



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ  
МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ЛІКАРІВ-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІВ  
І КОСМЕТОЛОГІВ**

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

**20-21 жовтня 2023 р.**



**М. ЗАПОРІЖЖЯ  
2023**

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ  
МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ЛІКАРІВ-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІВ  
І КОСМЕТОЛОГІВ**

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ**

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

**20-21 жовтня 2023 р.**

**Запоріжжя – 2023**

### 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.

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

**Макуріна Галина Іванівна**, завідувач кафедри дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, доктор медичних наук, професор.

**Сюсюка Володимир Григорович**, в.о. завідувача 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.

**Чернеда Лілія Олексіївна**, асистент кафедри дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, доктор філософії.

М90 **Мультидисциплінарний підхід в дерматовенерології, гінекології, косметології та естетичній медицині** : збірник матеріалів II Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Запоріжжя, 20-21 жовтня 2023 р.). – Запоріжжя : ЗДМФУ, 2023. – 98 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.*

## **ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ УЧАСНИКІВ КОНФЕРЕНЦІЇ**

### **Загальні питання:**

тел. (+38) 099 154 31 88 (Чернеда Лілія Олексіївна)

email – lillia271212@gmail.com

### **Реєстрація учасників конференції:**

тел. (+38) 099 154 31 88 (Чернеда 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-join/19%3a5wwvf66tQSs\\_qiNBKBtlP8xEp-wIOMxabsrzs2u1yhs1%40thread.tacv2/1696318415021?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%3a5wwvf66tQSs_qiNBKBtlP8xEp-wIOMxabsrzs2u1yhs1%40thread.tacv2/1696318415021?context=%7b%22Tid%22%3a%227b7bfb43-5c68-4ad7-8fb5-23ce7f825b00%22%2c%22Oid%22%3a%220593d079-251d-438e-a172-2b8602c330e2%22%7d)**

## ЗМІСТ

ДЕРМАТОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ – МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ .. 7 <b>Макуріна Г.І.</b>	
ГЕНЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ ..... 10 <b>Авраменко Н.В., Кабаченко О.В.</b>	
ПРАКТИЧНИЙ ПІДХІД ДО РЕАЛІЗАЦІЇ УКРАЇНСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО КОНСЕНСУСА З ОБСТЕЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ЖІНОК ПІСЛЯ ПРОХОДЖЕННЯ ПЕРВИННОГО ЦЕРВІКАЛЬНОГО СКРИНІНГУ ..... 13 <b>Амро І.Г., Богомоллова О.А.</b>	
НАПРЯМКИ ТЕРАПІЇ МІКОЗІВ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ ..... 16 <b>Веретельник О.В.</b>	
ВПЛИВ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСУ ЖІНОК НА СИСТЕМУ КОАГУЛЯЦІЇ ПРИ КРОВОТЕЧАХ ПІСЛЯ ПОЛОГІВ ..... 19 <b>Ганжий І.Ю., Соколовська І.С.</b>	
ЗАСТОСУВАННЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРІВ В ДЕРМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ..... 23 <b>Головкін А.В.</b>	
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІЮ У ЖІНОК З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ..... 26 <b>Земляна Н.А., Земляний Я.В.</b>	
ЗАТРИМКА РОСТУ ПЛОДУ У ЖІНОК З ГІПЕРТЕНЗИВНИМИ РОЗЛАДАМИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ ..... 28 <b>Кириченко М.М.</b>	
СУЧАСНІ СТРАТЕГІЇ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТОК З ДИСПЛАСТИЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ ЕПІТЕЛІЮ ШИЙКИ МАТКИ АСОЦІЙОВАНИХ З ВІРУСОМ ПАПЛОМИ ЛЮДИНИ..... 31 <b>Князева А.О.</b>	

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ПОСТКОВІДНИХ АЛОПЕЦІЙ.....	34
<b>Коваленко А.Ю.</b>	
РОЛЬ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАТОГЕНЕЗІ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ЖІНОК .....	37
<b>Лахно І.В.</b>	
ТРАНСПЛАНТАЦІЯ ВОЛОССЯ.....	40
<b>Літвінов В.А.</b>	
ПЕРЕДЧАСНИЙ РОЗРИВ ПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК ПРИ НЕДОНОШЕНІЙ ВАГІТНОСТІ: ІМУННО-ЕНДОКРИННА ДИЗРЕГУЛЯЦІЯ.....	44
<b>Любомирська К.С., Кирилюк О.Д., Гайдай Н.В., Бондаренко С.А.</b>	
АНДРОГЕНЗАЛЕЖНІ ДЕРМАТОПАТІЇ: ВІДКРИТІ ПИТАННЯ ДО ДЕРМАТОЛОГІВ ТА ГІНЕКОЛОГІВ .....	47
<b>Макуріна Г.І., Сюсюка В.Г., Сергієнко М.Ю., Дунаєва Л.А.</b>	
КЕРАТОДЕРМІЯ ХАКСТХАУЗЕНА – ЧИ Є ПРІОРИТЕТИ У ЛІКУВАННІ? .....	50
<b>Макуріна Г.І., Сюсюка В.Г., Синах О.К.</b>	
МОЖЛИВОСТІ НЕІНВАЗИВНОЇ КОРЕКЦІЇ ВІКОВИХ ЗМІН ШКІРИ У ЖІНОК.....	54
<b>Макуріна Г.І., Чорненька А.С.</b>	
ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ З РЕЗУС-НЕГАТИВНИМ ТИПОМ КРОВІ.....	57
<b>Сюсюка В.Г., Богуславська Н.Ю., Котлова Ю.В., Ісмаїлова Е.Я., Раменська В.В.</b>	
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТЕРМІНУ ГЕСТАЦІЇ .....	60
<b>Сюсюка В.Г., Богуславська Н.Ю., Шевченко А.О., Кирилюк О.Д., Бабінчук О.В.</b>	
ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВТРАТИ ВАГІТНОСТІ.....	63
<b>Сюсюка В.Г., Губа Н.О., Соловйова Н.М., Луцюк О.А.</b>	

ВАЗОМОТОРНІ СИМПТОМИ ТА КАРДІОМЕТАБОЛІЧНІ РИЗИКИ.....	66
<b>Сюсюка В.Г., Деміденко О.В., Сергієнко М.Ю., Колокот Н.Г., Рослік О.А.</b>	
КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ЗАТРИМКИ РОСТУ ПЛОДА.....	68
<b>Сюсюка В.Г., Пучков В.А.</b>	
УЛЬТРАЗВУКОВІ МАРКЕРИ СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗУ ЯЄЧНИКІВ ...	71
<b>Сюсюка В.Г., Сергієнко М.Ю., Бачуріна О.І., Катеруша Д.А.</b>	
МЕЛАНОЦИТАРНІ НОВОУТВОРЕННЯ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ: ДЕРМАТОСКОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ.....	74
<b>Чернеда Л.О.</b>	
СОНОЛОГІЧНА ХАРКТЕРИСТИКА ПАЦІЄНТОК З ГЕНІТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ.....	77
<b>Шаповал О.С., Сюсюка В.Г.</b>	
ЙМОВІРНІСТЬ ЗБІЛЬШЕННЯ ВИПАДКІВ АКУШЕРСЬКИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК З ПАТОЛОГІЧНОЮ МАСОЮ ТІЛА.....	79
<b>Шелестова Л.П.</b>	
RETINAL ANGIOPATHY AND CHRONIC ARTERIAL HYPERTENSION DURING PREGNANCY.....	82
<b>Deinichenko O.V., Pavliuchenko M.I., Onopchenko S.P.</b>	
MORPHOLOGICAL AND IMMUNOHISTOCHEMICAL CHARACTERISTICS OF ENDOMETRIAL LAYERS IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH ENDOMETRIAL HYPERPLASIA WITHOUT ATYPIA COMPARED WITH SECRETORY ENDOMETRIUM .....	85
<b>Khaskhachykh D.A., Potapov V.O., Kukina G.O., Demchenko T.V., Garagulia I.S.</b>	
A COMPREHENSIVE LOOK AT COLPOSCOPY AND TARGETED BIOPSY AS CONFIRMATORY METHODS FOR DIAGNOSING CERVICAL PATHOLOGY .....	933
<b>Pavliuchenko M.I., Siusiuka V.G., Deinichenko O.V.</b>	

**ДЕРМАТОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ –  
МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ**

**Макуріна Г.І.**

доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри дерматовенерології  
та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Міждисциплінарний підхід в наданні допомоги пацієнтам із дерматологічною патологією все частіше обговорюється в науковій літературі, з'їздах та наукових конференціях різного рівня. Коморбідні стани спостерігаються при різних захворюваннях – хронічних запальних дерматозах, вугровій хворобі, вогнищевій алопеції, що досить часто пов'язані з акушерсько-гінекологічною патологією, такою як гіперандрогенія. Саме тому необхідність обговорення міждисциплінарних питань має проводитися з участю спеціалістів різних напрямків медицини.

Акне є частою і поширеною причиною звернення до дерматолога, вважається, що близько 90 % населення хоч один раз за життя, але стикається з проблемою акне, при цьому гінекологічний менеджмент цього захворювання викликає запитання. Так, американським національним обстеженням амбулаторної медичної допомоги (NAMCS) було проведено дослідження стосовно призначення специфічних препаратів стосовно акне в період з 1993 по 2016 рік. З'ясувалося, що лише дерматологи призначають препарати відповідно чинних консенсусів та рекомендацій – топічні ретиноїди, бензоїлпероксид, топічні антибіотики, азелаїнова кислота, саліцилова кислота, наступний щабель – системні антибіотики, системні ретиноїди, тоді як лікарі сімейної медицини, педіатри та інші спеціалісти їх порушують і призначають на тривалий термін

антибіотики, що спричиняє розвиток антибіотикорезистентності [Patrick O. Perche et al., 2023]. Саме тому питаннями акне має керувати і займатися дерматолог, часто у співпраці з акушер-гінекологом, ендокринологом, косметологом.

При лікуванні акне монотерапія топічними антибіотиками не використовується. Першою лінією терапії є топічні ретиноїди, бензоїлпероксид. Значно підвищує ефективність лікування при комбінації бензоїлпероксида з адапаленом, антибіотиками. Водночас першою лінією в разі комедонального та запального акне є топічні ретиноїди в якості монотерапії. Важливо пам'ятати, що у 28% зрізів із ділянок клінічно здорової шкіри в пацієнтів з акне наявні гістологічні ознаки мікрокомедонів, тому топічні препарати необхідно використовувати на всіх ділянках потенційного висипу.

Системні антибіотики варто призначати лише тоді, коли комбінована топічна терапія не є ефективною. Системні антибіотики не рекомендовано використовувати в комбінації з топічними антибіотиками або як монотерапію. На сьогодні першою лінією антибіотикотерапії акне залишаються препарати тетрациклінового ряду (доксциклін, тетрациклін, міноциклін). Рекомендовано призначати антибіотики курсом тривалістю до 3 міс. При досягненні клінічного ефекту використання антибіотиків слід зупинити та перейти на підтримку призначенням фіксованих комбінацій топічних препаратів.

Першою лінією терапії при акне тяжкого ступеня є системний ретиноїд ізотретиноїн. Пацієнтам віком до 12 років його не рекомендовано призначати через брак даних клінічних досліджень і значну кількість (до 30%) випадків завчасного припинення терапії цим препаратом у зв'язку з вираженими прогнозованими побічними ефектами. Незважаючи на те що більшість дерматологів знайомі з використанням системного ізотретиноїну у пацієнтів з акне без супутньої патології, поширеним явищем є невизначеність щодо пацієнтів, які мають супутні захворювання (25% випадків), або тих, хто отримує

системне лікування іншими препаратами. Література містить повідомлення про терапію ізотретиноїном у пацієнтів з акне із запальними хворобами кишечника, такі як - виразковий коліт і хвороба Крона, одночас може спостерігатися епілепсія, інсулінозалежний діабет, розсіяний склероз і хронічна ниркова недостатність. У деяких публікаціях повідомляється про успішне застосування ізотретиноїну із циклоспорином у реципієнтів серця та нирок.

Важливо пам'ятати, що побічними ефектами системного ізотретиноїну є збільшення рівня тригліцеридів у крові та зниження циркулюючих ліпопротеїдів низької щільності, підвищення рівня холестерину і глюкози в крові, гематурія, протеїнурія, тимчасове та зворотне збільшення трансаміназ тощо. Саме тому до початку терапії, далі кожні 1-3 місяці та по завершенні лікування ізотретиноїном рекомендується проводити додаткові обстеження пацієнтів, досліджують загальний аналіз крові, сечі, глюкозу крові, печінкові біохімічні показники (білірубін, тимолова проба, АЛТ, АСТ), ліпідограма. Водночас варто зауважити, що підтримуюча терапія топічними ретиноїдами та правильний косметичний догляд значно знижують ризики рецидиву акне після завершення курсу системного ізотретиноїну.

### **Висновки**

1. Міждисциплінарний підхід до ведення пацієнтів із проблемами шкіри потрібно ширше застосовувати.
2. Співпраця з акушер-гінекологами, сімейними лікарями, ендокринологами – дозволить надавати допомогу пацієнтам з акне згідно чинних клінічних настанов.

## **ГЕНЕТИЧНІ ПРОБЛЕМИ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ**

**Авраменко Н.В.**

професор, завідувач кафедри акушерства, гінекології та репродуктивної медицини ННПО, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

**Кабаченко О.В.**

доцент кафедри акушерства, гінекології та репродуктивної медицини ННПО, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

**Мета роботи:** проаналізувати частоту, спектр хромосомних аберацій завмерлих вагітностей.

### **Матеріали та методи**

Проведений аналіз 232 випадків завмерлих вагітностей з визначенням каріотипу трофобластних клітин, клітин мезенхімальної стромы ворсин хоріону. Використаний непрямий метод культивування клітин хоріона.

### **Результати**

Вік жінок із завмерлими вагітностями був від 17 до 42 років і в середньому склав  $32,69 \pm 4,25$  років.

В ході проведення дослідження для отримання кращих результатів та для виключення контамінації та проросту зразків було скорочено час витримки ворсин хоріону в поживному середовищі. Витримка хоріону тривала від 2 до 6 годин, замість 24 годин. Більшість зразків абортівного матеріалу були в терміні до 8 тижнів вагітності – 174 (75,00%). До 10 тижнів було 38 зразків (16,38%). В терміні після 10 тижнів представлені тільки 20 зразків (8,62%). Аналіз зразків каріотипів виявив у 26,29% нормальний каріотип з перевагою чоловічого над жіночим (55,74% проти 44,26%). Цей результат свідчить про те, що більшість репродуктивних втрат пов'язані із хромосомними аномаліями, тому

відбуваються в ранньому терміні вагітності (6-8 тижнів), на етапі ембріогенезу, що узгоджується з даними літератури.

Хромосомні аберації найчастіше були представлені трисомією за аутосомами – 13,79% також з перевагою чоловічих ембріонів (59,38% проти 40,63%). Серед них синдром Патау з додатковою 13 хромосою зустрівся в 3 зразках (2 зразки чоловічого каріотипу, 1 зразок жіночого каріотипу), синдром Едвардса з додатковою 18 хромосою – в 10 зразках (6 – чоловічий каріотип, 4 – жіночий). Найчастіше додатковою аутосомою була 16 хромосома. По одному випадку зустрілись додаткові 2, 14, 22 хромосоми. Третє місце серед хромосомних аномалій посіла трисомія за статевою У хромосомою – Синдром Кляйнфельтера (9,48%). Повна форма синдрому склала 72,73%, неповна – 28,57%. Звертає на себе увагу, що трисомія за Х хромосомою була представлена тільки неповною формою і склала всього 0,86% (2 випадки). Інша хромосомна аномалія за статевими хромосомами – моносомія – синдром Тернера – склала 4,74%. Повна форма виявлена в 54,55%, неповна – в 45,45%.

Трисомія з додатковою маркерною хромосомою склала 6,03% зі значною перевагою жіночих каріотипів (71,43% проти 28,75%).

Хромосомні структурні перебудови були виявлені в 4,31% і представлені в основному транслокаціями і інверсіями. Жіночі каріотипи склали 40,00% проти 60,00% чоловічих. В жіночих каріотипах перебудовам піддалися 9,10,13,22 хромосоми, в чоловічих спектр пошкоджених хромосом був дещо інший (9,14,15,21,22).

В 11,64% випадків каріотипи були представлені мозаїчними варіантами.

Поліплоїдії були діагностовані в 9,91%..

Серед аналізуємих зразків абортівного матеріалу 34 (14,65%) випадки були після ЕКЗ. Анембріонії були виявлені в 25 випадках (10,78%).

Множинні вади розвитку плода були діагностовані в 7 випадках за даними УЗО при термінах вагітності від 10 до 15 тижнів і перервані за медичними показаннями.

### **Висновки**

1. Більшість хромосомних аномалій було на терміні до 8 тижнів вагітності – 75,00%. До 10 тижнів було - 16,38%. В терміні після 10 тижнів було - 8,62%.
2. Частота завмерлих вагітностей в програмі IVF 14,65 %
3. Витримка зразка ворсин хоріону на протязі 4-х годин в поживному середовищі є оптимальною для дослідження.

**ПРАКТИЧНИЙ ПІДХІД ДО РЕАЛІЗАЦІЇ УКРАЇНСЬКОГО  
НАЦІОНАЛЬНОГО КОНСЕНСУСА З ОБСТЕЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ  
ЖІНОК ПІСЛЯ ПРОХОДЖЕННЯ ПЕРВИННОГО ЦЕРВІКАЛЬНОГО  
СКРИНІНГУ**

**Амро І.Г.**

кандидат медичних наук, доцент кафедри акушерства і гінекології,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

**Богомолова О.А.**

асистент кафедри акушерства і гінекології,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Рак шийки матки (РШМ) вважається однією з найважливіших демографічних та медичних проблем України. Протягом останніх років це захворювання було основною причиною смерті українських жінок репродуктивного та працездатного віку. Так, за даними Канцер реєстру України в 2021-2022 роках перші випадки РШМ діагностовано в групі 20-24 роки – 1,1%, різкий зріст відбувається у жінок 35-39 років - 21,2% та сягає максимуму в віці 45-49 років (36,2%).

Також відмічається зростання випадків передпухлинних захворювань та ВПЛ у молодих жінок. Піднімаються питання щодо якості цервікального скринінгу та особливості дослідження цитологічних мазків, якості та частоти проведення кольпоскопічного дослідження, важливості своєчасного проведення біопсії шийки матки.

**Мета дослідження**

проаналізувати важливість методів, які викладені в Українському Національному Консенсусі з обстеження та лікування жінок після проходження первинного цервікального скринінгу (Консенсусі), оцінити ефективність

комплексного підходу до виявлення передпухлинних захворювань шийки матки в амбулаторних умовах на підставі аналізу біоптатів шийки матки.

### **Матеріали і методи**

нами проаналізовано медичні карти амбулаторних хворих пацієнток, що проходили обстеження в амбулаторному закладі (ФОП Амро І.Г.) протягом 2022-2023 років. Всього було проаналізовано 66 карток пацієнток, яким наприкінці дослідження проводилась біопсія шийки матки.

Пацієнткам на первинному прийомі проводився цитологічний скринінг із забором мазків на онкоцитологію з цервікального каналу та з поверхні шийки матки та кольпоскопія. В подальшому проводилось обстеження на ВПЛ, ПСШ та проведення прицільної біопсії.

Мазки були досліджені на базі міської цитологічної лабораторії м. Запоріжжя із забарвленням цитологічних препаратів гематоксиліном і еозином, за Романовським. Патогістологічне дослідження проводилося в Університетській клініці ЗДМФУ.

### **Результати дослідження**

відповідно даним цитологічних досліджень у 8 (12,1%) жінок були виявлені зміни в мазках, які відповідали CIN 1 (LSIL). ВПЛ методом ПЦР виявлено у 9 (13,6%) жінок.

Найбільшими показниками до біопсії були зміни, які виявлені під час кольпоскопії, а саме: йод-негативна зона – 21 (31,8%), кондилома шийки матки -1. Тонкий ацетобілий епітелій – у 7 (10,6%), ерозований ектропіон – у 3. Відмічено, що наявність неефективного РВ-лікуванням CIN 1 в анамнезі – було у 2 пацієнток. Наявність CIN 1 в ПГД за декілька років до обстеження та нелікована шийка матки – також у двох. Поліп цервікального каналу – 2 випадка.

За результатами досліджень біоптатів на базі Університетської клініки ЗДМФУ було виявлено такі патологічні зміни у тканинах, а саме: CIN1 (LSIL)

– 7 (10,6%), CIN 1-2- 1, лейкоплакія – 16 (24,2%). Лейкоплакія разом з CIN 1- у трьох. CIN 3 (HSIL) діагностовано в 1 випадку. Присутність койлоцитів в біоптатах тканин виявлено у 28 матеріалах (42,4%).

Жінка 47 років, яка регулярно проходила профілактичні огляди, та у якої під час комплексного обстеження було виявлено наявність вогнищевої важкої дисплазії CIN 3 (HSIL) гістологічно була скерована в ЗОПЦ для проведення конізації шийки матки.

### **Висновки**

1. Цитологічний скринінг – є важливим компонентом під час профілактичних оглядів та первинному зверненні пацієнтки до гінеколога.
2. Якість підготовки лікарів, комплексне виконання алгоритму діагностичних маніпуляцій, які надані в Консенсусі, підвищення рівня виконання кольпоскопії – напряду впливає на якість обстеження жінки з «німою» патологією шийки матки та дозволяє своєчасно діагностувати патологію та запропонувати ефективне лікування.
3. Використання комплексного підходу до виявлення передпухлинних захворювань рутинно під час амбулаторного прийому значно покращить ефективність противоракової боротьби.

## **НАПРЯМКИ ТЕРАПІЇ МІКОЗІВ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ**

**Веретельник О.В.**

к. мед. наук, доцент кафедри дерматовенерології  
та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Мікози відносяться до інфекційних захворювань. Вони розповсюджені на всіх континентах. Збудники мікозів представлені різними класами нижчих (зигоміцети) і вищих (аскоміцети, деутероміцети) грибів.

Основним резервуаром антропонозних мікозів є людина, зоонозних (зооантропонозних) - хворі тварини. Можливо інфікування людини ґрунтовими грибами. Гриби можуть вражати всі шари шкіри, гіподерму, кістки, внутрішні органи.

Мікотичні ураження можуть проявлятися на різних ділянках тіла:

- волосиста частина голови;
- нігті;
- гладка шкіра;
- пахвова область;
- стопи, кисті;

Лікування мікозів це довготривалий процес, особливо лікування оніхомікозів. Тому важливо правильно підібрати терапію індивідуально для кожного хворого, звертаючи увагу на:

- вік хворого;
- розповсюдженість мікозу;
- супутні захворювання;
- типи збудника.

Виділяють декілька видів лікування мікозів:

- місцеве (зовнішнє);
- системне (призначення протигрибкового препарату внутрішньо);
- комбіноване (системне і місцеве лікування).

Основними протипоказаннями до системної терапії є:

- \_ - виражена печінкова недостатність;  
захворювання крові;
- пухлини;
- порушення обміну речовин;
- патологія судин кінцівок;
- період вагітності та годування груддю;

Для лікування захворювань грибкової етіології використовують:

Антибіотики

- ✓ Гризани (гризеофульвін);
- ✓ Полієнти (амфотеріцин В, ністатин, леворін, натаміцин)

Азоли

- ✓ Імідазоли (міконазол, кетоконазол, біфоназол, клотримазол, ізоконазол, оксіконазол, еконазол);
- ✓ Тріазоли (ітраконазол, флуконазол, варіконазол, терконазол);

Алліламіни

- ✓ Тербіпафін;
- ✓ Нафтифін;

Морфоліни: аморолфін;

Хімічні сполуки інших груп:

- ✓ примідини (флуцитозин, циклопироколамін);
- ✓ Тіокарбамити (толнафтат, толциклат);
- ✓ Інші препарати (деамін, нітрофунгін, ундециленати, калія йодид);

Середня тривалість курсу лікування складає:

- при оніхомікозі - 6-12 тижнів;
- при дерматомікозі стоп - 2-6 тижнів.

Схема терапії і дози препаратів підбирають індивідуально для кожного пацієнта.

Всі хворі на мікози повинні дотримуватись наступних правил:

- дотримуватись особистої гігієни;
- дотримуватись правил поведінки в місцях загального користування (банях, басейнах, саунах);
- знати методи обробки взуття і особистих речей.

## **ВПЛИВ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСУ ЖІНОК НА СИСТЕМУ КОАГУЛЯЦІЇ ПРИ КРОВОТЕЧАХ ПІСЛЯ ПОЛОГІВ**

**Ганжий І.Ю.**

д.мед.н., професор кафедри акушерства і гінекології,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

**Соколовська І.С.**

к.мед.н., асистент кафедри акушерства і гінекології,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Гормональний фон жінки прямо або опосередковано може впливати на систему гемостазу. Прогестерон посилює експресію ангіостатика, а також індукує мРНК і білок ТФ у децидуалізованих клітинах строми ендометрія людини (HESC) [2]. Відсутність канонічних елементів відповіді на прогестерон у промоторі гена ТФ призвело до серії експериментів, що з'ясовують основні молекулярні механізми, за допомогою яких прогестерон посилює експресію ТФ у HESC [3]. Подальші дослідження показали, що децидуалізовані HESC продовжують експресувати ТФ під час вагітності [1]. Додаткові наукові дослідження дали важливий висновок: прогестерон впливає на індукцію другого гемостатичного білка, інгібітора активатора плазміногену-1 (PAI-1), в клітинах ендометрію людини (HESC). Таким чином, коли прогестерон переважає в гормональному профілі жінки, спостерігаються гемостатичні властивості, які мають антифібринолітичну та антипротеолітичну дію, зменшуючи ризик виникнення кровотеч [4]. Паралельно з цими змінами в експресії гемостатичних факторів відбувається гестагенне інгібування експресії матричної металопротеїнази (ММР) HESC [5]. Таким чином, прогестини пригнічують експресію імунореактивної та функціонально активної експресії ММР-1, 3 і 9, тоді як відміна прогестерону збільшує їх експресію в HESC. При

зниженні рівня прогестерону збільшується експресія HESC MMP, а також хемокінів, що сприяють інфільтрації лейкоцитів, що додає протеолітичне середовище, сприяючи кровотечі та відшарування тканин [6]. Відсутність ефектів прогестерону призводить до зниження виробництва фактора стромальних клітин ендометрія та PAI-1, підвищення активності MMP та збільшення експресії ангіогенного фактора. Це створює судинну нестабільність із значним порушенням гемостазу, що призводить до кровотечі [7]. Отже, гемостаз та стабільність судин регулюються строго через прогестерон, який індукує експресію тканинного фактору тромбопластину (ТФ) та інгібітора активатора плазміногену-1 (PAI-1). Прогестерон також обмежує активність матрикс-металопротеаз, що сприяє збереженню судин та запобіганню кровотечі. Низький рівень прогестерону може зменшити гемостатичну дію та збільшити активність MMP. Надзвичайно важко диференціювати тромбоемболічні ускладнення, етіологія яких є наслідком основного процесу захворювання, від ускладнень, викликаних додатково або, можливо, в першу чергу, глюкокортикоїдами [9]. Механізм, за допомогою якого стероїдні гормони підвищують концентрацію плазмових факторів згортання крові, ще належить визначити. Вважається, що ці дії відбуваються частково шляхом впливу на транскрипцію генів. Припускаючи, що підвищення активності факторів згортання крові залежить виключно від геномного механізму, слід очікувати подальшого підвищення їх активності разом із збільшенням кумулятивної дози введеного стероїду. Також низькі рівні гормонів щитовидної залози (ЩЗ) можуть перевести систему гемостазу в стан гіпокоагуляції та гіперфібринолітичного стану, в той час як підвищені рівні гормонів ЩЗ можуть призвести до більш протромботичного стану. У цій взаємодії важливу роль відіграють фібриноген, фактор VIII та фактор фон Вільєбранда (vWF). Лікарям важливо бути уважними до можливого ризику гіпертиреозу як основного фактору розвитку венозної тромбоемболії, особливо в нез'ясованих випадках.

Клінічні дослідження є необхідними для подальшого дослідження наслідків впливу гормонів щитовидної залози на систему гемостазу та його важливості для клінічної практики.

### **Список використаних джерел**

1. Hisada Y, Mackman N. Tissue factor and cancer: regulation, tumor growth, and metastasis. *Semin Thromb Hemost.* 2019;45(4):385-395.
2. Jewson M, Purohit P, Lumsden MA. Progesterone and abnormal uterine bleeding/menstrual disorders. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020;69:62-73.
3. Nagy B, Szekeres-Barthó J, Kovács GL, Sulyok E, Farkas B, Várnagy Á, et al. Key to life: physiological role and clinical implications of progesterone. *Int J Mol Sci.* 2021;22(20):11039.
4. Alqudah M, Al-Shboul O, Al Dwairi A, Al-U'Datt DG, Alqudah A. Progesterone inhibitory role on gastrointestinal motility. *Physiol Res.* 2022;71(2):193-198.
5. Li LH, Shi G, Pan JB, Wang CH, Zhao M, Zhang XP. The expressions of matrix metalloproteinase-9, estrogen receptor, and progesterone receptor in thin endometrial tissue and their significance. *Gynecol Endocrinol.* 2022;38(6):516-522.
6. Reis FM, Coutinho LM, Vannuccini S, Batteux F, Chapron C, Petraglia F. Progesterone receptor ligands for the treatment of endometriosis: the mechanisms behind therapeutic success and failure. *Hum Reprod Update.* 2020;26(4):565-585.
7. Chodankar R, Critchley HOD. Biomarkers in abnormal uterine bleeding. *Biol Reprod.* 2019;101(6):1155-1166.
8. George LA, Monahan PE, Eyster ME, Sullivan SK, Ragni MV, Croteau SE, et al. Multiyear factor VIII expression after AAV gene transfer for hemophilia A. *N Engl J Med.* 2021;385(21):1961-1973.

9. Fischli S, von Wyl V, Wuillemin W, von Känel R, Schütz P, Christ-Crain M, et al. Impact of adrenal function on hemostasis/endothelial function in patients undergoing surgery. *J Endocr Soc.* 2021;5(5):bvab047.

10. Bano A, Chaker L, de Maat MPM, Atiq F, Kavousi M, Franco OH, et al. Thyroid function and cardiovascular disease: the mediating role of coagulation factors. *J Clin Endocrinol Metab.* 2019;104(8):3203-3212.

## **ЗАСТОСУВАННЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРІВ В ДЕРМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

**Головкін А.В.**

к.мед.н., доцент кафедри дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Організм людини являє собою цілісний механізм, де кожний орган, система та навіть клітина тісно взаємопов'язані одне з одним. Шкіра це орган, який не тільки є посередником між усім організмом і зовнішнім середовищем, а також має багато інших функцій. Крім того усі зміни на шкірі, як вікові, так і патологічні напряду пов'язані з проблемами внутрішніх органів і систем.

Гепатобіліарна система відіграє незамінну роль у регуляції усіх видів обміну речовин, метаболізму, імунної відповіді, детоксикації та інших. Зниження функціональних спроможностей гепатобіліарної системи напряду може призвести до багатьох патологічних змін які насамперед будуть проявлятися погіршенням загального стану організму і особливо патологічними змінами на шкірі і слизових оболонках. Патологічні зміни в печінці печінки підвищує ризик та можуть привести до розвитку алергічних реакцій організму на терапію. Патологія гепатобіліарної системи безпосередньо пов'язана з багатьма патологічними станами і практично усіма шкірними захворюваннями. В зв'язку з цим нагальна потреба застосування гепатопротекторів при корекції патологічних станів, лікуванні хвороб шкіри та запобіганні побічних ефектів терапії.

Основні ефекти гепатопротекторів направлені на відновлення гомеостазу в печінці, зв'язування та інактивацію токсинів і їх сполук, протизапальна дія та стимуляція репаративно-регенеративних процесів.

Основні гепатопротектори, що застосовуються у практиці, це БАДи. 80% з них належать до природних рослинних препаратів, з яких основними є флавоноїди росторопші – силібінін та силімарін. Есенціальні ферменти застосовують рідше, хоча їх застосування на подовжений термін дає позитивний ефект в лікуванні псоріатичної хвороби. Найбільш доказової дії в останній час набули препарати адеметіоніну та урсодезоксіхолової кислоти.

Адеметіонін, або S-аденозил-L-метіонін, є похідною амінокислоти метіоніну. S-аденозил-L-метіонін (адеметіонін) – натуральна амінокислота, присутня практично у всіх тканинах та рідких середовищах організму. Адеметіонін, насамперед, діє як коензим та донор метильної групи в реакціях трансметилування, що є невід'ємним метаболічним процесом у людини та тварин. Застосування адеметіоніну дозволяє подолати блокування обміну (перетворення метіоніну на адеметіонін), викликане зменшенням активності ензиму адеметіонін-синтетази. Таким чином відновлюються фізіологічні механізми, що перешкоджають появі холестази. За допомогою різних експериментальних досліджень було виявлено, що антихолестатичний ефект адеметіоніну забезпечується завдяки: 1) відновленню мікроплинності цитоплазматичних мембран шляхом адеметіонінзалежного синтезу мембранних фосфоліпідів (зменшення відношення холестерин/фосфоліпідів) та 2) подолання синтезів ендогенних процесів, що беруть участь в ендогенних процесах.

Урсодеоксихолієва кислота знижує насиченість жовчі холестерином, пригнічуючи його поглинання в кишечнику та знижуючи секрецію холестерину в жовч. Можливо, завдяки дисперсії холестерину та утворенню рідких кристалів відбувається поступове розрідження жовчі, що призводить до максимального очищення печінки і залучення жирних кислот високої щільності до синтезу жовчі. Згідно з сучасними даними вважається, що ефект урсодеоксихолієвої кислоти при захворюваннях печінки та холестази обумовлений відносною заміною ліпофільних, подібних до детергентів токсичних жовчних кислот

гідрофільною цитопротекторною нетоксичною урсодеоксихолієвою кислотою, поліпшенням секреторної здатності гепатоцитів та імунорегуляторними процесами.

Враховуючи зазначене, застосування адометіоніну та урсодеоксихолевої кислоти до схем комплексної терапії хронічних дерматозів сприяє підвищенню ефективності лікування, зниженню симптомів та гостроти клінічного перебігу. Контроль печінкових проб надає змогу доказово проводити кореляцію між станом гепатобіліарної системи та позитивним впливом на перебіг шкірного процесу.

### **Список використаних джерел**

1. Палій І.Г. Есенціальні фосфоліпіди: реалії та перспективи застосування // Укр. мед. часопис.- 2009. - № 2 (70).- С. 43-46.
2. Святенко Т.В. Червоний плоский лишай як системний процес // Журн. дерматології і косметології ім. Н.А. Торсуєва. - 2005. - № 1-2 (10). - С. 23-28.
3. Longo M.I., Lazaro P., Carreno V. Presense of hepatitis C virus healthy skin and sweat from patients with chronic hepatitis C infection // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. - 2003. - Vol. 17 (suppl. 3). - P. 32.
4. Moravvej H., Barikbin B., Sedighha A. et al. The relationship between active Helicobacter pyloriinfection and lichen planus // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. - 2005. - Vol. 19 (suppl. 2). - P. 991.
5. Muller F., Groth W., Mahrle G. Multiple Autoimmune Syndrome. Reynolds syndrome (acral scleroderma, primary biliary cirrhosis, Sjogren's syndrome) associated with the lupus erythematosus/lichen planus overlap syndrome. -Hautarzt. - 2004. - P. 465-470.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ ЕНДОМЕТРІЮ У ЖІНОК З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

**Земляна Н.А.**

PhD, асистент кафедри акушерства та гінекології,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

**Земляний Я.В.**

к.мед.н., доцент кафедри внутрішніх хвороб 1,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Актуальність вивчення гіперпластичних процесів ендометрію (ГПЕ) зумовлена їх високою поширеністю, негативним впливом на якість життя та високим ризиком малігнізації. Доля цієї патології в структурі патології жіночої репродуктивної системи становить від 20 до 40%.

**Мета:** Оцінити особливості перебігу гіперпластичних процесів ендометрія у жінок з супутньою артеріальною гіпертензією.

### **Матеріали і методи**

Під час дослідження обстежено 94 жінки з гіперпластичними процесами ендометрія. Першу групу склали 56 жінок з гіперплазією ендометрію з супутньою артеріальною гіпертензією (АГ). До другої групи увійшли 38 пацієнок з гіперплазією ендометрію без АГ. Усіх пацієнок, залучених до дослідження, було обстежено за допомогою УЗД на апараті «MyLab50» («Esaote», Італія) та відеогістероскопії («Karl Storz», Німеччина).

### **Результати**

Артеріальна гіпертензія спостерігалася достовірно частіше у жінок перименопаузального та постменопаузального віку порівняно з жінками репродуктивного віку ( $p < 0,05$ ). У жінок з ГПЕ та супутньою АГ порівно з жінками без АГ достовірно частіше виявляли дисменорею (40,4 %;  $p < 0,05$ ),

безпліддя (45,8 %;  $p < 0,05$ ) та метрорагію (43,9 %;  $p < 0,05$ ). Суттєвих відмінностей за морфологічними формами ГПЕ між пацієнтками в залежності від наявності артеріальної гіпертензії не спостерігалось. При аналізі прогностичної значущості артеріальної гіпертензії у жінок з ГПЕ виявлено, що наявність АГ є достовірним фактором ризику рецидивування даного патологічного процесу ( $OR=6,2$ ;  $CI=1,12-36,38$ ;  $p<0,05$ ).

### **Висновки**

Артеріальна гіпертензія переважно зустрічається у жінок в перименопаузальному та постменопаузальному віці. Найчастішими клінічними проявами ГПЕ у жінок з АГ є дисменорея, безпліддя та метрорагія. Наявність АГ є достовірним предиктором рецидивування ГПЕ протягом року.

## **ЗАТРИМКА РОСТУ ПЛОДУ У ЖІНОК З ГІПЕРТЕНЗИВНИМИ РОЗЛАДАМИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ**

**Кириченко М.М.**

асистент кафедри акушерства і гінекології,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Преєклампсія – це поліетіологічний гіпертензивний розлад, що виникає у вагітних жінок. Міжнародне товариство з вивчення артеріальної гіпертензії під час вагітності (ISSHP) визначає преєклампсію як стан, що маніфестує після 20-го тижня вагітності та характеризується поєднанням високого артеріального тиску (САТ / ДАТ понад 140/90 мм. рт. ст.) та значної протеїнурії (понад 300 мг /за добу) [ACOG Practice Bulletin, 2020; Tranquilli A. L. et al., 2014]. Цей стан є вкрай небезпечним як для матері, так і для плоду та може призводити до виникнення ряду ускладнень, таких як затримка росту плода, тяжкі порушень плодово-плацентарної гемодинаміки, передчасні пологи, і, у тяжких випадках, навіть загибель матері та плоду [Bazzano A. N. et al., 2023; Korzeniewski S. J. et al., 2022].

**Мета дослідження:** оцінити росто-масові параметрами новонароджених у жінок з гіпертензивними розладами під час вагітності.

### **Матеріали і методи**

Ретроспективний аналіз медичної документації 100 випадків вагітності та пологів з архіву закладу КНП «Обласний перинатальний центр» ЗОР. До аналізу було включено випадки з одноплідною вагітністю, перебіг якої був ускладнений гестаційною гіпертензією, помірною або важкою преєклампсією. Середній вік вагітних досліджуваної групи складав  $29,81 \pm 0,62$  років. Встановлення діагнозу, тактика ведення та розродження проводилось згідно чинних наказів МОЗ України. Дослідження відповідає сучасним вимогам морально-етичних норм.

Дані були проаналізовані за допомогою ліцензованих стандартних пакетів прикладних програм багатовимірного статистичного аналізу «STATISTICA 13».

### **Результати та їх обговорення**

Згідно з отриманими даними, серед вагітних досліджуваної групи гестаційна гіпертензія була зареєстрована у 34% випадках від загальної кількості. У 55% випадках було діагностовано помірну прееклампсію, а ще у 11% випадків – важку.

Серед вагітних було діагностовано високу частоту виникнення порушення матково-плодово-плацентарного кровотоку – 63% випадків. У вагітних з гестаційною гіпертензією частота термінальних форм кровотоку складала – 4%, з помірною прееклампсією – 17% та з тяжкою прееклампсією – 6%. Згідно з даними УЗД затримка росту плода спостерігалася у 32% вагітних, з яких 23% складала асиметрична форма.

Частота передчасно народжених дітей в досліджуваній групі склала 37%. З затримкою росту плода ( $\leq 10$ -го перцентилю) народилося 62% дітей. З нормальними показниками маси ( $> 10$ -го перцентилю) народилися 27% немовлят. Новонароджені нормальною масою ( $\geq 50$ -го перцентилю) склали 10%. Було зареєстровано один випадок (1%) народження крупного плоду ( $> 90$ -го перцентилю). У новонароджених в спостерігались наступні ускладнення: неонатальна жовтяниця – у 67% випадків, синдром дихальних розладів новонародженого – у 27% випадків. Внутрішньоутробна інфекція була відмічена в 24% випадків, гіпоксично-ішемічна енцефалопатія – в 21%. Слід зазначити, що в цій групі також мали місце випадки: відкритої артеріальної протоки – 17%, асфіксії новонароджених – 10%, транзиторної жовтяниці – 6% та анемії недоношених – 3%.

### **Висновки**

Дослідження виявило значне збільшення випадків перенатальних ускладнень у новонароджених від жінок з гіпертензивними розладами під час

вагітності, в порівнянні з новонародженими від здорових матерів. Встановлено, що в групі жінок з проявами гіпертензивних розладів затримка росту плоду за даними УЗД спостерігалась у 32% випадках. Частота передчасно народжених дітей в цій групі жінок склала 37%. У жінок з гіпертензивними розладами встановлено відносно високий відсоток народження дітей з малою вагою відповідно до росто-масових показників – 62%.

Найчастішими перенатальними ускладненнями, що спостерігались у новонароджених були: неонатальна жовтяниця – 67% випадків, синдром дихальних розладів новонародженого – у 27%, внутрішньоутробна інфекція – 24%, гіпоксично-ішемічна енцефалопатія – 21%.

**СУЧАСНІ СТРАТЕГІЇ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТОК З ДИСПЛАСТИЧНИМИ  
ПРОЦЕСАМИ ЕПІТЕЛІЇ ШИЙКИ МАТКИ АСОЦІЙОВАНИХ З  
ВІРУСОМ ПАПІЛОМИ ЛЮДИНИ**

**Князєва А.О.**

Кафедра акушерства і гінекології,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

За даними ВООЗ в економічно розвинених державах за останні 10 років відмічено зростання кількості пацієнтів з дисплазією епітелію шийки матки і омолодження раку шийки матки [4]. Таким чином, актуальним є регулярний перегляд та впровадження у клінічну практику нових схем скринінгу, з метою підвищення його ефективності та визначення необхідної тактики ведення диспластичних процесів та попередження їх малігнізації.

**Мета дослідження:** провести теоретичний аналіз світових та вітчизняних наукових досліджень та рекомендацій з питання ведення пацієнтів з диспластичними процесами епітелію шийки матки асоційованих з вірусом папіломи людини.

**Методи дослідження**

Були досліджені сучасні рекомендації, такі як ASCCP (Американське товариство кольпоскопії та патології шийки матки), ACOG (Американська колегія акушерів та гінекологів), SGO (Товариство гінекологічної онкології) 2022-2023 року, бібліосемантичний аналіз.

**Результати дослідження**

ACS рекомендує розпочинати скринінг раку шийки матки жінкам у віці 25 років та проходити первинне тестування на вірус папіломи людини (ВПЛ) кожні 5 років у віці до 65 років [2]. Якщо первинне тестування на ВПЛ недоступне, особи у віці від 25 до 65 років повинні проходити котестинг (тестування на ВПЛ

у поєднанні з цитологією) кожні 5 років або лише цитологію кожні 3 роки (прийнятно). Котестінг є альтернативою переважним стратегіям первинного тестування на ВПЛ кожні 5 років та лише цитології кожні 3 роки. Доказові дані вказують на те, що первинне тестування на ВПЛ є більш ефективним порівняно з цитологією і є більш доцільним, аніж котестинг [1]. ACS рекомендує особам із збереженою шийкою матки старше 65 років, які не мали історії CIN2 + протягом останніх 25 років і які мають задокументовані адекватні негативні скринінги за попередні 10 років, припинити скринінг на рак шийки матки. В даний час адекватним негативним попереднім скринінгом визначено 2 послідовних негативних тести на ВПЛ, або 2 послідовних негативних котести, або 3 послідовних негативних цитологічних тести протягом останніх 10 років [3].

### **Висновки**

Незважаючи на те, що можливості скринінгу раку шийки матки розширилися, цитологія шийки матки, первинне тестування на HPV та спільне тестування є ефективними у виявленні передракових уражень шийки матки та раку. Вибрана конкретна стратегія менш важлива, ніж постійне дотримання вказівок щодо рутинного скринінгу, що відповідає сучасним рекомендаціям. Профілактика, скринінг і лікування раку шийки матки все ще залишається критично важливими складовими комплексного догляду за репродуктивним здоров'ям.

### **Список використаних джерел**

1. Clarke MA, Darragh TM, Nelson E, Unger ER, Zuna R, Cremer M, Stockdale CK, Einstein MH, Wentzensen N. Reporting and Assessing the Quality of Diagnostic Accuracy Studies for Cervical Cancer Screening and Management. J Low Genit Tract Dis. 2020.

2. Fontham, ETH, Wolf, AMD, Church, TR, Etzioni, R, Flowers, CR, Herzig, A, Guerra, CE, Oeffinger, KC, Shih, Y-CT, Walter, LC, Kim, JJ, Andrews, KS, DeSantis, CE, Fedewa, SA, Manassaram-Baptiste, D, Saslow, D, Wender, RC, Smith, RA. Cervical cancer screening for individuals at average risk: 2020 guideline update from the American Cancer Society. *CA Cancer J Clin.* 2020; 70: 321-346

3. Perkins RB, Guido RS, Castle PE, Chelmow D, Einstein MH, Garcia F, et al. 2019 ASCCP risk-based management consensus guidelines for abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines Committee. *J Low Genit Tract Dis* 2020;24:102–31.

4. Національний консенсус щодо ведення пацієток з цервікальними інтраепітеліальними неоплазіями, зумовленими папіломавірусною інфекцією [Текст] /В. М. Запорожан, В. В. Камінський, В. С. Свинцицький [та ін.] //Здоровье женщины. – 2017. – №7. – С.16-24.

## **ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ПОСТКОВІДНИХ АЛОПЕЦІЙ**

**Коваленко А.Ю.**

аспірант кафедри дерматовенерології та косметології  
з курсом дерматовенерології і естетичної медицини,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Пандемія коронавірусу вже декілька років продовжує загрожувати здоров'ю, і навіть життю, мешканців нашої планети. Поряд з іншими ускладненнями, значно почастишали скарги пацієнтів на втрату волосся після перенесеної коронавірусної хвороби. Чому відбувається надмірне випадіння, які діагностичні критерії і коли необхідно звертатися до лікаря – питання, які залишаються остаточно нез'ясованими. До того ж, наявність вогнищ порідіння або випадіння волосся на відкритих ділянках шкіри може призводити до певного психологічного дискомфорту з естетичних міркувань.

Метою дослідження було - встановити особливості клінічного перебігу та результати інструментального обстеження у пацієнтів із випадінням волосся після ковідної інфекції.

Матеріали та методи. У дослідження було включено 24 особи, з яких 8 – чоловіків та 16 жінок, які звернулися із скаргами на випадіння волосся в терміні від 16 до 94 днів від завершення захворювання COVID-19. Для об'єктивної оцінки стану волосся застосовували обстеження – трихоскопію – із використанням системи фотозображення FotoFinder, яка розташована у діагностичному відділенні ННМЦ «Університетська клініка ЗДМФУ».

Встановлено, що переважна кількість хворих (18 осіб – 75%) звернули увагу на випадіння волосся через 20,8 – 91 дні після перенесеної інфекції. При визначенні клінічних форми алопеції звертали увагу на наявність вогнищового або дифузного випадіння, ділянку ураження. У 66,7% хворих виявлено

телогенову алопецію, яка клінічно характеризується дифузним порідінням волосся. Порідіння волосся дифузне та рівномірне в усіх ділянках волосяної частини голови. Волосся, що вертикально відростає, було найбільш поширеною ознакою телогенової дифузної алопеції. Воно жорстке і щільне, що пояснює його вертикальний напрямок і гострий кінчик.

Другою за частотою спостереження (5 осіб, що складає 20,8%) була андрогенетична алопеція, яка пов'язана з абсолютною або відносною гіперандрогенією і клінічно проявляється порідінням волосся лише в лобно-тім'яній та/або потиличній ділянці. Візуально цей різновид алопеції складно відрізнити від попередньої, телогенової. При даній патології спостерігалася неоднорідність товщини волосся при андрогенетичній алопеції, що проявлялося одночасною наявністю тонших, проміжних і товстих волосяних стрижнів.

Найрідше (у 3 осіб, 12,5%) – зустрічалася вогнищева алопеція, яка клінічно проявлялася вогнищами округлої форми з відсутністю волосся та без ознак запалення або лущення. Трихоскопічними ознаками вогнищевої алопеції були жовті точки, які розташовувались групами по 2-3, що відповідало кількості колишніх волосяних стрижнів. Ці групи були більш помітні у фронтальній зоні, на якій вище частка одиночних юнітів. Спостерігалися також чорні точки – пігментовані залишки волосся, що зруйноване і зламане на рівні шкіри голови – це є маркером активного захворювання.

Висновки. Таким чином, особливості клінічного перебігу та інструментального дослідження дозволяють в більшості випадків визначитися з видом алопеції, але в складних ситуаціях (диференційний діагноз між телогеновою та андрогенетичною алопеціями) встановити остаточний діагноз. Саме тому застосування сучасного методу діагностики – трихоскопії – дозволяє правильно встановити діагноз.

Значне переважання телогенової алопеції над іншими формами визначено як типову постковідну ознаку, що слід враховувати для таких пацієнтів при плануванні терапії.

## **РОЛЬ МЕТАБОЛІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАТОГЕНЕЗІ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ЖІНОК**

**Лахно І. В.**

д. мед. н., проф., в.о. зав. кафедри акушерства та гінекології №3,  
Харківський національний медичний університет

Гіпотеза плодового програмування пояснює вплив антенатальних факторів у розвитку серцево-судинної патології. У жінок значний рівень системної атерогенної васкулопатії з'являється на тлі менопаузи. Можна вважати, що гіпоестрогенія є тригерним механізмом атеросклерозу [1]. Проте у менопаузі також відбувається зниження рівня тестостерону. Це має прояв у сексуальній дисфункції. Системний вплив тестостерону відомий у появі дисліпідемії, підвищенні рівня прозапальних речовин і розвитку ниркової недостатності [2]. Тому жінки з гіперандрогенією є групою ризику по виникненню гіпертонічної хвороби.

Важливим завданням менеджменту жінок у менопаузі є підтримання метаболічних процесів, що сприяє збереженню здоров'я серця і судин [3]. Тому вивчення патогенетичних механізмів ураження серцево-судинної системи у жінок перехідного віку є ключовим питанням у розвитку міждисциплінарного підходу до розробки профілактичних стратегій.

**Метою роботи** було дослідження стану метаболічних процесів і стан серцево-судинної системи у жінок перименопаузального віку.

Усього було обстежено 71 пацієнтку, яких було розподілено на дві групи. До I (контрольної) групи було віднесено 35 жінок пізнього репродуктивного віку без жодних захворювань. Середній вік у цій групі склав  $37,6 \pm 2,4$  роки. У II (основній) групі під спостереженням було 36 жінок, середній вік яких становив  $52,8 \pm 5,2$  роки. Було проведено вивчення індексу маси тіла (ІМТ), артеріального

тиску (АТ), менопаузального індексу Купермана, рівня С-реактивного білку (С-РБ), індекса НОМА, рівня глікемії та ліпідограми. Статистичну обробку проведено за допомогою пакету програм IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. (Armonk, NY: IBM Corp.).

Результати роботи продемонстрували погіршення метаболічних процесів у жінок в період менопаузи. Дослідження можливого зв'язку між ІМТ та іншими показниками дозволило виявити певні закономірності. Результати кореляції Спірмена показали, що існує значущий середньої сили позитивний зв'язок між ІМТ та діастолічним АТ ( $r = 0,308$ ,  $p = 0,018$ ). Також було виявлено середньої сили позитивний зв'язок між ІМТ та оцінкою за шкалою Купермана ( $r = 0,362$ ,  $p = 0,022$ ). Результати дослідження показали, що існує достовірний середньої сили позитивний зв'язок між ІМТ та рівнем глюкози ( $r = 0,451$ ,  $p = 0,003$ ). Було виявлено значний великий позитивний зв'язок у тесті Спірмена між ІМТ та СРБ ( $r = 0,507$ ,  $p = 0,001$ ). Отже, показник ІМТ був пов'язаний з регуляцією гемодинаміки, вираженістю менопаузальних розладів, вуглеводним обміном і хронічним запаленням. Результати теста Спірмена також продемонстрували середньої сили позитивний зв'язок між індексом НОМА та рівнем ліпопротеїнів низької щільності ( $r = 0,323$ ,  $p = 0,030$ ). Отже, інсулінорезистентність може приймати участь в атерогенезі. Виявлені кореляції показали тригерну роль ожиріння в метаболічних порушеннях.

Проведена робота демонструє значну роль метаболічних розладів у порушенні карбогідратного обміну, атерогенезі, вираженості менопаузальних розладів і виникненні артеральної гіпертонії. Можливо вважати, що розробка стратегій, спрямованих на зниження ІМТ може сприяти збереженню здоров'я і продовження творчого довголіття жінок старших вікових груп.

#### **Список використаних джерел**

1. Nappi R.E., Simoncini T. Menopause transition: a golden age to prevent cardiovascular disease. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2021; 9: 135-137.

2. Johansen N, Lindén Hirschberg A, Moen MH. The role of testosterone in menopausal hormone treatment. What is the evidence? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2020; 99(8):966-969.

3. Lakhno I. State of metabolic processes and ways to improve them in premenopausal women due to the life extension strategy. *Rep Endocrinol* 2021; 61: 51-54.

## ТРАНСПЛАНТАЦІЯ ВОЛОССЯ

**Літвінов В.А.**

PhD, асистент кафедри дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Одною з основних естетичних проблем людства є втрата волосся. Причини облисіння бувають різні, багато в чому вони обумовлені генетикою, гормональним дисбалансом, рівнем стресу, загальним станом здоров'я. Також значною мірою впливають такі фактори: менопауза, куріння, алкогольна залежність, суворі дієти, ендокринні порушення та травми. Патологічним процесом вважається саме алопеція (облисіння), яка характеризується прогресуючою втратою волосся у великій кількості. Розрізняють такі види алопеції: рубцева, вогнищева, дифузна, але найбільш поширена — андрогенетична алопеція.

За даними американського академічного медичного центру NYU Langone Health, який проводить медичні дослідження, до 80% чоловіків і 50% жінок стикаються з різною формою випадіння волосся протягом життя. Треба зазначити, облисіння не тільки естетична проблема, а й психологічна, що за рахунок невпевненості в собі може впливати загалом на соціальне життя людини.

На сьогоднішній день існує безліч дієвих лікарських та косметичних засобів, а також різноманітних процедур для покращення стану волосся і припинення його випадіння. Та вони не завжди можуть вирішити проблему, а у деяких випадках взагалі не ефективні, особливо коли живих волосяних фолікулів взагалі не залишилось. Пересадка волосся- це найефективніший спосіб впоратися з незворотньою формою облисіння. Якщо раніше для цього

виконувалася повноцінна операція із забором шматка шкіри з донорської зони, то тепер лікарі обирають безопераційні методи. Такий підхід збільшує приживаність пересаджених фолікулів, не потребує тривалої реабілітації та унеможливорює утворення неестетичних шрамів. У 90 – 99 % вдається досягти відмінного естетичного результату.

Історія хірургічного заміщення волосся у людини бере свій початок ще у тридцять років двадцятого сторіччя в Азії. Японські лікарі виконували пересадку 1–5-мм графтів виключно у випадках рубцевої та вродженої алопеції, та не використовували її при андрогенетичній втраті волосся. Вперше, пересадку волосся при андрогенетичній алопеції із застосуванням 6–12-мм панчів для виділення графтів-шматочків шкіри з волоссяними фолікулами, успішно здійснив у 1959 році косметичний хірург Норманн Орендтрейх. Саме ним було розроблено та доведено «теорію донорської домінанти». Згідно якої більшість волосся на так званій «вінцевій» потиличній частині голови запрограмовано природою на опір в'ягучому ефекту чоловічих гормонів, що викликають втрату волосся на голові. Тому, фолікулярна одиниця пересаджена з потилиці в зони облісіння, зберігає здатність протистояти впливу гормону і може зростати протягом усього життя, тобто, спостерігається "донорське домінування".

Зрозуміло, що результати тих років із сучасної точки зору важко назвати прийнятними. Операція була болючою, та результат з погляду естетики мав досить неприродний вигляд, так званої «зубної щітки» і «лялькового волосся». Це було зумовлено використанням великих графтів та подальшому застосуванні 4-мм панчів, а шрами могли залишатися досить помітними.

Найбільший прорив 1995-2000 рр. зроблений американськими хірургами Робертом Бернштейном і Вільямом Россманом, якими було сформульовано нову концепцію трансплантації волосся. Відповідно якої, фолікули слід було пересаджувати саме як фолікулярні об'єднання (юніти), тобто, в тому ж вигляді, в якому вони ростуть у природному середовищі на волоссяній частині голови.

Фолікулярне поєднання (або графт) є морфофункціональним елементом скальпу. Він може бути одно-, дво-, трьох, чотириволосяним.

Пізніше, цими ж хірургами розроблена техніка FUE (Follicular Unit Extraction або безшовний метод), у ході якої юніти витягують безпосередньо зі шкіри за допомогою панчів діаметром до 1 мм. Цей метод використовується не тільки в пересадці волосся на голові, але також для пересадки у місця локалізації брів, бороди та вусів і вважається «Золотим стандартом».

Класичний strip-метод FUT (Follicular Unit Transplantation) це повноцінне хірургічне втручання. На потиличній частині за допомогою скальпеля відокремлюють ділянку шкіри з волоссям, нарізують її та поділяють на графти. У кожному міститься від 1 до 4 фолікулів. Далі ці частини імплантують у підготовлений канал. Перевагами FUT методу перед FUE є час проведення процедури (3-4 години, а не 8-10). Технічно простіший спосіб виділення графтів з донорської ділянки шкіри. Низька (менше 3%) ймовірність трансекцій (розрізів та пошкодження фолікулів). Вартість хірургічних процедур нижча. Недоліками цього методу порівняно з FUE є довший реабілітаційний період, а на місці забору донорської тканини назавжди залишається виражений рубець. Також часто пацієнти стикаються з ускладненнями – болями через пошкодження нервових закінчень, неестетичність рубця, набряклість, інфекційні ускладнення та неприродність результату.

Хоча міжнародна спілка відновлення волосся (ISHRS) офіційно визнає лише два методи пересадки волосся – безшовний спосіб FUE (Follicular Unit Extraction) та хірургічний FUT (Follicular Unit Transplantation), але серед лікарів і пацієнтів також користуються популярністю такі методи як HFE (Hand Follicle Extraction), фактично є різновидом FUE. Практична відмінність: відбір кожної фолікулярної групи роблять окремо, а вживлення проводять спеціальним імплантатором, що вимагає тонкої ручної роботи, звідси і слово hand-рука. Однак, іноді цій аббревіатурі в розшифровці надають зовсім інший зміст – Hair

For Ever (волосся назавжди). Ще одним різновидом методу FUE вважається сучасний метод DHI (Direct Hair Implantation), проте, з деякою відмінністю у процесі, а також інструменті (ручкою-імплантатором Choi) для прямої імплантації волосяних фолікулів в область реципієнта без необхідності попередньо зроблених розрізів або каналів. Метод DHI підходить пацієнтам з алопецією від легкого до середнього ступеня вираженості. Дослідники розробили його, об'єднавши досвід, отриманий під час пересадки волосся FUE, із сучасними інструментами для імплантації волосся, а саме ручкою-імплантатором Choi.

Дивлячись на всі аспекти можна сказати що, актуальність вивчення та удосконалення методів пересадки волосся на сучасному рівні має досить важливе значення для дерматології, трихології та естетичної медицини.

### **Список використаних джерел**

1. Rassman WR, Bernstein RM, McClellan R, Jones R, et al. (2002). «Follicular Unit Extraction: Minimally invasive surgery for hair transplantation». *Dermatol Surg*. 28 (8): 720–7. doi:10.1046/j.1524-4725.2002.01320.x
2. Unger WP. In: *History of hair transplantation // 4th ed.* Unger WP, Shapiro R, editors - 2004. New York, Marcel Dekker.
3. Unger W, *Hair Transplantation-(5th ed)*. Informa Healthcare, New York, New York 2011, 296-7.
4. Rassman W, Bernstein R. Follicular unit extraction: minimally Invasive surgery for hair transplantation. *Derm Surg* 2002;28:720-8.
5. Inui S, Itami S. Dr. Shoji Okuda (1886-1962): the great pioneer of punch graft hair transplantation. *J Dermatol* 2009;36:561-2.
6. Shiell R, Notes from Editor Emeritus, *Hair Transplant Forum Int* 2012: 22:81.

**ПЕРЕДЧАСНИЙ РОЗРИВ ПЛОДОВИХ ОБОЛОНОК  
ПРИ НЕДОНОШЕНІЙ ВАГІТНОСТІ:  
ІМУННО-ЕНДОКРИННА ДИЗРЕГУЛЯЦІЯ**

**Любомирська К.С.**

PHD, асистент кафедри акушерства та гінекології,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

**Кирилюк О.Д.**

кандидат медичних наук, директор,  
Комунальне некомерційне підприємство  
«Обласний перинатальний центр» Запорізької обласної ради.

**Гайдай Н.В.**

кандидат медичних наук, доцент кафедри акушерства і гінекології,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

**Бондаренко С.А.**

кандидат медичних наук, асистент кафедри акушерства і гінекології,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Для фізіологічного перебігу вагітності необхідна адаптація материнської іммуноендокринної системи. Загальний репертуар рецепторів як для цитокінів, так і для нейротрансмітерів, нейропептидів, гормонів і інших типів регуляторів формує загальну комунікаційну мову, що становить континуум крос-регуляторних впливів між цими системами. Функції нагляду за ініціацією і регуляцією реакцій вродженого і адаптивного імунітету не замкнуті межами самої імунної системи і можуть визначатися також участю нервової та ендокринної системами.

**Мета** – визначити стан імунно-ендокринної системи у жінок з передчасним розривом плодових оболонок при недоношеній вагітності.

## **Матеріали та методи дослідження**

Пацієнти були розподілені на 2 групи: 1 (основна) група – 80 жінок з передчасним розривом плодових оболонок (ПРПО) в 26-34 тижні вагітності та 2 (контрольна) група – 50 жінок з фізіологічним перебігом вагітності та терміновими пологами без ускладнень. Середній вік обстежених жінок склав  $29,60 \pm 6,30$  років.

## **Результати дослідження та їх обговорення**

Аналізуючи концентрації прогестерону в основній групі дослідження в залежності від терміну виникнення ПРПО, слід зазначити, що найнижчим даний показник був в терміні 26-27 тижнів та склав 25,89 нг/мл, найвищим 67,45 нг/мл в 31-32 тижні. При дослідженні концентрації ХГЛ встановлено, що в основній групі дослідження найнижчим даний показник був в терміні 26-27 тижнів та склав 1182,8 мОд/мл відповідно. У всіх гестаційних підгрупах основної групи рівень ХГЛ був нижчим за цей показник в відповідному терміні вагітності контрольної групи. При дослідженні концентрації естрадіолу в сироватці крові вагітних встановлено, що в основній групі найнижчим даний показник був в термінах 28-30 і 26-27 тижнів та склав 588,31 пг/мл та 653,87 пг/мл відповідно. Під час вивчення кореляційних взаємозв'язків кількісних значень гормонів між собою доведено, що у жінок основної групи встановлений достеменний сильний прямий кореляційний зв'язок ( $r=0,87$ ,  $p \leq 0,05$ ) між рівнем прогестерону та естрадіолу. Тобто, при збільшенні концентрації прогестерону в сироватці крові суттєво зростає рівень естрадіолу. Під час вивчення залежності зв'язків між концентрацією прогестерону та ХГЛ у жінок з ПРПО в 26-34 тижні вагітності встановлено помірну пряму кореляцію, яка також набула статистичної значущості ( $r=0,65$ ,  $p \leq 0,05$ ). Нами була виявлена достовірна помірна зворотна кореляційна залежність між концентрацією прогестерону в сироватці крові та транскрипційною активністю прозапального IL17a в плодових оболонках у жінок основної групи ( $r= -0,66$ ,  $p < 0,05$ ), що вказує на безпосередній вплив

прогестерону не тільки на виношування вагітності та тонус міометрію, але і на реалізацію протизапальної ланки імунної відповіді. Отримані статистичні дані кореляційних зв'язків вказують, що при зниженні рівні прогестерону в сироватці крові вагітної збільшується експресія компонентів прозапального адаптивного імунітету. при зниженні рівня естрадіолу відбувається збільшення експресії прозапального IL17 $\alpha$  в плодових оболонках, що формує умови для реалізації інтраамніального інфікування та виникнення ПРПО в термінах вагітності 26-34 тижні. Була виявлена достеменно пряма кореляційна залежність помірної сили між концентрацією ХГЛ та експресією вродженого імунітету TLR2 в плаценті ( $r=0,55$ ,  $p<0,05$ ) та TLR4 в плодових оболонках ( $r=0,56$ ,  $p<0,05$ ).

### **Висновки**

Редукція синтезу гормонів фето-плацентарного комплексу має достеменно пряму кореляційну залежність з прозапальними імунними реакціями в децидуальній тканині плаценти та плодових оболонках. Порушення регуляції та взаємодії імунної та ендокринної систем під час вагітності формує підвищений ризик ПРПО при недоношеній вагітності з подальшою запуском передчасних пологів.

## **АНДРОГЕНЗАЛЕЖНІ ДЕРМАТОПАТІЇ: ВІДКРИТІ ПИТАННЯ ДО ДЕРМАТОЛОГІВ ТА ГІНЕКОЛОГІВ**

**Макуріна Г.І.**

доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

**Сюсюка В.Г.**

доктор медичних наук, професор кафедри акушерства і гінекології,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

**Сергієнко М.Ю.**

кандидат медичних наук, доцент кафедри акушерства і гінекології,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

**Дунаєва Л.А.**

лікар-акушер-гінеколог консультативно-діагностичного відділення,  
Комунальне некомерційне підприємство  
«Обласний перинатальний центр» Запорізької обласної ради

Зазвичай, надлишок андрогенів у жінок, клінічно проявляється гірсутизмом, себорейним дерматитом, акне, чорним акантозом, андрогенетичною алопецією [Cussen L. et al., 2022; Christ J.P., Cedars M.I., 2023; Makrantonaki E., Zouboulis C.C., 2020]. На акне хворіють 80% людей у віці від 11 до 30 років, однак, у дорослому віці захворювання найчастіше зустрічається у жінок [Mahto A., 2017]. Воно є одним із поширених дерматологічних проявів синдрому полікістозу яєчників (СПКЯ) [Ramezani Tehrani F. et al., 2015]. Патогенез вульгарних вугрів ґрунтується на комбінації багатьох факторів, головними з яких є зміна кількісного та якісного складу себуму. Ізольоване збільшення вироблення шкірного сала не дає стійкого прогресу захворювання,

має значення комбінація гіперпродукції та зміни ліпідного профілю (зменшення концентрації лінолевої кислоти, підвищення утворення сквалену та насичених жирних кислот); шкірного дисбіозу з виділенням вірулентних підтипів *S. acnes*; аномалії диференціювання та проліферації кератиноцитів у вигляді фолікулярного гіперкератозу; запалення [Carmina E., et al., 2022; Mahto A., 2017]. Клінічно акне характеризується наявністю відкритих та закритих комедонів, папул, пустул, міліумів та вузлів. Окрім цього, після еволюції запальних елементів (папул, пустул та вузлів) спостерігається постзапальна гіперпігментація, еритема та рубці, що, в свою чергу, призводить до соціальної дезадаптації, депресії та тривоги [Heng A.H.S., Chew F.T. 2020].

Якщо для оцінювання акне немає загальноприйнятих візуальних рекомендацій, для уточнення ступеня та розподілу алопеції кращою вважається візуальна шкала Людвіга [Teede H.J. et al., 2018; Christ J.P., Cedars M.I., 2023]. Андрогенетична алопеція є найпоширенішою формою алопеції в усьому світі [Devjani S. et al., 2023]. Її патогенез включає комбінацію генетичних і гормональних факторів [Kidangazhiathmana A., Santhosh P., 2022]. Згідно рекомендацій Androgen Excess and PCOS Society слід використовувати термін «випадіння волосся за жіночим типом» [Carmina E. et al., 2019]. Відповідне випадіння опосередковується андрогенами, оскільки у жінок із ознаками гіперандрогенії при СПКЯ чи вродженій гіперплазії наднирників часто розвивається ранній початок втрати волосся. Випадіння волосся за жіночим типом проявляється у вигляді зменшення густоти волосся та мініатюризації волосяних фолікулів на маківці та лобовій частині голови, як правило, із збереженням передньої лінії волосся [Bienenfeld A. et al., 2019]. На теперішній час роль андрогенів у патогенезі захворювання чітко не визначена, адже лише одна третина жінок демонструє аномальні рівні андрогенів. Крім того, захисну роль у рості волосся відіграє естроген, про що свідчить збільшення поширеності випадіння волосся за жіночим типом у період менопаузи, подовження фази

анагену під час вагітності, тощо [Starace M. et al., 2020]. Вплив андрогенів на волосяні фолікули залежить від місцевої біодоступності, а не від рівня в крові. Шкіра є периферичним органом обміну андрогенів. Себоцити синтезують тестостерон із попередників надниркових залоз, а також здатні їх інактивувати разом з кератиноцитами, таким чином відіграючи важливу роль у гомеостазі андрогенів [Kidangazhiathmana A., Santhosh P., 2022]. Хоча акне та випадіння волосся за жіночим типом є поширеними скаргами пацієнтів із СПКЯ, наразі недостатньо доказів для використання їх у якості надійних діагностичних маркерів СПКЯ [Christ J.P., Cedars M.I., 2023].

**КЕРАТОДЕРМІЯ ХАКСТХАУЗЕНА – ЧИ Є ПРІОРИТЕТИ  
У ЛІКУВАННІ?**

**Макуріна Г.І.**

доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

**Сюсюка В.Г.**

доктор медичних наук, професор кафедри акушерства і гінекології,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

**Синах О.К.**

завідувач кафедри дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Менопауза та пов'язаний з нею гіпоестрогенний стан мають наслідки для структури та функції шкіри. Існують асоціації з менопаузою та численними поширеними дерматозами, в тому числі, клімактеричною кератодермією. Клімактерична кератодермія Хакстхаузена - хронічний кератодерматит клімактеричного періоду, викликаний дефіцитом естрогенів в організмі. Симптоматично проявляється вогнищами гіперкератозу на долонях і підшвах, появою тріщин, які виникають спонтанно та істотно знижують якість життя жінок, заважають їх соціальній адаптації.

Сучасна дерматологія вважає кератодермію Хакстхаузена однією зі складових симптомів клімаксу, пов'язаних з віковим виснаженням функції яєчників. Оскільки нейроендокринна регуляція трофіки шкіри здійснюється через гормони яєчників, які працюють в тісному контакті зі щитоподібною залозою під контролем ЦНС, то загальний стан шкіри безпосередньо залежить

від гормонального фону пацієнтки. Природним шляхом у процесі фізіологічного старіння знижується рівень естрогенів, відразу ж зменшується транспорт необхідних для будівництва нормальних тканинних структур білків, жирів, вуглеводів. Гіпоталамус намагається компенсувати цю нестачу посиленою роботою інших підконтрольних йому систем, внаслідок чого виникають такі явища як гіпергідроз і тахікардія, відбувається звуження судин, підвищення захисних властивостей шкіри. Суб'єктивні симптоми при зазначеній патології відповідають клімаксу: припливи, пітливість, озноб, серцебиття, підвищення артеріального тиску. Хворих мучить сильний свербіж, більше вночі.

Встановлено клінічні особливості дерматозу: гіперкератотичні папули, бляшки, тріщини тільки на долонях і підошвах без поразки зводу і бічних ділянок, торпідність течії і прогресування шкірного процесу. Морфологічний аналіз змін шкіри при розвитку кератодермії Хакстхаузена показав, що в основі структурних перебудов епідермісу і дерми внаслідок активації даного захворювання лежать ускладнення епідермальної десквамації, порушення епідермально-дермальних взаємовідношень та комплекс перетворень мікроциркуляторного і сполучнотканинного компонентів дерми [Pierard-Franchimont, 1999; Has et al., 2016; Lovgren et al., 2017].

Під час гістологічного дослідження шкіри у хворих на КК спостерігалися наступні зміни: всі шари епідермісу були збережені, зазначалося потовщення епідермісу, помірний акантоз, яскраво виражений гіперкератоз, в окремих випадках – невеликий вогнищевий паракератоз і спонгіоз, помірний папіломатоз. Дерма була набрякла, у верхній частині, переважно периваскулярно, були розташовані невеликі лімфогістіоцитарні інфільтрати [Enta, 1996; Itin et al., 2005; Bergman et al., 2010;].

Морфологічне дослідження стану шкіри у жінок без клінічних ознак кератодермії в клімактеричному періоді виявило типові інволютивні зміни епідермісу. Зокрема, на поверхні згладжених сосочків спостерігалось

нерівномірне стоншення епідермісу в порівнянні з контрольною групою як у шкірі стопи, так і в сідничній ділянці. Клітини базального, остистого та зернистого шарів над верхівками сосочків значно поступалися за розмірами кератиноцитам у складі шкіри жінок віком від 21 до 40 років без проявів клімаксу. У групі порівняння остисті кератиноцити нормальної форми склали 5-8 рядів незалежно від локалізації досліджуваних ділянок шкіри. Клітини зернистого шару мали типову ромбовидну або полігональну форму, в області складок формуючи потовщення 8-10 рядів. Кількість кератиносом була невеликою. Апоптотичні фігури виявлялися без істотних порушень.

Співвідношення клітин по шарах епідермісу з віком залишалось без патологічних ознак, проте мало суттєві локальні особливості. У тонкій шкірі сідничної області жінок контрольної групи і групи порівняння загальна товщина епідермісу становила від 80 до 135 мкм; у товстій шкірі стопи вона сягала 400-600 мкм переважно за рахунок рогового та блискучого шарів кератиноцитів, що відображає нормальні гісто-фізіологічні особливості шкіри. В клімактеричному періоді спостерігалася обмежена синтетична активність базальних кератиноцитів з незміненими ядрами, роговий шар виявлявся дещо стоншеним, корнеоцити групувалися у фрагменти нерівномірної товщини. Базальна мембрана епідермісу була без патологічних змін і мала згладжений контур. Проявів акантозу, паракератозу та кератогіалінозу не спостерігалось. Стан дермо-епідермального розмежування відповідав віковій нормі.

Поява серед хворих на кератодермію гістологічних ознак акантозу та гіперкератозу на відміну від нормально функціонуючого епітелію, на нашу думку пов'язана зі зменшенням площі  $\alpha$ -естроген залежних клітин в епітеліально-дермальному комплексі, та може свідчити про порушення балансу між десквамацією кератиноцитів та проліферативною активністю базальних клітин епідермісу.

Результати клінічного перебігу дерматозу та гістологічного дослідження спонукали нас до пошуку нових засобів по догляду за ураженими ділянками шкіри. Значна кількість пацієнтів із сухою, гіперкератотичною шкірою не усвідомлюють, що це патологічний стан і не звертаються до дерматолога, надаючи перевагу механічним ексфоліантам, таким як скраби. Застосування таких засобів може призвести до появи мікроскопічних ушкоджень поверхні шкіри, подальшого порушення її захисного бар'єра та ще більшого загострення сухості та створення нерівномірності текстури шкіри.

Системну терапію у жінок групи дослідження проводили із призначенням менопаузальної гормональної терапії, в контрольній групі проводили лише топічну терапію. Жінкам було запропоновано для застосування три препарати для обробки шкіри у вогнищах ураження. Найбільш ефективним, з точки зору пацієток, виявився помякшувальний крем для сухої та згрубілої шкіри лінійки CeraVe, який містить у своєму складі кераміди, сечовину та саліцилову кислоту. Похідне саліцилової кислоти із більшою молекулярною масою та ліпофільністю сприяють повільному проникненню та м'якому відлущенню клітин шар за шаром. Повільне проникання дозволяє використання менших концентрацій препарату.

### **Висновки**

1. Встановлені шляхом проведення морфологічних досліджень, порушення кератинізації – потребують постійного застосування зволожуючих шкіру засобів.
2. Застосування лише місцевої терапії призвело до покращення стану шкіри у 34,6% пацієнтів (група спостереження 54 особи).
3. Комбінація системної терапії (менопаузальної гормональної терапії) та топічної призводить до значного підвищення позитивного результату (до 82,3%) (група спостереження 52 особи).

## **МОЖЛИВОСТІ НЕІНВАЗИВНОЇ КОРЕКЦІЇ ВІКОВИХ ЗМІН ШКІРИ У ЖІНОК**

**Макуріна Г.І.**

доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

**Чорненька А.С.**

асистент кафедри дерматовенерології та косметології  
з курсом дерматовенерології і естетичної медицини,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Старіння шкіри – це складний багатофакторний процес, який охоплює всі її шари та обумовлений впливом сукупності внутрішніх (генетичні фактори, вкорочення теломер, ендокринні розлади тощо) та зовнішніх (ультрафіолетове опромінення, стрес, паління, забруднення навколишнього середовища, дієта) факторів [Clatici V.G. et al., 2017; Krutmann J. et al., 2017].

При вікових змінах шкіри спостерігається зниження проліферації кератиноцитів базального шару епідермісу та дермальних фіброblastів, зменшення контактної площі між епідермісом та дермою (сплощення епідермо-дермального з'єднання) та деградацією колагенового волокна [Csekes E. et al., 2021]. Дані пертурбації особливо різко проявляються у жінок при настанні менопаузи. Протягом перших 5-ти років від моменту початку менопаузи вміст колагенових волокон I та III типів знижується на 30%, а також спостерігається подальше зниження на 2% щорічно протягом наступних 15 років [Liu T. et al., 2020]. Візуально вікові зміни шкіри характеризуються наявністю стоншеного чи, навпаки, потовщеного та шорсткого (при фотостарінні) епідермісу, сухості,

зморшок, зниженого тургору та тону, нерівномірної гіперпігментації, телеангіоектазій, деформації овалу [Bonté F. et al., 2019].

Інволютивні зміни в шкірі супроводжуються також додатковими психоемоційними розладами та порушеннями соціальної адаптації, особливо у жінок. Спостерігається зниження якості особистого та професійного життя [Глебова Є.Є., 2019; Глебова Є.Є., Горачук В.В., 2018]. Вищеперераховане мотивує пацієнток звертатися до дерматологів-косметологів з метою естетичної корекції [Zouboulis C.C., 2019]. Існує низка малоінвазивних методів впливу таких, як: хімічні кислотні пілінги, IPL-терапія, аблятивне та неаблятивне лазерне шліфування, ін'єкції нейропротеїну тощо. Однак, використання цих методів обмежене їх певними постпроцедурними реакціями та небажаними явищами [Makurina G.I. et al., 2023].

Сьогодні, одним з перспективних та неінвазивних методів корекції вікових змін шкіри є фотодинамічна терапія (ФДТ). ФДТ – це методика, яка базується на комбінації впливу фотосенсибілізуючої речовини з подальшою її активацією світлом певної довжини хвилі, утворенням активних форм кисню (АФК) у вигляді синглетного кисню, гідроксильного радикалу, супероксидного радикалу та перекису водню з наступним розвитком апоптозу або некрозу клітин-мішеней [Dopohoe S., 2019]. У дерматологічній практиці найчастіше використовують у якості фотосенсибілізатора 5-амінолевулінову кислоту у поєднанні з впливом червоного спектру світла через більшу глибину проникнення в тканини [Correia J.H. et al., 2021; Lee C.N. et al., 2020]. Даний метод має силу рекомендації А та рівень доказовості І у anti-age протоколах. Після застосування ФДТ спостерігається ремоделювання дермального матриксу з подальшим збільшенням синтезу колагену І типу, а також переривання меланогенезу (профілактика та корекція гіперпігментації) шляхом зниження активності тирозинази та паракринного впливу цитокінів кератиноцитів та фібробластів [Huang A. et al., 2020; Morton C.A. et al., 2020; Kim S.K. et al.,

2018]. Серед постпроцедурних реакцій реєструвалися біль, набряк та еритема, проте вони корелювали з інтенсивністю світлового потоку, гіперчутливістю шкірою пацієнта та з дотриманням рекомендації після терапії [Morton C.A. et al., 2020].

На теперішні момент, дослідження щодо можливостей фотодинамічної терапії продовжуються, а показання до застосування доповнюються.

## **ВЕДЕННЯ ВАГІТНИХ З РЕЗУС-НЕГАТИВНИМ ТИПОМ КРОВІ**

**Сюсюка В.Г.**

доктор медичних наук, професор кафедри акушерства і гінекології,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

**Богуславська Н.Ю.**

кандидат медичних наук, заступник директора,  
Комунальне некомерційне підприємство  
«Обласний перинатальний центр» Запорізької обласної ради.

**Котлова Ю.В.**

кандидат медичних наук, доцент кафедри дитячих хвороб ННПО  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

**Ісмаїлова Е.Я.**

завідувачка організаційно-методичним відділом  
Комунальне некомерційне підприємство  
«Обласний перинатальний центр» Запорізької обласної ради.

**Раменська В.В.**

завідувачка відділенням патології вагітності та екстрагенітальної патології  
Комунальне некомерційне підприємство  
«Обласний перинатальний центр» Запорізької обласної ради.

Неонатальна гіпербілірубінемія є загально визнаною глобальною проблемою охорони здоров'я, яка часто вимагає повторної госпіталізації, і пов'язана з високим рівнем захворюваності та смертності [Olusanya B.O. et al., 2018; Routray S.S. et al., 2021]. Гемолітична хвороба новонароджених (ГБН), також відома як еритробластоз плода, є гемолітичним станом, який переважно вражає резус-позитивні плоди та немовлят, народжених від резус-негативних

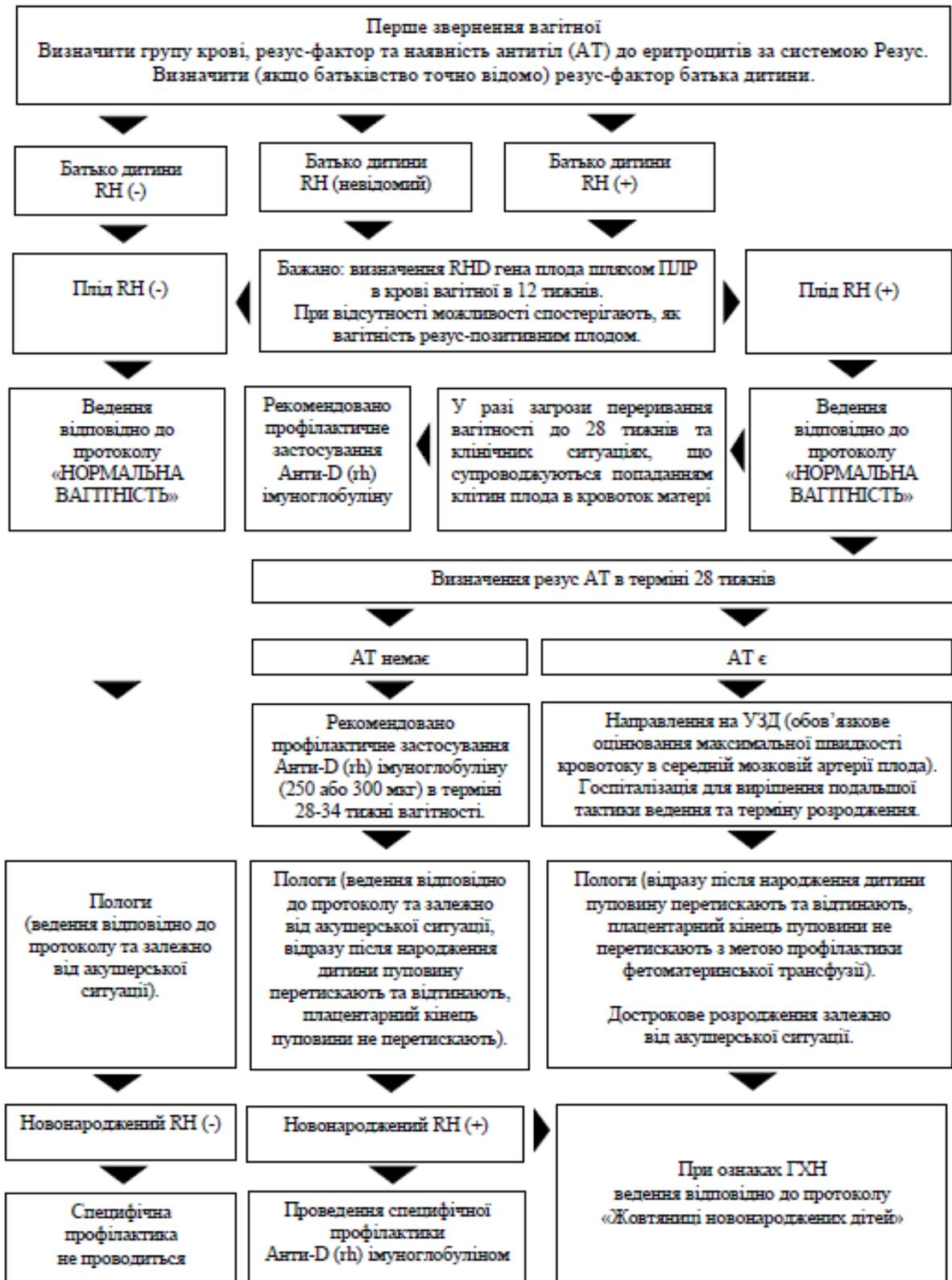
матерів [Myle A.K. et al., 2021]. Імунізацію можна знизити більш ніж у половині випадків шляхом введення анти-D імуноглобуліну на початку третього триместру вагітності, особливо першої вагітності [Dajak S. et al., 2014].

Відповідно до клінічної настанови та стандарту медичної допомоги «Нормальна вагітність» (Наказ №1437 від 9.08.2022 року) при Rh-негативній належності крові у вагітної та Rh-позитивній або невідомій належності крові у батька майбутньої дитини проводиться скринінг на наявність антитіл до еритроцитів за системою Резус під час першого антенатального візиту і повторно в 28 тижнів вагітності. Якщо батьківство точно відомо, то визначення резус-фактора батька дитини може бути запропоновано всім резус-негативним вагітним жінкам, щоб виключити непотрібне введення препаратів крові. Лікарські засоби анти-D-імуноглобуліну людини відповідно до інструкції для медичного застосування, затвердженої МОЗ України, мають два дозування 1250 МО (250 мкг) та 1500 МО (300 мкг). Профілактика Rh-імунізації під час вагітності проводиться шляхом внутрішньом'язового введення 1 дози (250 або 300 мкг) Анти-D (rh) імуноглобуліну всім Rh-негативним несенсибілізованим жінкам в терміні 28-34 тижні вагітності, якщо резус-фактор плода невідомий або відомо, що плід є резус-позитивним.

Профілактика після пологів при народженні Rh-позитивної дитини (впродовж перших 72 годин) шляхом внутрішньом'язового введення 1 дози (250 або 300 мкг) Анти-D (rh) імуноглобуліну всім Rh-негативним несенсибілізованим жінкам.

Постнатальна діагностика гемолітичної хвороби новонароджених (у крові із судин пуповини плода проводять визначення групи крові, Rh-фактора, рівня білірубіну. Швидкість погодинного наростання рівня білірубіну, рівень гемоглобіну і гематокриту. Постановка прямої реакції Кумбса здійснюється із периферичної крові плода.

**Ведення вагітних з резус-негативним типом крові (схема)**



## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТЕРМІНУ ГЕСТАЦІЇ**

**Сюсюка В.Г.**

доктор медичних наук, професор кафедри акушерства і гінекології,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

**Богуславська Н.Ю.**

кандидат медичних наук, заступник директора,  
Комунальне некомерційне підприємство  
«Обласний перинатальний центр» Запорізької обласної ради.

**Шевченко А.О.**

кандидат медичних наук, асистент кафедри акушерства і гінекології,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

**Кирилюк О.Д.**

кандидат медичних наук, директор,  
Комунальне некомерційне підприємство  
«Обласний перинатальний центр» Запорізької обласної ради.

**Бабінчук О.В.**

кандидат медичних наук, завідувачка пологовим відділенням,  
Комунальне некомерційне підприємство  
«Обласний перинатальний центр» Запорізької обласної ради.

**Мета дослідження:** на підставі клініко-статистичного аналізу проаналізувати особливості перебігу вагітності та пологів у жінок в залежності від терміну гестації.

### **Контингент обстежених і методи дослідження**

Проведено аналіз особливостей перебігу вагітності, пологів і перинатальних наслідків розродження 137 вагітних. В залежності від терміну

гестації пацієнтки були розподілені на 2 групи: 41 пацієнтка (І група) – розродженні в терміні гестації 37-40 тижнів та 96 пацієнток (ІІ група) – розродженні в терміні гестації 41-42 тижні вагітності. Функціональну оцінку стану плода проводили з використанням кардіотокографічного дослідження, а також ультразвукового дослідження. Варіаційно-статистична обробка результатів здійснювалась з використанням ліцензованих стандартних пакетів прикладних програм багатовимірного статистичного аналізу «STATISTICA 13».

### **Результати та їх обговорення**

Оцінювання анамнестичних даних в групах дослідження дозволило встановити, що частота екстрагенітальної патології серед пацієнток ІІ групи склала 53,13% та була в 2 рази вищою відповідно І групи (24,39%). Частота хронічного сальпінгоофориту також була значно вищою в ІІ групі порівняно з І-ю (2,44% і 12,50%, відповідно), а така патологія як лейоміома матки (7,29%) та дисплазія шийки матки (4,17%) мали місце лише серед жінок ІІ групи. Звертає на себе увагу більш висока частота невиношування, анемії під час вагітності та порушення матково-плацентарного кровообігу серед пацієнток ІІ групи. Частота ускладнень перебігу пологів в ІІ групі була в 4 рази вищою порівняно з І групою. Це мало безпосередній вплив на зростання частоти операції кесарів розтин та вакуум-екстракції плода. Так, дистрес плода під час пологів діагностовано у 13,54 % жінок у ІІ групі та у 7,32 % у І групі, а слабкість пологової діяльності (8,3%) та клінічно вузький таз (5,21%) мали місце лише у ІІ групі. В 37,5% випадках спостерігалася травма пологових шляхів серед жінок ІІ групи, що майже в 4 рази перевищувало відповідний показник І групи (9,76%). Частота післяпологової кровотечі також була вищою у ІІ групі (15,6%) та в 3 рази перевищувала показник у І групі (4,88%).

Під час огляду новонароджених у І групі (7,32 %) та у ІІ групі (13,54%) були виявлені характерні ознаки переношування. Слід зазначити, що у ІІ групі новонароджені мали клінічні особливості ранньої адаптації, які

характеризуються низькою оцінкою за шкалою Апгар при народженні, а також більш високою захворюваністю в т. ч. високою частотою ураження нервової системи.

### **Висновки**

Результати проведеного дослідження свідчать про значення конституційних і вікових особливостей, а також супутньої соматичної патології та генітальних запальних захворювань у жінок з терміном розродження 41-42 тижні вагітності, що може збільшити ймовірність переносування у даного контингенту жінок.

За результатами порівняльного аналізу у групах дослідження, в залежності від терміну розродження, встановлено переважання акушерських та перинатальних ускладнень у жінок розроджених в терміні 41-42 тижні вагітності порівняно з жінками пологи у яких відбулись в 37-40 тижнів.

Висока частота акушерських ускладнень (аномалії пологової діяльності, дистрес плода, клінічно вузький таз) мали безпосередній вплив підвищення відсотка оперативного розродження (вакуум-екстракція плода і кесарів розтин).

Немовлята, народжені жінками у термін 41-42 тижні, мають клінічні особливості ранньої адаптації, що характеризуються низькою оцінкою за шкалою Апгар, більш високою захворюваністю і частим ураженням нервової системи порівняно з новонародженими термін гестації яких склав 37-40 тижнів.

## **ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВТРАТИ ВАГІТНОСТІ**

**Сюсюка В.Г.**

доктор медичних наук, професор кафедри акушерства і гінекології,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

**Губа Н.О.**

кандидат психологічних наук, доцент, завідувач кафедри психології,  
Запорізький національний університет

**Соловйова Н.М.**

аспірант кафедри акушерства і гінекології,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

**Луцюк О.А.**

Психолог комунального некомерційного підприємства  
«Обласний перинатальний центр» Запорізької обласної ради.

Щорічно у світі відбувається приблизно 23 мільйони випадків втрати вагітності, що дорівнює 15-20% усіх клінічно визнаних вагітностей [Quenby S. et al., 2021; Ng K.Y.B. et al., 2021; Tetrushvili N. et al., 2023]. Популяційна поширеність жінок, у яких був один викидень, становить 10,8% (10,3-11,4%), два викидні – 1,9% (1,8-2,1%), три або більше викиднів – 0,7% (0,5-0,8%) [Quenby S. et al., 2021]. Дослідження свідчать, що ризик втрати вагітності або викидня становить 16%, 25%, 45% і 54% після одного-чотирьох попередніх послідовних спонтанних абортів відповідно [Bender Atik R., 2018; Wang Y. et al., 2021]. Встановлені фактори ризику включають ендокринні, анатомічні, інфекційні, генетичні, пов'язані з гемостазом та імунологічні фактори. Причину можна знайти лише приблизно у 50% жінок після стандартизованої діагностики, тоді як у інших 50% вона залишається неясною, тому існує нагальна потреба у створенні нових підходів до діагностики та лікування [Vomstein K., 2021].

Втрата вагітності зазвичай пов'язана з фізичними наслідками, такими як кровотеча на ранніх термінах вагітності, яка варіюється за ступенем тяжкості від кров'янистих виділень до кровотечі. Однак це також може бути пов'язано з глибоким психологічним стресом, який можуть відчувати обидва партнери та може включати почуття заперечення, шоку, тривоги, депресії, посттравматичного стресового розладу та самогубства [Haghighi M. et al., 2022; Tetrushvili N. et al., 2023]. Жінки, які пережили повторні викидні, відчули значно вищий рівень стресу, тривоги та депресивних симптомів, ніж їхні чоловіки. Ключовими предикторами симптомів депресії серед жінок дітородного віку, на які припадає 62,9% дисперсії, були тривога, стрес, соціальна підтримка та історія повторного викидня [Chen S.L. et al., 2020]. Крім того, втрата вагітності, природна чи індукована, пов'язана з вищим рівнем проблем із психічним здоров'ям і є незалежним фактором ризику післяпологового психічного захворювання [Reardon D.C., Craver C., 2021].

Переривання вагітності (викидень, аборт і внутрішньоутробна смерть) є одним із найпоширеніших несприятливих наслідків вагітності, але психологічний вплив такої втрати часто недооцінюється. Індивідуальна реакція може відрізнятися між жінками, але більшість відчуває тривогу, стрес і симптоми депресії [Cuenca D., 2023]. Викидень впливає на психологічне благополуччя деяких жінок, підвищуючи рівень стресу після одного досвіду. Тому, існує потенційний ризик того, що жінки, які перенесли викидень, можуть піддаватися ризику материнського стресу під час наступної вагітності, що, у свою чергу, пов'язане з несприятливими наслідками вагітності [San Lazaro Campillo I. et al., 2017]. Останні дослідження свідчать про значний зв'язок між викиднем в анамнезі та вищим рівнем стресу у вагітних жінок протягом першого триместру наступної вагітності [Barbe C. et al., 2023].

Жінкам з несприятливими наслідками вагітності, в тому числі з репродуктивними втратами, слід обов'язково проводити оцінювання

психологічного стану як на етапі прегравідарної підготовки, так і під час вагітності. Такий комплексний підхід у веденні даного контингенту жінок дозволить розробити програму їх індивідуального супроводу.

## **ВАЗОМОТОРНІ СИМПТОМИ ТА КАРДІОМЕТАБОЛІЧНІ РИЗИКИ**

**Сюсюка В.Г.**

професор кафедри акушерства і гінекології,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

**Деміденко О.В.**

доцент, завідувач кафедри внутрішніх хвороб №2,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

**Сергієнко М.Ю.**

доцент кафедри акушерства і гінекології,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

**Колокот Н.Г.**

асистент кафедри акушерства і гінекології,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

**Рослік О.А.**

асистент кафедри акушерства і гінекології,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Фізіологічне зниження рівня ендogenous естрогену може бути пов'язане з вазомоторними симптомами (ВМС), порушенням сну та розладами настрою. Довгостроковими проблемами, що виникають внаслідок втрати естрогену є сечостатевий синдром під час менопаузи та остеопороз [Stuenkel С.А., 2021]. ВМС є характерним симптомом менопаузи [Thurston R.C. et al., 2021; Thurston RC et al., 2023]. Їх виникнення збільшується під час переходу до менопаузи та досягає піку приблизно через 1 рік після останньої менструації. Високий індекс маси тіла ( $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup>) і куріння цигарок значно підвищують ризик виникнення у жінок частих або серйозних ВМС. Однак, вплив індексу маси тіла на ризик вазомоторних симптомів був протилежним у жінок у постменопаузі [Anderson

D.J. et al., 2020]. ВМС не тільки знижують якість життя, а й мають потенційну важливість для здоров'я серцево-судинної системи жінок [Thurston R.C. et al., 2021; Thurston R.C. et al., 2023]. Як відомо, серцево-судинні захворювання (ССЗ) є основною причиною смертності серед жінок [Mozaffarian D. et al., 2016]. Підвищення ризику ССЗ після менопаузи пояснюється різким зниженням рівня естрогену, що свідчить про потенційний кардіопротекторний ефект ендogenous естрогену у жінок до менопаузи [Oliver-Williams C. et al., 2019]. Більш часті припливи у жінок середнього віку, які повідомляли про щоденні припливи, пов'язані з маркерами каротидного атеросклерозу. Крім того, виявлено зменшення опосередкованого кровотоком дилатації (маркер артеріальної ендотеліальної дисфункції), збільшення кальцію в коронарних артеріях і кальцифікацію аорти у жінок з припливами [Thurston R.C. et al., 2008; Thurston R.C. et al., 2016]. ВМС є факторами ризику виникнення і цукрового діабету (ЦД), особливо для жінок, які повідомляють про нічну пітливість (незалежно від існуючих супутніх припливів) [Gray K.E. et al., 2018]. Наявність клімактеричних симптомів асоціюється з підвищенням на 18 % ризику розвитку саме ЦД 2 типу [Gray K.E. et al., 2019]. Перехід до менопаузи супроводжується метаболічними змінами, які сприяють розвитку ЦД, особливо ЦД 2 типу, оскільки менопауза призводить до підвищеного ризику накопичення жирової тканини у верхній частині тіла та збільшення частоти резистентності до інсуліну [Slopien R. et al., 2018; Paschou S.A. et al., 2019; Lambrinoudaki I. et al., 2022].

Щороку понад 25 мільйонів жінок планети відчувають симптоми менопаузи, яка призводить не тільки до зміни складу тіла, а й до виникнення та посилення багатьох психічних і соматичних розладів. Отже, консультації в період перименопаузи та менопаузи є ідеальною можливістю проаналізувати ці стани, оцінити серцево-судинні ризики. Особливо це стосується ранньої менопаузи, яка несе підвищений ризик ССЗ [Bojar I. et al., 2021; Ryczkowska K., et al., 2022].

## **КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ ЗАТРИМКИ РОСТУ ПЛОДА**

**Сюсюка В.Г.**

доктор медичних наук, професор кафедри акушерства і гінекології,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

**Пучков В.А.**

кандидат медичних наук, доцент кафедри акушерства і гінекології,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Затримка росту плода (ЗРП) визначається як неспроможність плода реалізувати свій потенціал росту через патологічний фактор, найчастіше дисфункцію плаценти [Melamed N. et al., 2021]. У всьому світі ЗРП є основною причиною мертвонародження, неонатальної смертності та коротко- та віддаленої захворюваності [Melamed N. et al., 2021; Miranda J. et al., 2023]. Дуже важлива рання діагностика ЗРП, оскільки вона дає змогу визначити етіологію захворювання та адекватно контролювати стан плода, тим самим мінімізуючи ризики передчасних пологів та внутрішньоутробної гіпоксії [Nardozza L.M. et al., 2017].

ЗРП визначається як неспроможність плода реалізувати свій потенціал росту внаслідок патологічних факторів. Важливо розрізняти поняття розмірів плода в певний момент часу та росту плода, оскільки останній є динамічним процесом. Точка відсікання нижче 10-го перцентиля до терміну гестації для обводу живота та/або розрахункової ваги плода є загальноприйнятим визначенням ЗРП. Однак, значення показника 10-го перцентиля змінюється залежно від використовуваної діаграми росту. Крім того, більшість немовлят малих до гестаційного віку не мають обмежень росту при народженні, а деякі діти з ЗРП через плацентарну недостатність, які піддаються ризику ураження або мертвонародження, є відповідними до терміну гестації. Чим нижчий

граничний перцентиль окружності живота та/або розрахункової ваги плода, тим вищий ризик істинної ЗРП. Міжнародний консенсус Delphi нещодавно запропонував, що відсікання обводу живота та/або розрахункової ваги плода нижче 3-го перцентилля може бути використано як єдиний діагностичний критерій для ЗРП. У разі визначення окружності живота та/або розрахункової ваги плода нижче 10-го перцентилля діагноз ЗРП слід розглядати лише у поєднанні з іншими доплерівськими параметрами.

Відповідно до Клінічної настанови «Затримка росту плода» (2023) та Стандарту медичної допомоги «Затримка росту плода» (2023) ЗРП має бути прямо класифіковано на основі гестаційного віку на момент встановлення діагнозу: ЗРП із раннім початком (<32 тижнів) та ЗРП із пізнім початком ( $\geq$ 32 тижнів).

Критерії діагностики ранньої ЗРП (< 32 тижнів):

- передбачувана маса плода чи окружність живота < 3-го перцентилля;
- нульова кінцева діастолічна швидкість кровотоку/реверсна кінцева діастолічна швидкість кровотоку в артерії пуповини;
- передбачувана маса плода чи окружність живота < 10-го перцентилля у поєднанні з однією або більше ознак (пульсаційний індекс в артерії пуповини >95-го перцентилля, пульсаційний індекс в матковій артерії >95-го перцентилля).

Критерії діагностики пізньої ЗРП ( $\geq$  32 тижнів):

- передбачувана маса плода чи окружність живота < 3-го перцентилля;
- 2 або більше з наступних 3 критеріїв: передбачувана маса плода чи окружність живота < 10-го перцентилля; передбачувана маса плода чи окружність живота перцентилі зменшуються >2 кuartилів на перцентиллях росту; церебро-плацентарне відношення <5-го перцентилля чи пульсаційний індекс в артерії пуповини >95-го перцентилля.

Слід зазначити, що оцінка лише розміру плода недостатня для ідентифікації ЗРП, якщо окружність живота та/або розрахункова вага плода не нижче 3-го перцентилля. Доплерівський кровоплин внутрішньоплацентарних та фетоплацентарних судин може бути використана для розрізнення малий для гестаційного віку та ЗРП. Мультимодальна оцінка рекомендується для визначення стану плода та подальшої тактики ведення жінок з підозрою на ЗРП. Відповідно, рекомендації щодо моніторингу, термінів і методу розродження у випадках підозри на ЗРП мають включати оцінку кардіотокографії та/або біофізичного профілю у поєднанні з показниками доплерометрії системи мати-плацента-плід.

## **УЛЬТРАЗВУКОВІ МАРКЕРИ СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗУ ЯЄЧНИКІВ**

**Сюсюка В.Г.**

доктор медичних наук, професор кафедри акушерства і гінекології,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

**Сергієнко М.Ю.**

кандидат медичних наук, доцент кафедри акушерства і гінекології,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

**Бачуріна О.І.**

завідувачка консультативно-діагностичним відділенням,  
Комунальне некомерційне підприємство  
«Обласний перинатальний центр» Запорізької обласної ради

**Катеруша Д.А.**

лікар-акушер-гінеколог консультативно-діагностичного відділення,  
Комунальне некомерційне підприємство  
«Обласний перинатальний центр» Запорізької обласної ради

Діагностика синдрому полікістозу яєчників (СПКЯ) ґрунтується на клінічних, біологічних і морфологічних критеріях [Dewailly D. et al., 2014]. Діагноз СПКЯ у дорослих встановлюється за двома з трьох діагностичних критеріїв (оліго- або ановуляція, пов'язана з хронічною ановуляцією; клінічна та/або біохімічна гіперандрогенія; морфологія полікістозних яєчників (за даними ультразвукової діагностики) після виключення пов'язаних розладів. [Bjekić-Macut J. et al., 2021; Cussen L. et al., 2022; Sergiyenko M.Yu., et al., 2022; Christ J.P., Cedars M.I., 2023; Siusiuka V.G., et al., 2023; Meczekalski B. et al., 2023].

Ультразвукова діагностика (УЗД) яєчників має одне з вирішальних значень для оцінки пацієток із підозрою на СПКЯ. Основними УЗД-ознаками

вважаються визначення об'єму яєчників і кількості антральних фолікулів [Markin L.V., Matvienko O.O., 2019]. У Міжнародних рекомендаціях з оцінки та лікування СПКЯ (International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome), заснованих на фактичних даних, критерієм діагностики за результатами УЗД з використанням новітньої технології трансвагінального датчика з частотою 8 МГц або більше, кількість фолікулів має бути  $\geq 20$  на яєчник та/або об'єм будь-якого яєчника  $\geq 10 \text{ см}^3$ , гарантуючи відсутність жовтих тіл, кіст або домінантних фолікулів. Дослідження для оцінки морфології яєчників слід проводити в ранній фолікулярній фазі. Крім того, УЗД дозволяє дослідити стан і товщину ендометрія для виключення гіперпластичних процесів, раку ендометрія на тлі гіперестрогенії, а також для визначення показань до гістероскопії та біопсії ендометрія. Жінкам з оліго- або аменореєю рекомендовано проводити УЗД між 3-м і 5-м днями після індукованої прогестероном кровотечі. Також, слід враховувати використання пероральних контрацептивів в анамнезі, оскільки вони приводять до зменшення розміру яєчників, а у жінок, які їх приймають, зазначені критерії недостовірні [Kaminskyi V.V. et al., 2016; Markin L.V., Matvienko O.O., 2019].

Особливої уваги заслуговує оцінка можливостей УЗД для діагностики СПКЯ у дівчаток-підлітків. Встановлення діагнозу СПКЯ в підлітковому віці, як і раніше, викликає багато запитань. Проблема полягає в тому, що характеристики нормального статевого дозрівання часто збігаються з симптомами СПКЯ [Sergiyenko M.Yu., et al., 2022; Siusiuka V.G., et al., 2023]. Діагностичні критерії дорослих, що були перенесені на підлітковий вік, ускладнюють діагностику, оскільки включають нормальні фізіологічні зміни, які відбуваються під час статевого дозрівання. Мова йде про акне, гірсутизм, порушення менструального циклу, високий рівень андрогенів і мультифолікулярну морфологію яєчників за даними ехосонографії [Peña A.S.,

Metz M., 2018]. Тому, УЗД не використовують в якості критерія синдрому перші 8 років після менархе через високу частоту мультифолікулярності яєчників у підлітковому віці та відповідно низьку специфічність. У підлітків, які повністю не відповідають діагностичним критеріям, може бути визначений «підвищений ризик» або «група ризику» розвитку СПКЯ. Таким пацієнткам необхідне повторне оцінювання після завершення статевого дозрівання або через 8 років після менархе [Teede H.J. et al., 2018; Peña A.S., et al., 2020; Avramenko N.V., et al., 2020; Meczekalski B. et al., 2023; Teede H.J. et al., 2023].

Таким чином, УЗД органів малого тазу є одним з критеріїв постановки діагнозу СПКЯ, але вимагає поправок на гінекологічний вік пацієнток.

## **МЕЛАНОЦИТАРНІ НОВОУТВОРЕННЯ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ: ДЕРМАТОСКОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ**

**Чернеда Л.О.**

PhD, асистент кафедри дерматовенерології та косметології з курсом  
дерматовенерології і естетичної медицини,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Період вагітності характеризується значним спектром як фізіологічних, так і патологічних змін шкіри та її придатків. Диференціація цих станів, їх вплив на подальший перебіг вагітності та розвиток плоду мають домінуюче значення як для лікарів-дерматовенерологів, так і акушер-гінекологів. Але особлива увага належить трансформаціям меланоцитарних неоплазій. Значний рівень онконастороженості у наших пацієнок, а також розуміння у практикуючих лікарів можливості конверсії або появи *de novo* більш агресивних пухлин під час вагітності, надає цій темі актуального значення у межах сучасного дерматоонкологічного дискурсу. Зміни гормонального фону та механічне розтягнення шкірних покривів, у першу чергу, сприяють появі клінічних змін меланоцитарних новоутворень у вигляді збільшення їх розмірів, акцентуації на пігментації в межах темної кольорової гама. Але такі динамічні зміни потребують додаткового диференціювання, враховуючи значний рівень імітації агресивних пухлин, у тому числі меланом.

Дерматоскопія все частіше стоїть поруч з рутинним клінічним оглядом, дозволяючи неінвазивно оцінити специфічні патерни, які б спростовували або достовірно верифікували дерматоз. У випадку із оцінкою меланоцитарних неvusів, визначення тих чи інших ознак допомагає об'єктивно підтвердити фізіологічність змін або наявність патологічного процесу. Так, збільшення чіткості та пігментації ретикулярної мережі, поява глобулярних структур по

периферії є основними патернами, асоційованими із доброякісними змінами невусів у вагітних. Тоді як наявність явищ асиметрії та ознак типових для меланоми (атипова пігментна мережа, біло-блакитна вуаль, структури регресу, атипіві судини, асиметричні пігментні глобули) мають розглядатись як підозрілі з негативним прогностичним потенціалом у будь-якому випадку без виключення.

**Метою** даного дослідження є визначення клініко-дерматоскопічних особливостей динамічних змін меланоцитарних невусів у вагітних жінок, а також вплив трансформацій неоплазій на психологічний стан пацієнток.

### **Матеріали та методи**

На базі ННМЦ «Університетська клініка» ЗДМФУ та кафедри дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини було обстежено 15 пацієнток із меланоцитарними невусами, що зазнали змін під час вагітності. Верифікація діагнозу відбувалась на основі клінічного огляду та дерматоскопічного дослідження із застосуванням Foto Finder BodyStudio ATBM (Німеччина). Для оцінки психо-емоційного стану проводили опитування за госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS).

### **Результати дослідження**

У 11 (73,3%) пацієнток досліджувані невуси розташовані в ділянці живота, у 4 (26,7%) – на шкірі верхніх та нижніх кінцівок. Більшість жінок відзначило зміни новоутворень у другому триместрі вагітності. 10 пацієнток (66,6%) попередньо, ще до перебування при надії, регулярно проходили клінічний огляд та дерматоскопію як у режимі звичайного цифрового дослідження, так і з формування мап родимок. Таким чином, це сприяло можливості об'єктивної оцінки змін та порівняння із попередніми результатами. Так, у всіх обстежених відзначено збільшення розміру невусу, потовщення та більш темна пігментація ретикулярної мережі, у 4 пацієнток - поява симетричних глобул по периферії меланоцитарної неоплазії. Ці дані

відповідають загальній тенденції фізіологічних змін невусів під час вагітності. Тоді як 5 пацієнток із загальної досліджуваної групи (33,4%) вперше звернулись зі скаргами на зміни родимок. Клініко-дерматоскопічно вогнища не демонстрували патологічних патернів, відсутні будь-які ознаки атиповості мережі, структур регресу, біло-блакитної вуалі чи «спалаху зірки», отже, були розцінені як фізіологічні. Усім пацієнткам було рекомендовано динамічне спостереження під час вагітності та після пологів з метою активної та вчасної детекції змін.

Окремо варто зазначити про особливості психо-емоційного стану вагітних. Адже видозміни невусів сприймалися ними як потенційно злоякісні, провокуючи формування негативного сприйняття майбутнього як для себе, так і для дитини. Після проведення анкетування за шкалою HADS середній показник склав  $10,9 \pm 2,5$ . Результат більше 10 свідчить про клінічно виражений рівень тривожності та депресії. Такі показники можливо пояснити як високим рівнем емоційної сенситивності вагітних, так і панівною онконастороженістю у суспільстві. Окрім того, у найближчих родичів 6 пацієнток в анамнезі виявлено базальноклітинний рак та у 1 – меланома. Саме тому, будь-яка трансформація новоутворень на шкірі мала значущий вплив на психологічний стан.

### **Висновки**

Фізіологічні зміни меланоцитарних невусів представлені збільшенням їх у розмірі, потовщенням\потемнінням типової пігментної мережі, появою симетричних периферичних глобул. Будь-яка трансформація, що виходить за ці межі та має меланомоподібні патерни має розцінюватись як потенційно злоякісна та потребувати активного подальшого менеджменту. Адекватне та коректне навчання майбутніх матерів стосовно своєчасного огляду новоутворень та можливих фізіологічних змін меланоцитарних невусів, сприятиме зниженню психоемоційного напруження.

## **СОНОЛОГІЧНА ХАРКТЕРИСТИКА ПАЦІЄНТОК З ГЕНІТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ**

**Шаповал О.С.**

доктор медичних наук, доцент кафедри акушерства і гінекології,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

**Сюсюка В.Г.**

доктор медичних наук, професор кафедри акушерства і гінекології,  
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

В структурі гінекологічної захворюваності генітальний ендометріоз посідає третє місце. Основну частину, близько 92-94 %, всіх локалізацій ендометріозу складає саме генітальний ендометріоз, а найчастішою його локалізацією є матка та яєчники. Серед великого різноманіття клінічних проявів ендометріїдної хвороби, зокрема дисменореї, больового синдрому, аномальних маткових кровотеч та безпліддя, складність діагностики обумовлена поєднанням ендометріозу з іншою патологією ендо- та міометрію. Сучасні діагностичні методики обстеження даної групи пацієнток передбачають використання гістероскопії, лапароскопії з морфологічним підтвердженням діагнозу, але вони носять інвазивний характер. Саме завдяки атравматичності та загальнодоступності при високій діагностичній цінності, сонологічне дослідження органів малого тазу набуло широкого застосування.

Проведено сонологічне дослідження органів малого тазу 45 жінкам репродуктивного віку (середній вік  $26,14 \pm 0,59$  років), які проходили лікування з приводу ендометріїдних кіст яєчника. Контрольну групу склало 50 здорових жінок репрезентативних за віком.

Встановлено збільшення лінійних розмірів матки: передньо-заднього розміру – в 1,09 рази ( $p < 0,05$ ), довжини – в 1,1 рази ( $p < 0,05$ ) по відношенню до

групи контролю. Асиметрія стінок матки діагностувалася в 55,56 % обстежуваних. Наявність в міометрії ділянок підвищеної ехо-щільності, «смугастий» малюнок в міометрії, зниження ехощільності віддалених зон міометрія та підвищення ехощільності ближніх ділянок виявлена в 1/3 випадків. З боку ендометрія ознаки гіперпластичного процесу у вигляді наявності гіпоехогенних включень округлої або неправильної форми, збільшення товщини ендометрія діагностувалися 26,67 % випадків. Достовірно збільшувалися лінійні розміри здорових яєчників по відношенню до групи контролю. Так, товщина яєчника перевищувала показники здорових жінок в 1,57 рази ( $p < 0,05$ ), довжина – в 1,23 рази ( $p < 0,05$ ). Об'єм здорового яєчника в проліферативну фазу був збільшений в 2,36 рази по відношенню до групи контролю.

З боку ураженого яєчника спостерігалася збільшення довжини - в 1,59 рази ( $p < 0,05$ ), ширини в 1,34 рази ( $p < 0,05$ ), товщини в 1,81 рази ( $p < 0,05$ ). Показники об'єму перевищували значення контрольної групи в 4,02 рази ( $p < 0,05$ ). Розмір ендометріюми коливався від 10 до 88 мм. Утворення було представлено однокамерним, мало тонкі стінки (1-2 мм), вміст представляв собою середньої та підвищеної ехогенності дрібнодисперсний завис, який нагадував матове скло. В 75,56 % випадків фолікулярний апарат по периферії ендометріюми не визначався.

Отримані результати свідчать про наявні супутні прояви гіперпроліферативного синдрому у пацієнток з генітальним ендометріозом та вимагають проведення подальшої індивідуалізованої тактики лікування.

## **ЙМОВІРНІСТЬ ЗБІЛЬШЕННЯ ВИПАДКІВ АКУШЕРСЬКИХ УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК З ПАТОЛОГІЧНОЮ МАСОЮ ТІЛА**

**Шелестова Л.П.**

доктор медичних наук, професор,  
професор кафедри акушерства та гінекології,  
Донецький національний медичний університетт

Маса тіла людини є одним з найважливіших показників соматичного та репродуктивного здоров'я жінки. Дефіцит маси тіла та ожиріння спричиняють розвиток порушень репродуктивної системи, збільшують частоту ускладнень під час вагітності та пологів. Отже особливу увагу слід приділити виявленням ймовірних ускладнень, які безпосередньо пов'язані з патологічною масою тіла, з метою їх майбутньої корекції.

Тому метою даного дослідження стало визначення ймовірності збільшення випадків акушерських ускладнень у жінок з патологічною масою тіла.

На підставі ретроспективного аналізу медичної документації 1360 жінок, які народжували в «Маріупольському територіальному медичному об'єднанні здоров'я дитини і жінки» (Україна) визначено відсоток жінок з патологічною масою тіла. Надалі була проведена оцінка вагітності та пологів у 194 жінок з ожирінням, у 127 — з дефіцитом маси тіла та у 150 жінок з нормальною масою тіла.

Обробку та аналіз даних статистичної інформації проводили з використанням програмного комплексу SPSS Statistics 22. Розраховано відношення шансів і 95% довірчий інтервал до нього (95% ДІ) щодо з'ясування залежності між наявністю у жінок ожиріння і дефіциту маси тіла та ймовірністю

збільшення шансів розвитку акушерських ускладнень порівняно з жінками, які мали нормальну масу тіла.

Проведене дослідження показало, що майже половина вагітних мала патологічну масу тіла, у тому числі, майже кожна десята вагітна мала дефіцит маси тіла (9,3 %), у кожній п'ятій жінки (21,3 %) зареєстровано надмірну масу тіла, а у кожній сьомій — ожиріння (14,3 %).

Подальшим статистичним аналізом встановлено, що у вагітних з патологічною масою тіла в порівнянні з жінками з нормальною масою відзначено збільшення ймовірності шансів загрози викидня (за ожирінням — ВШ 2,1; 95% ДІ 1,2–3,6; за дефіцитом маси тіла – ВШ 3,2; 95% ДІ 1,8–5,7), загрози передчасних пологів (за ожирінням — ВШ 2,5; 95% ДІ 1,1–5,8; за дефіцитом маси тіла – ВШ 3,5; 95% ДІ 1,5–8,2), плацентарної дисфункції (за ожирінням — ВШ 7,2; 95% ДІ 4,4–11,6; за дефіцитом маси тіла – ВШ 5,0; 95% ДІ 3,0–8,4). У вагітних з ожирінням шанс розвитку прееклампсії збільшується (ВШ 3,2; 95% ДІ 1,8–5,5), в той час як у жінок з дефіцитом маси тіла зменшується (ВШ 0,3; 95% ДІ 0,1–0,8). Ймовірність випадків анемії навпаки збільшується у разі дефіциту маси тіла (ВШ 3,4; 95% ДІ 2,0–5,9), а у пацієток з ожирінні зменшується (ВШ 0,4; 95% ДІ 0,2–0,8). Дефіцит маси тіла також збільшує випадки патології кістково-зв'язкового апарату (ВШ 3,6; 95% ДІ 2,1–6,4), а у вагітних, які страждають на ожиріння такого не спостерігається (ВШ 0,9; 95% ДІ 0,5–1,6). Шанси виникнення аномалій пологової діяльності збільшуються як у роділь з ожирінням (ВШ 3,4; 95% ДІ 1,9–6,0), так і при дефіциті маси тіла (ВШ 2,2; 95% ДІ 1,1–4,1). Також визначено, що ожиріння збільшує випадки таких ускладнень як травми м'яких тканин пологових шляхів (ВШ 2,7; 95% ДІ 1,3–5,5), гіпотонічна кровотеча (ВШ 4,1; 95% ДІ 1,2–14,5) та розродження операцією кесарів розтин (ВШ 2,6; 95% ДІ 1,6–4,4).

У жінок з ожирінням збільшується шанс народження дитини з асфіксією (ВШ 4,2; 95% ДІ 1,8–9,8), із затримкою внутрішньоутробного розвитку (ВШ 2,8;

95% ДІ 1,3–6,0), маловісних (до 2500 г) (ВШ 2,7; 95% ДІ 1,3–5,6) і з великою масою тіла (більше 4000 г) (ВШ 2,1; 95% ДІ 1,0–4,4), а у жінок з дефіцитом маси тіла збільшується шанс народження немовляти із затримкою внутрішньоутробного розвитку (ВШ 5,1; 95% ДІ 2,3–11,1) і малою масою тіла (ВШ 4,7; 95% ДІ 2,2–10,0).

Таким чином, проведеним дослідженням встановлено, що у жінок, як з ожирінням, так і з дефіцитом маси тіла, порівняно з жінками з нормальною масою тіла збільшується шанс виникнення акушерських і перинатальних ускладнень. Під час ведення вагітних з патологічною масою тіла слід враховувати ймовірність розвитку ускладнень, зокрема, загрози викидня, передчасних пологів, плацентарної дисфункції, а також прееклампсії у вагітних з ожирінням, анемії та патології кістково-зв'язкового апарату - при дефіциті маси тіла.

**RETINAL ANGIOPATHY AND CHRONIC ARTERIAL HYPERTENSION  
DURING PREGNANCY**

**Deinichenko O.V.**

MD, Ph.D., Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology,  
Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University

**Pavliuchenko M.I.**

MD, PhD, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology,  
Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University

**Onopchenko S.P.**

MD, Ph.D., Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology,  
Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University

Arterial hypertension in pregnant women is a concept that combines various forms of increasing blood pressure. Chronic hypertension (high blood pressure is detected even before pregnancy or for the first time - before the 20th week of pregnancy) occupies a special place among the pressing issues of modern medicine, especially in pregnant women [1-3]. AH increases the risk of detachment of a normally located placenta, massive coagulopathic bleeding as a result of detachment of the placenta, and can also cause eclampsia, impaired cerebral circulation, and retinal detachment [4]. A serious complication of uncontrolled arterial hypertension during pregnancy is retinal vascular angiopathy. Hemodynamic and vascular changes that occur during pregnancy can affect eye function. These changes are usually transient, but in some cases they can persist even after childbirth.

The aim of the study was to study the fundus in pregnant women with chronic arterial hypertension at a gestational age of 30-34 weeks, to identify vascular changes that could affect the function of the eye. Identification of the negative effects of chronic hypertension of varying severity on the function of vision.

Materials and research methods. A retrospective analysis of the history of pregnancy and childbirth of 67 pregnant women with chronic arterial hypertension of the 1st and 2nd degree who were hospitalized in the department of pathology of pregnant women of the regional perinatal center of Zaporizhia in 2017-2018 was carried out. The study was conducted during the gestational period 30 -34 weeks of gestation. The emphasis was on the study of changes in the fundus during high-risk pregnancy.

Results. According to an ophthalmological examination among 67 pregnant women, the absence of retinal angiopathy was detected in 36 patients (53.7%); 31 pregnant women (46.3%) had signs of retinal angiopathy. Among them, 2 pregnant women were diagnosed with chronic arterial hypertension of the first degree and 29 patients were exposed to chronic arterial hypertension of the second degree.

Conclusions. According to a comprehensive examination of pregnant women with chronic hypertension, a high incidence of angiopathic retinal lesions was detected (46.3%). From the very beginning of pregnancy, women with arterial hypertension who have previously received antihypertensive drug therapy should be adjusted in such a way as to normalize their blood pressure. Pregnant women with arterial hypertension may be offered planned hospitalizations in the department of pregnancy pathology to stabilize blood pressure figures, select adequate antihypertensive therapy, and early diagnosis of complications.

### **List of references**

1. Clivaz Mariotti L., Saudan P., Landau Cahana R., Pechere – Bertschi A. Hypertension in pregnancy. *Rev. Med. Suisse.* 2007;3(124):2015-2016.
2. Mustafa R., Ahmed S., Gupta A., Venuto R.C. A comprehensive review of hypertension in pregnancy. *J. Pregnancy.*2012;5(3):534-538.
3. Gotovac M., Kastelan S., Lukenda A. Eye and pregnancy. *Coll. Antropol.* 2013;37(1): 189-93.

4. Omoti A.E., Waziri-Erameh J.M., Okeigbemen V.W. A review of the changes in the ophthalmic and visual system in pregnancy. *Afr. J. Reprod. Health* 2008;12(3):185-96.
5. Achanna S, Monga D, Sivagnanam Transient blindness in pregnancy induced hypertension. *Asia Oceania J Obstet Gynaecol.* 1994;20(1):49-52.
6. Rasdi AR, Nik-Ahmad-Zuki NL, Bakiah S, Shatriah I. Hypertensive retinopathy and visual outcome in hypertensive disorders in pregnancy. *Med J Malaysia.* 2011;66(1):42-47.
7. Ng Kok Ying. Report on the confidential enquiry into maternal deaths in Malaysia 1997-2000, by division of family health department, Ministry of Health Malaysia, Putrajaya. 2005:30-31.

**MORPHOLOGICAL AND IMMUNOHISTOCHEMICAL  
CHARACTERISTICS OF ENDOMETRIAL LAYERS IN WOMEN OF  
REPRODUCTIVE AGE WITH ENDOMETRIAL HYPERPLASIA WITHOUT  
ATYPIA COMPARED WITH SECRETORY ENDOMETRIUM**

**Khaskhachikh D.A.**

PhD, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology,  
Dnipro State Medical University

**Potapov V.O.**

MD, Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology,  
Dnipro State Medical University

**Kukina G.O.**

PhD Applicant of the Department of Obstetrics and Gynecology,  
Dnipro State Medical University

**Garagulia I.S.**

Phd , Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology,  
Dnipro State Medical University

**Demchenko T.V.**

Phd, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology,  
Dnipro State Medical University

Endometrial hyperplasia (HE) is a pathological increase in the number of cells of the endometrial epithelium, which, in the case of atypical proliferation, is considered a precancerous condition and leads to the development of endometrial carcinoma. A significant role in the differential diagnosis of GE without/with atypia and carcinoma is played by the method of immunohistochemical staining (IGH), which was

discovered (Albert Coons) in 1941. This method was developed for the detection and localization of tissue antigens through the contact of antibodies associated with a color label that visualizes the necessary cellular and subcellular structures [1]. In recent years, the method of immunohistochemistry has developed and improved, which made it possible to use it for more accurate and detailed analysis of formalin-fixed, paraffin-embedded histological samples [2]. Nowadays, the method of immunohistochemistry is an important tool for studying biological processes, diagnosing diseases and establishing pathological changes in cells and tissues. The discovery of this method opened the way to new achievements in biomedical research and clinical practice [3, 4]. The conducted studies showed that the expression of various immunohistochemical markers can affect the development of GE. For this reason, in recent years there has been a growing interest in the study of clinical, imaging, histological and molecular factors that can influence the outcome of therapy [5]. Several immunohistochemical biomarkers have already been investigated for use as diagnostic adjuncts in the diagnosis and classification of GE, and may also predict progression from GE to carcinoma [6, 7].

But with regard to the diagnosis of GE itself, the optimal molecular biomarker would be one that could reliably differentiate between hyperplastic benign with/without risks of recurrence, precancerous (hyperplastic atypical) and malignant endometrium, as well as indicate/predict the transition between these three groups. To date, no candidate has been found to fully fill this role, so the search is ongoing.

### **Background**

The article examines the morphological and immunohistochemical characteristics of all layers of the endometrium in women of reproductive age with endometrial hyperplasia without atypia in comparison with secretory endometrium, who had abnormal uterine bleeding (AMB).

## **Problem statement**

To study the morphological and immunohistochemical features of the structure of all layers of the endometrium, divided into functional and non-functional zones, which may have an impact on the development of endometrial hyperplasia.

## **Patients and Methods**

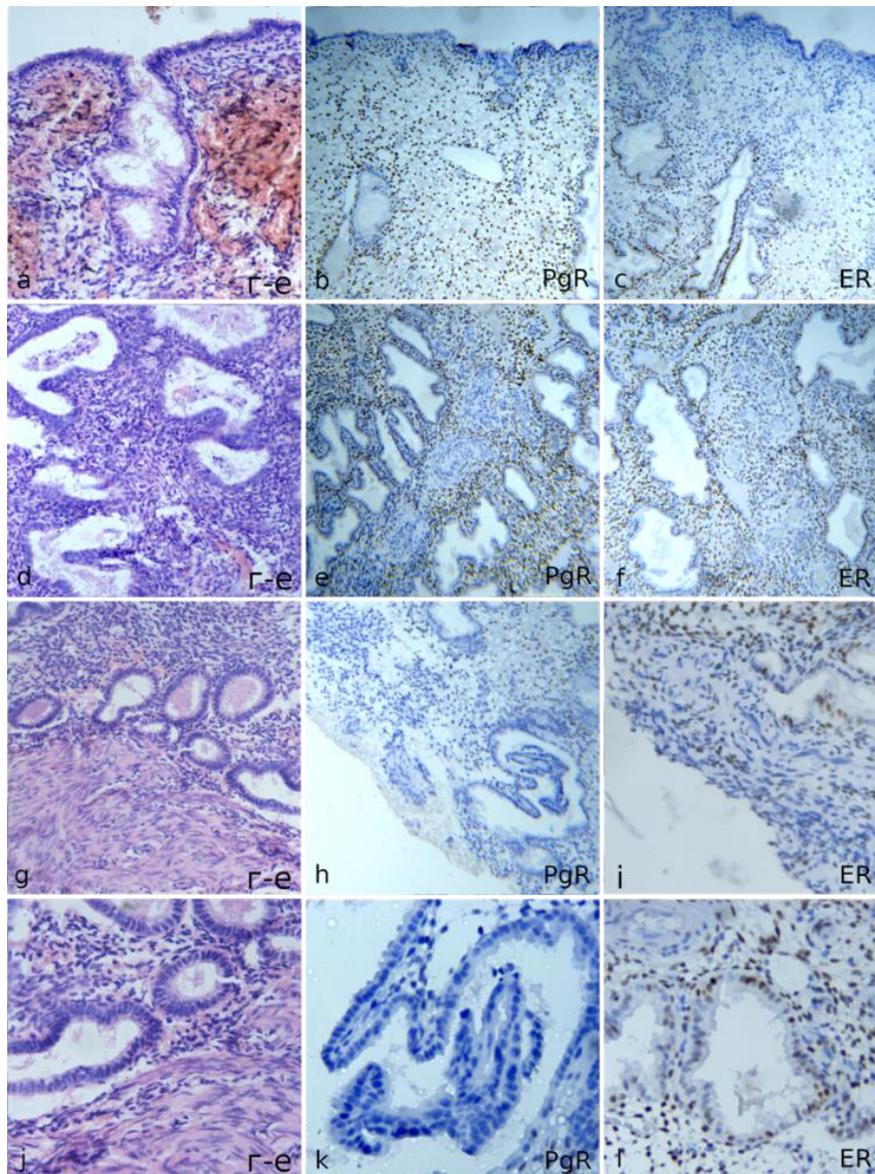
The study was performed on endometrial morphological material obtained by diagnostic biopsy from 21 women with abnormal uterine bleeding (ABB) in the gynecological department of the Dnipro Clinical Hospital No. 9 in Dnipro during 2022-2023.

The criteria for inclusion in the studied cohort of patients were: the age of women from 32 to 45 years ( $38.4 \pm 2.55$ ), the presence of endometrial hyperplasia without atypia, or secretory changes of the endometrium according to the results of histological examination, the exclusion criteria were: the presence of inflammatory diseases of the pelvic organs, tumor pathology of the uterus and ovaries, endometriosis of the uterus, severe somatic pathology, any form of endocrinopathy and metabolic syndrome. The average body mass index was  $27.83 \pm 1.96$  kg/cm<sup>2</sup>.

The study included morphological and immunohistochemical (IHC) research methods. Endometrial tissue was obtained by endometrial curettage, which was performed in women with abnormal uterine bleeding. Primary antibodies to ER (sp1, RTU), PgR (YR85, 1:200), CK 7 (sp1, RTU), CK8 (sp1, RTU), p53 (E247, RTU) and the UltraVision Quanto imaging system (LabVision).

## **Results**

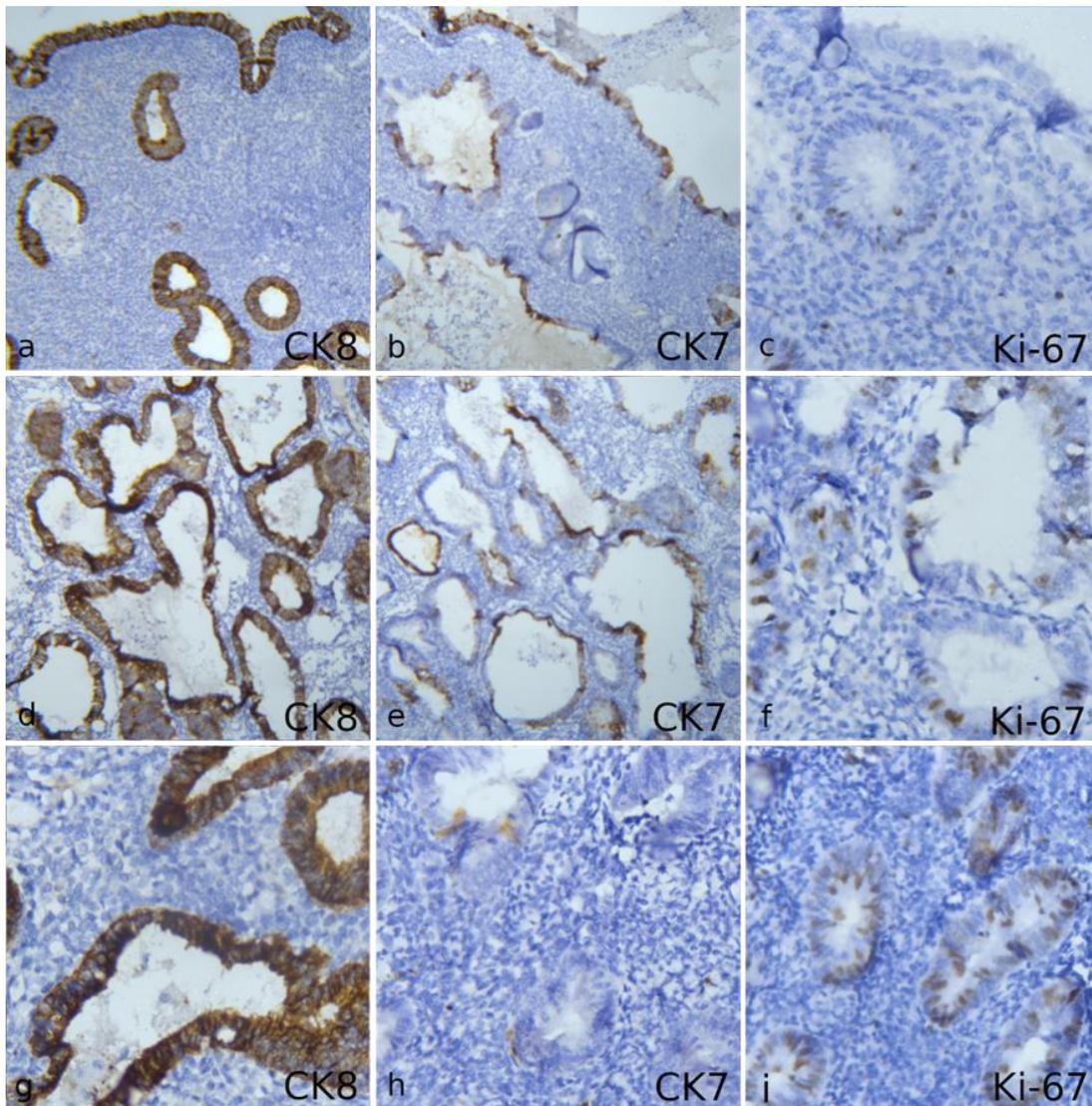
Analysis of the expression of the biomarkers ER, PgR, Ki67, CK7 and CK8 in women with endometrial hyperplasia and secretory endometrium is important for understanding the physiological and pathological processes that occur in women (Fig. 1).



**Fig. 1.** Endometrial hyperplasia without atypia. (a, b, c) – the surface (compact) layer of the zona compacta ( $\times 100$ ); (d, e, f) – the middle (spongy) layer of the zona spongiosa ( $\times 400$ ); (g, h, i) – deep (basal) layer of the zona basalis ( $\times 400$ ); (a, d, g, ) – uniform membrane-cytoplasmic staining with SC8 marker in all layers of the endometrium, IGH method with Mayer’s hematoxylin; (b, e, h) – cluster membrane staining with CK7 marker, which decreases from the superficial to the basal layer, IHC method with Mayer’s hematoxylin; (c, f, i); intranuclear reaction with the proliferation marker Ki-67, the number of which increases from the superficial to the basal layer, IHC method with Mayer’s hematoxylin.

The expression of these biomarkers can help establish the diagnosis of endometrial hyperplasia and classify it into subtypes depending on the characteristics of the cells and their activity. The expression of these biomarkers may be a prognostic factor, helping to assess the prognosis for patients with endometrial hyperplasia. For example, high expression of ER and PgR may indicate a more favorable prognosis and a more sensitive response to hormone therapy, which may help in planning treatment and monitoring its effectiveness. Ki67 expression is an indicator of cell proliferation and activity.

High expression of Ki67 may indicate increased cellular activity and rapid cell division, which may be characteristic of endometrial hyperplasia. While the expression of Ki67 decreases in the secretory phase of the unchanged normal endometrium, but sometimes such increased expression can reveal the presence of active proliferative processes. In addition, the expression of CK7 and CK8 may be associated with an increased number of epithelial cells. They are found in epithelial cells of various organs, including the endometrium. Studying the expression of these cytokeratins helps reveal the epithelial nature of the cells and to distinguish them from other cells. Thus, analysis of the expression of ER, PgR, Ki67, CK7 and CK8 in endometrial hyperplasia and normal endometrium allows a deeper understanding of the processes of proliferation, differentiation and function of endometrial cells. These data have important diagnostic value for endometrial hyperplasia, the degree of determination of its atypia and the prediction of treatment results (Fig.2).



**Fig. 2.** Endometrial hyperplasia without atypia. (a, b, c) – the surface (compact) layer of the zona compacta ( $\times 100$ ); (d, e, f) – the middle (spongy) layer of the zona spongiosa ( $\times 400$ ); (g, h, i) – deep (basal) layer of the zona basalis ( $\times 400$ ); (a, d, g, ) – uniform membrane-cytoplasmic staining with SC8 marker in all layers of the endometrium, IGH method with Mayer's hematoxylin; (b, e, h) – cluster membrane staining with CK7 marker, which decreases from the superficial to the basal layer, IHC method with Mayer's hematoxylin; (c, f, i); intranuclear reaction with the proliferation marker Ki-67, the number of which increases from the superficial to the basal layer, IHC method with Mayer's hematoxylin.

## **Conclusion**

1. Analysis of the expression of steroid hormone receptors in different layers of the endometrium of the secretory phase and endometrium with hyperplasia without atypia found a statistically significant difference only in the expression of ER of all layers (surface, functional and basal) with the advantage of the number of samples with high expression of ER in the stroma of samples of endometrial hyperplasia without atypia ( $p < 0.05$ ), on the other hand, such a difference was not found for PgR, despite the trend of a decrease in the basal parts of the endometrium with hyperplasia without atypia and secretory endometrium in the percentage of PgR positive immunoreactive cells to the complete absence in the epithelium of the glands ( $p > 0.05$ ).
2. The proliferative activity of endometrial cells according to the Ki-67 marker increased from superficial to basal parts and showed a statistically significant difference between endometrial hyperplasia samples without atypia and secretory endometrium ( $p < 0.05$ ).
3. Cytokeratin markers CK8 and CK7 showed a significant difference in expression between themselves: SC8 remained at a constant level of expression, regardless of the depth of the endometrial glands - revealed an organ-specific expression for the endometrium, while SC7, on the contrary, was most expressed in the luminal highly differentiated epithelial of the surface layers and was lost in the basal/stem cells of the deep layers of the endometrium, but a statistically significant difference between secretory endometrium and endometrial hyperplasia without atypia was not found ( $p > 0.05$ ).

## **References**

1. Mori M, Kurman RJ, Kurman TG. Endometrial hyperplasia. In: Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington CS, Young RH, editors. WHO classification of tumours of female reproductive organs. 5th ed. Lyon: IARC Press; 2020. p. 199-205.
2. Auclair MH, Young PJ, Salvador S. Endometrial hyperplasia: management. J Obstet Gynaecol Can. 2019;41(12):1797-1800.

3. Braunstein GD, Emans SJ, Laufer MR. Evaluation and management of endometrial hyperplasia in women of reproductive age. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017;102(12):4318-4327.
4. Zhang Y, Hu D, Yang Y, et al. The role of inflammation in the pathogenesis of endometrial hyperplasia. *J Cell Mol Med.* 2019;23(12):7513-7521.
5. Wang Y, Zhang L, Wang J, et al. Genetic and epigenetic alterations in endometrial hyperplasia and endometrial cancer. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2020;146(12):2911-2922.
6. ACOG Practice Bulletin No. 183. Endometrial hyperplasia and endometrial cancer. *Obstet Gynecol.* 2017;129(4):e186-e203.
7. RCOG Green-top Guideline No. 74. The management of endometrial hyperplasia. RCOG Press; 2018.
8. European Society of Human Reproduction and Embryology. ESHRE guideline on the management of endometrial hyperplasia. *Hum Reprod.* 2019;34(12):2560-2572.

**A COMPREHENSIVE LOOK AT COLPOSCOPY AND  
TARGETED BIOPSY AS CONFIRMATORY METHODS FOR DIAGNOSING  
CERVICAL PATHOLOGY**

**Pavliuchenko M. I.**

MD, PhD, Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology  
Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University

**Siusiuka V. G.**

MD, Professor, Doctor of Medical Sciences, Department of Obstetrics and  
Gynecology, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University

**Deinichenko O. V.**

MD, Ph.D., Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology,  
Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University

In 2020, WHO approved the Global Strategy to Eliminate Cervical Cancer. One of the three targets of this strategy provides for at least 70% of reproductive age women to have access to highly effective methods of screening (diagnosis) for cervical cancer [1]. At the same time, the already presence of three alternative methods of cervical screening allows us to conclude that at this stage, not a single screening or diagnostic test is ideal. This is why we consider that only the combination of colposcopy with histopathological evaluation of material obtained from equivocal/aceto-white areas during targeted biopsy is currently the best confirmatory method in the diagnosis of the cervical pathology. At the same time, the issue of using an isolated, exclusively visual assessment of the cervix as a confirmatory diagnostic method remains one of the most controversial in cervical diagnostics. And this is mainly due to two problems with colposcopy. Firstly, colposcopy remains an extremely subjective diagnostic method, in which the frequency of false negative results (missed cases of even squamous intraepithelial

pathology/invasive cancer) ranges from 13% to 69% [2, 3] and directly depends on the competence of the specialist. And secondly, in a certain percentage of cases, cervical pathology is difficult to visualize during colposcopy due to its small size or localization in the cervical canal. So, to have a clinical diagnosis, we primarily rely on the histopathological diagnosis obtained after performing a colposcopically guided biopsy. Histopathology remains our fundamental diagnostic method, but, nevertheless, it also tends to overdiagnose precancerous conditions, due to the lack of clear criteria for determining which intraepithelial neoplasias indicate that the lesion will spread, and which indicate the possibility of regression/self-elimination or persistence. The histopathological definition of precancer is particularly prone to false-positive “high-grade lesions” (CIN2 and even CIN3/AIS) [4]. A biopsy, even obtained under colposcopic control, on the contrary, often leads to underdiagnosis and underestimation of the prevalence of precancerous lesions of the cervix [2]. Thus, the majority of histopathological premalignant lesions are found in women with LSIL or equivocal LSIL (ie, ASC-US), rather than with HSIL. В любом случае патоморфологическое заключение не позволяет дифференцировать ткань, изменённую инфекцией ВПЧ от нормальной шейки матки. It is in relation to the tactics of managing women with a positive HPV result that there is a major uncertainty that requires discussion and resolution. For example, according to American Society for Colposcopy and Cervical Pathology recommendations, not all HPV-positive women are subject to colposcopically controlled biopsy [5, 6]. Results from worldwide studies of invasive cancers, including adenocarcinoma, suggest that positive genotyping of HPV16 and HPV18 (and possibly HPV45) types is likely an indication for colposcopy and targeted biopsy to determine further management [7, 8]. At the same time, the importance of identifying other types of HPV, even from the group of carcinogenic ones, requires additional study. Thus, according to current recommendations in the United States, women with the highest risk genotypes identified (HPV16 and HPV18) are immediately sent for colposcopy, and the rest are

retested after a year [5], usually using the partial genotyping technique [9-11]. Of course, in these groups there is a risk of developing cervical precancer/cancer, but it is low and its colposcopic diagnosis can be difficult due to the ability to visualize it. As far as we know, there are no generally accepted recommendations (including those from the FDA) on what to do with women with questionable results from colposcopy, including indications for repeat testing for HPV and the timing of this testing. This is a pressing issue given the evidence that two successive negative HPV test is required to return women to general screening [12]. Thus, there is an urgent need to standardize the conduct of such a confirmatory diagnostic method as colposcopy. First, if only HPV-positive women were referred for colposcopy, pathologists could focus on identifying the histologic features of squamous or columnar atypia without being distracted by the rather subjective histologic features of HPV infection. Secondly, to reduce the number of patients inappropriately referred for colposcopy, it is necessary to improve colposcopic sensitivity. For example, through the standardization of colposcopic terminology, approval of the practice of multiple biopsies of questionable areas under colposcopic control and/or the introduction of Artificial Intelligence models for visual assessment of the coloscopic images [2,13,14].

## References

1. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. 17 November 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>
2. Wentzensen N, Walker JL, Gold MA, Smith KM, Zuna RE, Mathews C, et al. Multiple biopsies and detection of cervical cancer precursors at colposcopy. *J Clin Oncol.* 2015;33(1):83-89.
3. Davies KR, Cantor SB, Cox DD et al. An alternative approach for estimating the accuracy of colposcopy in detecting cervical precancer. *PLoS One.* 2015;10(5).

4. Schiffman M., Wentzensen N. A Suggested approach to simplify and improve cervical screening in the United States. *J Low Genit Tract Dis.* 2016; 20(1): 1-7.
5. Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA et al. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. *J Low Genit Tract Dis.* 2013;17(5) Suppl 1:S1-S27.
6. Katki HA, Schiffman M, Castle PE, Fetterman B, Poitras NE, Lorey T, et al. Five-year risks of CIN 3+ and cervical cancer among women who test Pap-negative but are HPV-positive. *J Low Genit Tract Dis.* 2013;17(5) Suppl 1:S56-S63.
7. Guan P, Howell-Jones R, Li N, Bruni L, de Sanjose S, Franceschi S, et al. Human papillomavirus types in 115,789 HPV-positive women: A meta-analysis from cervical infection to cancer. *Int J Cancer.* 2012.
8. Schiffman M, Burk RD, Boyle S, Raine-Bennett T, Katki HA, Gage JC, et al. A study of genotyping for management of human papillomavirus-positive, cytology-negative cervical screening results. *J Clin Microbiol.* 2015;53(1):52–59.
9. Schiffman M, Vaughan LM, Raine-Bennett TR, Castle PE, Katki HA, Gage JC, et al. A study of HPV typing for the management of HPV-positive ASC-US cervical cytologic results. *Gynecol Oncol.* 2015;138(3):573-578.
10. Schiffman M, Wentzensen N. Transitioning to a new era in cervical cancer screening. *Gynecol Oncol.* 2015;136(2):175-177.
11. Reid JL, Wright TC, Jr, Stoler MH, Cuzick J, Castle PE, Dockter J, et al. Human Papillomavirus Oncogenic mRNA Testing for Cervical Cancer Screening: Baseline and Longitudinal Results From the CLEAR Study. *Am J Clin Pathol.* 2015;144(3):473-483.
12. Katki HA, Gage JC, Schiffman M, Castle PE, Fetterman B, Poitras NE, et al. Follow-up testing after colposcopy: five-year risk of CIN 2+ after a colposcopic diagnosis of CIN 1 or less. *J Low Genit Tract Dis.* 2013;17(5) Suppl 1:S69-S77.
13. Sarah L Bedell, Lena S Goldstein, Amelia R Goldstein, Andrew T Goldstein. Cervical Cancer Screening: Past, Present, and Future. *Sex Med Rev.* 2020;8(1):28-37.

14. Tomko, M., Pavliuchenko, M., Pavliuchenko, I., Gordienko, Y., Stirenko, S. (2023). Multi-label Classification of Cervix Types with Image Size Optimization for Cervical Cancer Prescreening by Deep Learning. In: Smys, S., Kamel, K.A., Palanisamy, R. (eds) Inventive Computation and Information Technologies. Lecture Notes in Networks and Systems, vol 563. Springer, Singapore.

**Для нотаток**