

**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**

## ЗМІСТ

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

# 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>