ЛНГ- ВМС значимо знижує частоту поліпів ендометрія у жінок, що отримують тамоксифен. Однак не було виявлено чітких доказів, що ЛНГ- ВМС служить профілактикою гіперплазії ендометрія або раку ендометрія. Інші вважають, що у жінок в постменопаузі з раком молочної залози, що приймають тамоксифен, ЛНГ- ВМС попереджає розвиток гіперплазії ендометрія [4].

Разом з тим, по деяким даним левоноргестрел є фактором ризику розвитку рака молочної залози. Хоча деякі дослідники вважають спорним питання про рецидивуючий рак молочної залози при використанні ЛНГ- ВМС і вказують на необхідність проведення нових досліджень для виявлення взаємозв'язку використання ЛНГ- ВМС і рецидивом рака молочної залози [3].

У жінок, у яких розвинулася гіперплазія ендометрія під час терапії тамоксифеном раку молочної залози, необхідно повторно оцінити доцільність застосування тамоксифену; лікування необхідно призначати спільно з лікарем онкологом, виходячи з гістологічної класифікації гіперплазії ендометрія.

Література:

1. Рак в Україні, 2022-2023 Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюлетень національного канцер-реєстру України №25.
2. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги "Гіперплазія ендометрія": наказ Міністерства охорони здоров'я №869 від 05 травня 2021 року.
3. Negoita M. Tamoxifen and endometrial pathology / M. Negoita, C.Terinte, M.C.Mihailovici // rev. med. Chir. Soc. Med. Nat. Iasi. – 2010. – Vol. 114 (4).
4. Saccardi C. Endometrial surveillance in tamoxifen users: role, timing and accuracy of hysteroscopic investigation/ Observational longitudinal cohort study / C. Saccardi et al // Endocrine-Related Cancer. – 2013.- Vol. 20 (4). – P.455-462.

ПСИХОПАТОЛОГІЧНИЙ АКЦЕНТ ПРИ ВЕДЕННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАПАЛЬНИМИ УРАЖЕННЯМИ ШКІРИ

Городокіна Л.О.

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет,
кафедри дерматовенерології та естетичної медицини

Актуальність

Псоріатична хвороба залишається досі неоднозначною нозологією в контексті дерматологічного консультування. Адже з одного боку, наявна велика кількість досліджень щодо патогенетичних ланок, терапевтичних підходів, з іншого – присутні коморбідні стани, що впливають на перебіг дерматозу і потребують повноцінної уваги під час менеджменту. Як за даними літературних джерел, так і за власними спостереженнями психопатологічний ореол набуває рис домінантності серед пацієнтів із псоріазом, особливо в умовах тривалого хронічного стресу. Так, останній чинник не є рідкістю для мешканців країни та регіону зокрема, враховуючи умови життя на тлі воєнного стану. Наявність псоріатичних ефлорисценцій має значний вплив на психічний стан пацієнтів, часто призводячи до розвитку депресивних та тривожних розладів через стрес, пов'язаний з соціальною стигматизацією та фізичними проявами хвороби. Висип на відкритих ділянках тіла сприяє зниженню самооцінки, що в свою чергу веде до соціальної ізоляції і відчуття меншовартості. Саме тому, врахування психопатологічної симптоматики при хронічних запальних дерматозах є важливою складовою терапевтичного алгоритму, що вимагає комплексного підходу до менеджменту з метою впливу як на перебіг дерматозу, так і на якість життя пацієнтів.

Метою даної роботи є визначення особливостей психопатологічних проявів у пацієнтів, які страждають від хронічних запальних дерматозів, на прикладі псоріазу, а також оцінка впливу уражень шкірних покривів на якість життя.

Матеріали та методи

Дослідження проведене на базі кафедри дерматовенерології та естетичної медицини ЗДМФУ. Контингент пацієнтів із клініко-морфологічно верифікованим псоріазом (n=15) був залучений до оцінки психопатологічних симптомів за допомогою симптоматичного опитувальника SCL-90-R (Symptom Check List-90-Revised; L. Derogatis et al., 1994). Дерматологічна оцінка якості життя проаналізована за допомогою інструменту DLQI (Dermatology Life Quality Index; A.Y. Finlay et.al.,1994).

Результати

У досліджуваній вибірці осіб із псоріазом, переважну більшість становили чоловіки (n=11, 73,3%), тоді як жінки склали 26,7% (n=4). Вік пацієнтів варіював від 37 до 63 років, середні значення становили $49,5 \pm 2,8$ для чоловіків та $47 \pm 4,7$ для жінок. Площа ураження шкіри та ступінь тяжкості, згідно з оцінкою індексу PASI, становили 7,05 (5,95-8,4). При проведенні кореляції між психопатологічними симптомами в розрізі опитувальника SCL-90-R визначено дуже високу силу кореляційного зв'язку з GSI ознак інтерперсональної сенситивності ($r=0,97$, $p<0,05$), депресії ($r=0,89$, $p<0,05$), фобічності ($r=0,89$, $p<0,05$) та тривоги ($r=0,87$, $p<0,05$). Такі показники впливу симптомів зі когорти інтерперсональної сенситивності, акцентують на тому, що складнощі в соціальній взаємодії, ускладнюють професійне зростання та інтимні стосунки, врешті призводячи до формування негативного сприйняття власної особистості. Оцінюючи кореляцію інтерперсональної чутливості з депресією ($r=0,80$, $p<0,05$) та фобічністю ($r=0,86$, $p<0,05$) додатково наявна взаємодія із тривогою ($r=0,89$, $p<0,05$), що доповнює тривожно-депресивний спектр психопатологічних феноменів на тлі особистісного дискомфорту, самозвинувачення через наявність уражень шкіри. Серед даного контингенту також досить високою є кореляція депресивних симптомів та ворожості ($r=0,80$, $p<0,05$), у більшості осіб емоційно забарвлені поведінкові реакції асоційовані із незадоволеністю

повільною позитивною динамікою уражень шкіри. Симптоми соматичного характеру виявляють лише помітні кореляційні зв'язки, що у даній вибірці пацієнтів відносить їх до групи другорядних, проте не менш впливових для розуміння психопатологічного феномену. Вплив дерматозу на якість життя у даній досліджуваній вибірці варіює в межах незначного дискомфорту - 3 (2,5-5,5), проте такий показник може бути лімітованим невеликим контингентом обстежених пацієнтів та потребує подальшого аналізу на більшій вибірці.

Висновки

Роль домінуючих психопатологічних симптомів у хворих, що страждають на хронічні запальні дерматози, є визначальною для вибору індивідуалізованих підходів до діагностики та лікування. Саме тому, рутинна діяльність як лікарів-дерматовенерологів, так і спеціалістів загальної практики потребує більш активної імплементації психодіагностичних інструментів в практичні консультації.

ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕРМІНУ РОЗРОДЖЕННЯ ЖІНОК З АЛІМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦІОНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

Шелестова Л.П.

Донецький національний медичний університет,
кафедра акушерства та гінекології

Ожиріння серед жінок репродуктивного віку зростає в усьому світі [1, 2, 3]. Вагітні жінки, які страждають на ожиріння, мають більш високий ризик невиношування, вроджених вад розвитку плода, макросомії, дисточії плічок у пологах, передчасних пологів та мертвонародження [1, 3, 4]. Однак негативні наслідки поширюються не тільки на вагітну жінку з ожирінням. Нащадки жінок із ожирінням мають підвищений ризик недоношеності, внутрішньоутробної смерті, травм під час пологів, а також тимчасових респіраторних проблем і метаболічних порушень [2]. Етіологія та наслідки ожиріння в контексті материнства багатofакторні. Лікарі, які займаються розродженням, неминуче стикаються з особливими проблемами під час вагітності та пологів [5]. Звісно, що зі зростанням поширеності ожиріння серед вагітних жінок виникають питання щодо оптимального лікування, включаючи термін і вибір способу розродження. Саме тому, вирішення проблеми ожиріння під час вагітності потребує мультидисциплінарного підходу та спеціалізованої допомоги для забезпечення найкращих результатів [6].

Мета дослідження: на підставі аналізу медичної документації встановити термін розродження жінок з аліментарно-конституціональним ожирінням.

Матеріали та методи

Проведено аналіз особливостей перебігу вагітності та пологів за даними амбулаторних карт, індивідуальних карт спостереження вагітних та історій пологів 128 пацієнток з аліментарно-конституціональним ожирінням (АКО). Враховуючи, що ступінь АКО має вплив на перебіг вагітності та її завершення, жінки були поділені залежно від ступеня АКО, який визначали за індексом маси

тіла на підгрупи: з I ступенем ожиріння (56 жінок); з II ступенем (40 жінок); з III ступенем (32 жінки) відповідно. Статистичний аналіз виконували з використанням програми «STATISTICA®».

Результати та їх обговорення

У більшості жінок з АКО пологи були терміновими - 84,4 %. Разом із цим передчасні пологи відбулися у 12,5 % жінок з АКО. Найчастішими вони були серед жінок із III ступенем ожиріння, причому в 3 рази частіше ніж при I ступені. Запізнілі пологи мали місце у 3,1 % жінок з ожирінням (рис.1).

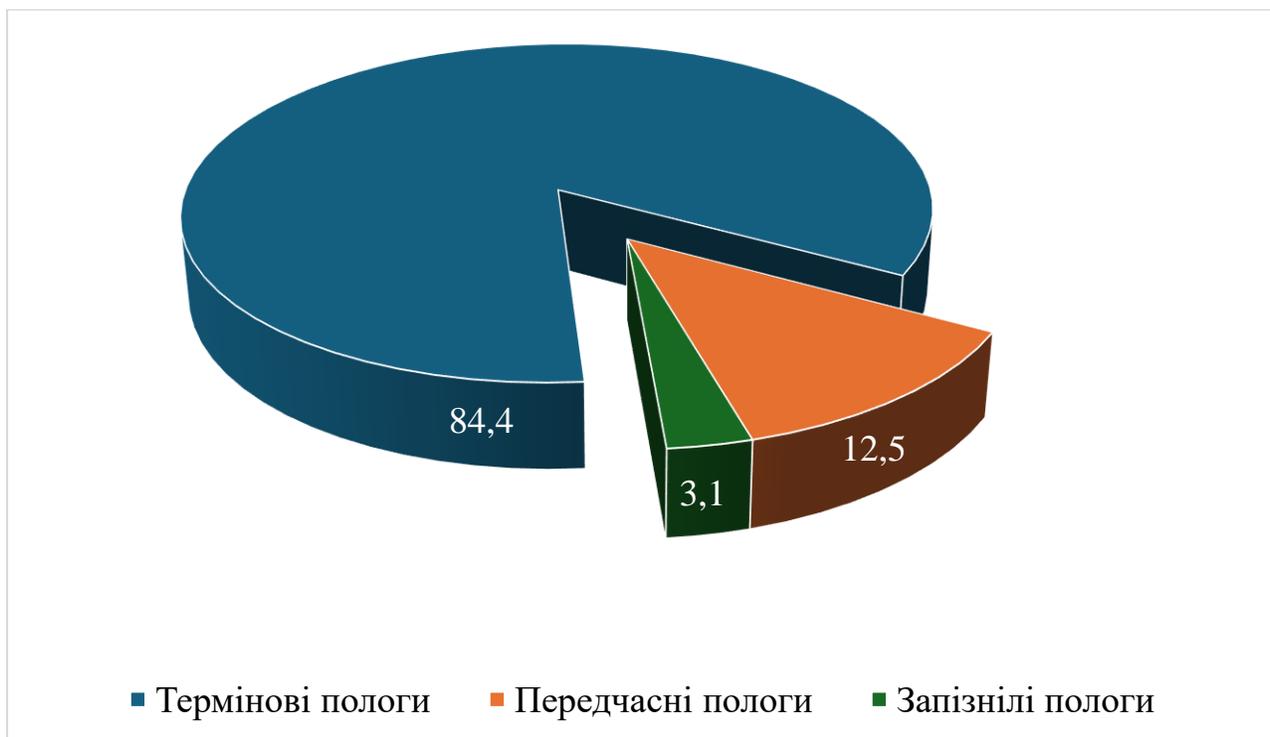


Рис.1. Термін розродження жінок з ожирінням, %.

Водночас необхідно вказати, що передчасні пологи в терміні гестації 28 тижнів відбулися тільки у жінки з ожирінням III ступеня, в 32 тижні – по одному випадку у осіб з II і III ступенями, а в 33-34 і 35-36 тижнів – випадки за всіх ступенів ожиріння. Разом із цим відзначено деяке збільшення відносної кількості випадків зі зростанням ступеня ожиріння. Нормальні пологи у жінок з АКО склали 17,2 %, до того ж при ожирінні II і III ступенів вони були зареєстровані достовірно рідше, ніж при I ступені (7,5 і 3,1 % проти 32,1 %, $p < 0,05$).

Висновок

За результатами проведеного дослідження встановлено, що 84,4 % пологів у жінок з аліментарно-конституціональним ожирінням були терміновими. Передчасні пологи мали місце у 12,5 %, а їх частота серед жінок з ожирінням III ступеня була в 3 рази вищою ніж серед жінок з I ступенем ожиріння. У 3,1 % випадків пологи були запізнілими.

Література

1. Poston L, Caleyachetty R, Cnattingius S, Corvalán C, Uauy R, Herring S, Gillman MW. Preconceptional and maternal obesity: epidemiology and health consequences. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2016;4(12):1025-1036. doi: 10.1016/S2213-8587(16)30217-0.
2. Paredes C, Hsu RC, Tong A, Johnson JR. Obesity and Pregnancy. *Neoreviews.* 2021;22(2):e78-e87. doi: 10.1542/neo.22-2-e78.
3. Almutairi FS, Alsaykhan AM, Almatrood AA. Obesity Prevalence and Its Impact on Maternal and Neonatal Outcomes in Pregnant Women: A Systematic Review. *Cureus.* 2024;7,16(12):e75262. doi: 10.7759/cureus.75262.
4. Cahill N. Respectful care for pregnant people living with obesity. *CMAJ.* 2024;3,196(8):E266-E267. doi: 10.1503/cmaj.240244.
5. Strauss A. Obesity in pregnant women: maternal, fetal, and transgenerational consequences. *Eur J Clin Nutr.* 2021;75(12):1681-1683. doi: 10.1038/s41430-021-01015-z.
6. Kehl S. Obesity at term: What to consider? How to deliver? *Arch Gynecol Obstet.* 2024;309(5):1725-1733. doi: 10.1007/s00404-023-07354-5.

ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГІСТОЛОГІЧНОЇ КАРТИНИ УРАЖЕНЬ ШКІРИ ПРИ КЛІМАКТЕРІЧНІЙ КЕРАТОДЕРМІЇ

Синах О.К.

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет,
кафедра дерматовенерології та естетичної медицини

У нормально функціонуючому епідермісі існує чітка динамічна рівновага між кількістю злущених корнеоцитів і базальних клітин, які визначають, зрештою, товщину епідермісу та рогового шару. За ультраструктурою шипуваті кератиноцити схожі з базальними, але відрізняються від останніх більш розвиненою системою тонофіламентів. У верхніх ділянках шипуватого шару клітини поступово стають більш щільними, в них з'являються специфічні гранули: кератиносоми, що оточені мембраною, ламелярні тільця, гранули Одланда. Для клімактеричної кератодермії Хакстхаузена характерними є: зміни профілю продукції цитокератину 16 й інволюкрину, наростання дистрофічних змін у клітинах епідермісу, порушення ліпідного обміну, яке супроводжується появою у їхній цитоплазмі ліпідних включень.

Метою роботи було визначення гістологічних змін у жінок з клімактеричною кератодермією задля більш глибокого розуміння патологічних патогенетичних ланок формування захворювання і, відповідно, пошуку більш ефективних методів терапії.

Робота виконана протягом 2018-2024 років у Запорізькому державному медико-фармацевтичному університеті. Основні клінічні методи дослідження (клініко-анамнестична оцінка та аналіз дерматоскопічних патернів) проведено на кафедрі дерматовенерології та естетичної медицини Запорізького-державного медико-фармацевтичного університету. Морфологічна діагностика частково, згідно міжвузовського договору, виконувалась на базі лабораторії кафедри гістології Дніпровського державного медичного університету (зав.кафедри – д.мед.н., професор Твердохліб І.В.).

Морфологічне дослідження стану шкіри проводили у жінок трьох груп. Першу групу (контрольну) склали жінки віком від 21 до 40 років без проявів клімаксу, кератодермій та інших дерматологічних захворювань. До другої групи (групи порівняння) увійшли пацієнтки віком від 50 до 65 років у клімактеричному періоді без клінічних ознак кератодермії. Третю клінічну групу склали пацієнтки віком від 50 до 68 років, у яких діагностовано клімактеричну кератодермію з тривалістю захворювання від 4 до 21 року. У хворих на кератодермію біоптати шкіри стопи отримували з візуально визначених ділянок гіперкератозу та проводили забарвлення гематоксиліном-еозином.

Дисперсійний аналіз варіювання показників проліферативної активності кератиноцитів виявив високий ступінь впливу вікового фактора на значення мітотичного індексу клітин епідермісу, в той час як локалізація досліджуваних ділянок шкіри та наявність гіперкератичного процесу не впливали на їх мітотичну активність. Схожа тенденція спостерігалася при аналізі чисельної щільності ядер кератиноцитів, що відображають розміри кератиноцитів, та максимальної загальної товщини гермінативної зони епідермісу.

Висновок

В результаті дослідження встановлено, що означені параметри суттєво не варіювали у залежності від локалізації шкіри або наявності кератодермії, проте значно змінювались на тлі клімактеричних гормональних перебудов.

**ASSESSMENT OF THE OUTCOMES OF PREGNANT WOMEN WITH A
THREAT OF PRETERM BIRTH DELIVERY AGAINST THE
BACKGROUND OF PROPOSED THERAPY**

Shevchenko A.O., Kyryliuk O.D.

Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University,
Department of Obstetrics and Gynaecology

The urgency of the problem of preterm birth (PB) is important for modern obstetrics due to the high rates of perinatal and infant mortality, which are 8-13 times higher than in full-term pregnancy. Today, the incidence of this pregnancy complication varies from 4 to 12% and, despite numerous studies by domestic and foreign scientists, modern technologies and treatment methods, has no tendency to decrease. Preterm birth is not only a medical and psychological problem, but it is also of great social and economic importance, as it still remains the leading cause of perinatal morbidity and mortality. Preterm infants account for 75% to 95% of all neonatal deaths not related to congenital fetal anomalies, and 50-60% of perinatal morbidity occurs in very low birth weight infants. Results of epidemiological and clinical studies have proven significant role of chronic stress in the pathogenesis of PB. Therefore, there is a need for an in-depth study of the issue of stress-induced PB, especially in terms of a comprehensive study of stress response mechanisms to both the health of pregnant woman and fetus. In view of the above, the aim of the study was: to reduce the incidence of obstetric and perinatal pathology in women at risk of preterm birth by improving treatment. The study was a prospective cohort. This was a sample from the general population of women at risk of preterm birth at 22-34 weeks' gestation. The inclusion criterion was the presence of clinical manifestations of the threat of preterm labour. All pregnant women participating in the study gave their voluntary consent to participate in the study. Exclusion criteria were: disorders of the anatomical structure of the genital organs, systemic diseases, disorders of folate metabolism, alcohol and drug addiction, adrenogenital syndrome and acute forms of inflammatory

infectious diseases. At the 1st stage, all pregnant women were divided into 3 groups: The main group (43 pregnant women) - pregnant women with a threat of preterm labour at 22-34 weeks' gestation who received the proposed therapy (natural micronised progesterone vaginally 400 mg per day until regression of symptoms of threatened preterm labour, and then 200 mg per day until delivery; morpholine-3-methyl-1,2,3-thiotriazoline-5-thioacetate, rectal suppositories, 200 mg for 10 days once a day); Comparison group (42 pregnant women) - pregnant women with a threat of preterm birth at 22-34 weeks of gestation who received standard therapy; Control group (36 pregnant women) - pregnant women at 22-34 weeks' gestation with a physiological course of pregnancy. At the 2nd stage of the study, the obstetric and perinatal outcomes of delivery were assessed and, accordingly, the results were statistically processed. Variational and statistical processing of the results has been carried out using licensed standard packages of multivariate statistical analysis application programs «STATISTICA 13».

Analysing the characteristics of pregnancy, the risk of miscarriage in the main and comparison groups was almost 35% and 36%, respectively. Grade 1 anaemia was detected in 21% of pregnant women in the main group, somewhat more often in the comparison group (26%) and in 17% of women in the control group. It is noteworthy that the incidence of acute respiratory diseases is quite high in all study groups, namely 20.9% in the main group, 26% in the comparison group and almost 17% in the control group. According to the data of additional methods of examination, in pregnant women with a threat of preterm birth, a significantly higher incidence of isthmio-cervical insufficiency was found, which was 21% in the main group and 19% in the comparison group, fetal growth retardation syndrome of 1A, B degree - 14% in the main group and 7% in the comparison group against 3% in the control group. Disorders of uteroplacental-fetal circulation in the main group amounted to 16%, in the comparison group - almost 29% against 3% of pregnant women with a normal pregnancy.

Analysis of cardiotocography showed that the mean STV did not differ significantly between the study groups and corresponded to a satisfactory fetal condition. The overall incidence of complications in childbirth was 26% in the main group, which is 2 times lower than in the comparison group. This is due to a significant decrease in the percentage of PB: 19% versus 38%. The proposed therapy also influenced the reduction of perinatal morbidity in the main group (25.6%) compared to the comparison group (47.6%), namely, a significant decrease in the birth of premature infants (18.6% vs. 38%), neonatal encephalopathy (4.7% vs. 14.3%) and neonatal jaundice (16.3% vs. 33.3%). Summarising all of the above, we can say that the application of improved approaches to the management of pregnant women at risk of preterm birth has contributed to: a significant reduction in the incidence of preterm birth by 2 times (from 38.1% to 18.6%, <0.05); reduced the percentage of preterm infants (from 38.1% to 18.6%); significant improvement in the course of the neonatal period in newborns.

Для нотаток