



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

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
Всеукраїнської науково - практичної конференції з
міжнародною участю
«Узагальнення досвіду теоретичної та практичної роботи
дерматовенерологічної спільноти країни та світу»
22 травня 2026 р.**

**М. ЗАПОРІЖЖЯ
2026**

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

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

**Всеукраїнської науково - практичної конференції з
міжнародною участю
«Узагальнення досвіду теоретичної та практичної роботи
дерматовенерологічної спільноти країни та світу»**

22 травня 2026 р.

Запоріжжя – 2026

УДК 616.5(063)

У 34

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.

Головкін Анатолій Вячеславович, доцент кафедри дерматовенерології та естетичної медицини Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, кандидат медичних наук

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

УЗ4 **Узагальнення досвіду теоретичної та практичної роботи дерматовенерологічної спільноти країни та світу:** збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю(м. Запоріжжя, 22 травня 2026 р.). – Запоріжжя : ЗДМФУ, 2026. – 96 с.

УДК 616.5(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.

©Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, 2026

ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ УЧАСНИКІВ КОНФЕРЕНЦІЇ

Загальні питання та реєстрація учасників:

тел. (+38) 066 646 88 82

email – lillia271212@gmail.com

Контакт для доповідачів:

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

**ДЛЯ ПІДКЛЮЧЕННЯ ДО КОНФЕРЕНЦІЇ – ПЕРЕЙДІТЬ ЗА
НАСТУПНИМ ПОСИЛАННЯМ –**

Конференція 22.05.2026 | Приєднання до наради | Microsoft Teams

ЗМІСТ

Бачурін Г.В., Коломоєць Ю.С., Ломака С.С. ФАЛОПРОТЕЗУВАННЯ: ІСТОРІЯ, ТИПИ ІМПЛАНТАТІВ ТА РОЛЬ У ЛІКУВАННІ ЕРЕКТИЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ.....	7
Візір В.А., Деміденко О.В., Приходько І.Б. ПЕРСОНАЛІЗОВАНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИЧНИХ ТА ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНИХ АЛГОРИТМІВ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМИ КОРОНАРНИМИ СИНДРОМАМИ.....	10
Візір В.А., Деміденко О.В., Токаренко О.І., Токаренко О.О., Шолох С.Г. ВПЛИВ ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРУ НА СТРАТЕГІЮ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ.....	14
Волкова Ю.В., Драковцева Л.В. ПРАКТИЧНИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОБІОЛОГІЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ АЛЕРГОДЕРМАТОЗІВ.....	18
Ганжий І.Ю., Шаповал О.С., Кирилюк О.Д. ПОЛІП ТІЛА МАТКИ.....	20
Головкін А.В. СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ТОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ МІКОЗІВ ШКІРИ.....	26
Земляна Н.А., Земляний Я.В., Гайдай Н.В. ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МАРКЕРІВ ОНКОГЕНЕЗУ ПРИ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСАХ ЕНДОМЕТРІЯ В ПОЄДНАННІ З МІОМОЮ МАТКИ ТА СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ.....	29
Кириченко М.М., Дейніченко О.В., Кириченко Л.В. РОЛЬ АНГІОГЕННИХ МАРКЕРІВ У СУЧАСНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ТА ПРОГНОЗУВАННІ ПРЕЕКЛАМПСІЇ.....	31
Коваленко А.Ю. ЗАСТОСУВАННЯ АНТИОКСИДАНТНИХ ПРЕПАРАТІВ В ТЕРАПІЇ КОВІДНОЇ ІНФЕКЦІЇ ТА ЇЇ УСКЛАДНЕНЬ.....	34

Копос Д.М. ОЦІНКА СПРИЙНЯТОГО СТРЕСУ У ЖІНОК З КЛІНІКОЮ НЕВИНОШУВАННЯ В РАНЬОМУ ТЕРМІНІ ВАГІТНОСТІ.....	36
Лахно І. В., Коровай С. В., Дьоміна О. В., Сикал І. М., Ромаєва В. П., Шаповал Д. М., Пак С. О. РОЛЬ ФЕРОПТОЗУ ТА ВПЛИВ ЕНДОМЕТРІОЗУ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ.....	38
Лісницька О.А., Михасик С.В., Светашов О.М. ПСОРІАТИЧНА ЕРИТРОДЕРМІЯ: ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ВЕДЕННЯ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК).....	44
Макуріна Г.І., Гамова Д.А. ІН'ЄКЦІЙНІ МЕТОДИКИ В ЛІКУВАННІ АНДРОГЕНЕТИЧНОЇ АЛОПЕЦІЇ.....	46
Міхневич О.В., Москаленко О.М. ЕФЕКТИВНІСТЬ ВУЗЬКОСМУГОВОЇ UVB-ФОТОТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ПСОРІАЗУ: ВПЛИВ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ.....	49
Платонов С.І., Юнацька Т.А. БАЛАНІТ ЗУНА: ВІД КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ДО ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ.....	51
Онопченко С.П., Кириченко М.М. ПІСЛЯПОЛОГОВА ДЕПРЕСІЯ: ВПЛИВ НА ФІЗИЧНИЙ, ЕМОЦІЙНИЙ ТА КОГНІТИВНИЙ СТАН.....	53
Пучков В.А., Богуславська Н.Ю., Колокот Н.Г. ПРАКТИЧНІ КРОКИ ДІАГНОСТИКИ ЗАТРИМКИ РОСТУ ПЛОДА.....	58
Рослік О.А. МЕНЕДЖМЕНТ ЖІНОК З НЕВИНОШУВАННЯМ В РАНЬОМУ ТЕРМІНІ ВАГІТНОСТІ.....	61

Сюсюка В.Г., Сергієнко М.Ю., Чорненька А.С. ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ МЕНОПАУЗАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ.....	63
Сюсюка В.Г., Макуріна Г.І., Сергієнко М.Ю. СИНДРОМ ПОЛІКІСТОЗУ ЯЄЧНИКІВ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ: МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИАНДРОГЕНУ ФЛУТАМІДУ.....	68
Яценко А.Р., Гришай М.О. ОНІХОПАПІЛОМА (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК).....	74
Horodokin A. PRELIMINARY RESULTS OF THE PILOT STAGE OF ADAPTATION OF “ADULT EATING BEHAVIOUR QUESTIONNAIRE” FOR THE UKRAINIAN POPULATION.....	76
Horodokina L. PRURITUS: BEYOND THE LIMITS OF DERMATOLOGICAL PATHOLOGY.....	79
Kyrychenko M., Onopchenko S., Bachurina O. PSYCHOLOGICAL AND BIOCHEMICAL PREDICTORS OF HYPERTENSIVE DISORDERS IN HIGH-RISK PREGNANT WOMEN.....	82
Makyeyeva L.V., Aliyeva O.G., Popazova O.O., Hromokovskaya T.S., Tavrog M.L., Pototska O.I. THE IMPACT OF CHRONIC SOCIAL STRESS ON THE FUNCTIONAL STATE OF SKIN.....	86
Shelestova L. ADAPTATION SPECIFICS AND NEW LIVING CONDITIONS OF WOMEN IN THE PERINATAL PERIOD: THE EXPERIENCE OF UKRAINIAN REFUGEES.....	92

ФАЛОПРОТЕЗУВАННЯ: ІСТОРІЯ, ТИПИ ІМПЛАНТАТІВ ТА РОЛЬ У ЛІКУВАННІ ЕРЕКТИЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

Бачурін Г.В.

д.мед.н., професор кафедри урології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Коломоєць Ю.С.

Кандидат медичних наук, асистент кафедри урології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Ломака С.С.

асистент кафедри урології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Незважаючи на широке використання пероральних інгібіторів фосфодіестерази 5-го типу та інтракавернозних ін'єкцій, імплантація пенільного протеза залишається актуальним методом лікування еректильної дисфункції (ЕД). Багато пацієнтів стають резистентними до консервативної терапії або потребують постійного ефективного рішення. Згідно з рекомендаціями AUA та EAU, фалопротезування є терапією третьої лінії при ЕД, яка не реагує на інгібітори ФДЕ-5, вакуум-еректильні пристрої, уретральні супозиторії алпростадилу та інтракавернозні ін'єкції.

Перший синтетичний імплантат створили В. Гудвін та В. Скотт у 1952 році, використавши акриловий стент під фасцією Бака. Сучасний силіконовий імплантат з'явився завдяки розробкам NASA. У 1964 році Леш та інші імплантували силікон для лікування хвороби Пейроні, а в 1967 році Пірман удосконалив розташування стрижня. Проте ці ранні моделі мали високий рівень ускладнень.

Прорив стався 1973 року, коли Ф. Брентлі Скотт створив гідравлічний механізм із резервуаром, насосом і надувними циліндрами – попередник сучасних трикомпонентних протезів. Він заснував American Medical Systems (AMS, нині Boston Scientific). У 1975 році Смолл і Карріон запропонували

напівжорсткий імплант із промежинним доступом. Далі з'явилися Flexi-Rod (1977), протез Jonas & Jacob (1980), AMS 600M (1983). У 1986 році Dacomed представила OmniPhase, але через обрив троса він не набув поширення; його замінив DuraPhase II (1992).

У 1985 році вийшов двокомпонентний AMS Hydroflex, у 1988 році – Mentor GFS (нині Coloplast), у 1994 – AMS Ambicor. Трикомпонентні пристрої (понад 80% ринку США) почалися з AMS 700 (1983), потім AMS 700 CX (1987), Ultrex (1990). Пізніше з'явилися тактильні насоси та блокувальні клапани Coloplast, що знизили автонадування до 1,3%.

Ненадувні (напівжорсткі) протези – два силіконові стрижні з металевим сердечником (наприклад, з нітинолу). Постійно тримають пеніс у напівжорсткому стані, що дозволяє згинати його для акту або маскуванню. Переваги: простота, надійність, низька ціна, МРТ-сумісність. Діаметр 9,5–13 мм, довжина 14–27 см. Приклади: Tactra, Genesis (Coloplast), AMS 600 Spectra (Boston Scientific) з шарнірними сегментами.

Надувні протези складаються з циліндрів у кавернозних тілах, насоса (у калитці) та (у трикомпонентних) окремого резервуара. Вони імітують фізіологічну ерекцію.

Двокомпонентні – помпа виконує роль резервуара. Стискання помпи перекачує рідину в циліндри; натискання клапана повертає її назад. Немає окремого резервуара, що спрощує конструкцію.

Трьохкомпонентні – мають окремий резервуар (імплантується під м'язи передньої черевної стінки або в малому тазі). Забезпечують найбільш природну ригідність та обхват. При стисканні насоса рідина з резервуара наповнює циліндри; для дегумесценції – клапан скидання.

Фалопротезування є золотим стандартом лікування ЕД, резистентної до консервативної терапії. Напівжорсткі протези – прості та надійні, двокомпонентні – компромісний варіант, трикомпонентні – найбільш

фізіологічні. Вибір залежить від клінічної ситуації, побажань пацієнта та досвіду хірурга. Розуміння еволюції цих пристроїв необхідне для обґрунтованого клінічного рішення.

ПЕРСОНАЛІЗОВАНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИЧНИХ ТА ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНИХ АЛГОРИТМІВ ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМИ КОРОНАРНИМИ СИНДРОМАМИ

Візір В. А.

д.мед.н., професор кафедри внутрішніх хвороб 2
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Деміденко О. В.

к.мед.н., доцент, завідувач кафедри внутрішніх хвороб 2
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Приходько І.Б.

к.мед.н., доцент кафедри внутрішніх хвороб 2
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Оновлені настанови Європейського товариства кардіологів (ESC) 2024 року та численні клінічні дослідження останнього десятиліття підкреслюють, що жіночий фенотип коронарної патології часто включає складні порушення мікроциркуляції та функціональні розлади судин, які вимагають специфічних діагностичних та терапевтичних стратегій.

Рекомендації ESC 2024 року пропонують етапний підхід до діагностики хронічних коронарних синдромів (ХКС), де першим кроком є загальна клінічна оцінка, спрямована на виключення гострого коронарного синдрому та некардіальних причин. На другому етапі ключовим є розрахунок клінічної ймовірності обструктивної КХС. Нова модель Risk Factor-weighted Clinical Likelihood (RF-CL) враховує вік, стать та характер симптомів, що дозволяє точніше рекласифікувати пацієнтів у категорії дуже низького та низького ризику, де подальше тестування може бути непотрібним.

Однак вибір конкретного тесту для жінок залишається складним завданням. Традиційний ЕКГ-тест з навантаженням має обмежену діагностичну цінність у жінок через високу частоту хибнопозитивних результатів (пов'язаних з гормональним фоном та меншою амплітудою комплексів) та нижчу чутливість. Коронарна комп'ютерна томографічна ангіографія зараз рекомендована як метод

першої лінії для пацієнтів з низькою та помірною клінічною ймовірністю (5–50%). Вона дозволяє не лише оцінити ступінь стенозу, а й виявити неоклюзійний атеросклероз, який часто є причиною подій у жінок. Для оцінки функціональної значущості уражень та при підозрі на INOCA (ішемія без обструкції коронарних артерій) перевага надається стрес-візуалізації (МРТ, ПЕТ), які дозволяють кількісно оцінити коронарний резерв кровотоку (CFR).

Концепція INOCA (ішемія без обструкції коронарних артерій) та ANOCA (стенокардія без обструкції коронарних артерій) є центральною в сучасному менеджменті жіночого здоров'я. До 50-70% жінок, яким проводиться коронарографія, не мають значущих звужень великих артерій. Коронарна мікровазулярна дисфункція (КМД) подвоює ризик великих серцево-судинних подій, включаючи смерть та серцеву недостатність зі збереженою фракцією викиду. У пацієток з INOCA часто спостерігається зниження CFR, що вказує на нездатність мікросудин адекватно розширюватися у відповідь на навантаження. Сучасна діагностика INOCA вимагає проведення інвазивного фізіологічного тестування під час катетеризації, якщо ангиографія не виявила обструкції.

Фармакологічне лікування ХКС у жінок стикається з двома основними проблемами: недостатнім призначенням доказової терапії та вищою частотою побічних ефектів. Аналіз показує, що жінки з ХКС на 15–20% рідше отримують статини та антиагреганти порівняно з чоловіками при ідентичному профілі ризику. Особливе місце займає проблема статинотерапії. Жінки частіше повідомляють про статин-асоційовані м'язові симптоми, що призводить до самовільної відміни препаратів або переходу на субоптимальні дози. Мета-аналіз підтвердив, що жінки мають на 13% нижчу прихильність до гіполіпідемічних засобів, тоді як для бета-блокаторів та антигіпертензивних засобів такої значущої різниці не спостерігалось.

Особливості медикаментозного лікування ХКС у жінок

Група препаратів	Роль у жінок	Специфічні аспекти
------------------	--------------	--------------------

Статини	Вторинна профілактика	Вищий ризик міалгій
Антиагреганти	Профілактика тромбозу	Вищий ризик кровотеч у жінок, особливо при РСІ
Інгібітори АПФ	Вазопротекція при КМД	Покращують мікроциркуляцію через підвищення NO
Бета-блокатори	Антиангінальний ефект	Перша лінія при КМД; знижують кисневий запит
Ранолазин	Метаболічна підтримка	Ефективний при функціональній КМД

Для жінок з мікрovasкулярною дисфункцією традиційні нітрати часто виявляються неефективними, оскільки вони діють переважно на великі артерії, не впливаючи на мікроциркуляторний опір. У таких випадках перевага надається блокаторам кальцієвих каналів та метаболічним засобам (ранолазин, триметазидин), які покращують переносимість ішемії на клітинному рівні.

Таким чином, діагностичний пошук при виявленні «чистих» епікардіальних артерій у пацієнта з симптомами ішемії діагностичний пошук не повинен припинятися, а фармакотерапія має враховувати гендерну специфіку фармакокінетики та переносимості.

Література

1. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes: Developed by the task force for the management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), European Heart Journal, Volume 45, Issue 36, 21 September 2024, Pages 3415–3537, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae177>

2. Bastian-Pétre, Kathleen & Rohmann, Jessica & Oertelt-Prigione, Sabine & Piccininni, Marco & Gayraud, Katja & Kelly-Irving, Michelle & Bajos, Nathalie. (2024). Sex and gender bias in chronic coronary syndromes research: analysis of studies

used to inform the 2019 European Society of Cardiology guidelines. The Lancet regional health. Europe. 45. 101041. 10.1016/j.lanpe.2024.101041.

3. Bots SH, Inia JA and Peters SAE (2021) Medication Adherence After Acute Coronary Syndrome in Women Compared With Men: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front. Glob. Womens Health* 2:637398. doi: 10.3389/fgwh.2021.637398

4. McChord, J., & Ong, P. (2024). Bridging the Gender Gap in Cardiovascular Medicine: Addressing Drug Intolerances and Personalized Care for Women with Angina/Ischemia with Non-Obstructive Coronary Artery Disease. *Journal of cardiovascular development and disease*, 11(12), 381. <https://doi.org/10.3390/jcdd11120381>

5. O'Hara, M., Roy, R., Altenburg, M., Slivnick, J., & Patel, H. (2025). Examining the Disproportionate Burden of Microvascular Disease in Women. *Current atherosclerosis reports*, 27(1), 65. <https://doi.org/10.1007/s11883-025-01310-1>

6. Patel, N., Greene, N., Guynn, N., Sharma, A., Toleva, O., & Mehta, P. K. (2024). Ischemia but no obstructive coronary artery disease: more than meets the eye. *Climacteric*, 27(1), 22–31. <https://doi.org/10.1080/13697137.2023.2281933>

7. Sonaglioni, A., Polymeropoulos, A., Baravelli, M., Nicolosi, G. L., Lombardo, M., & Biondi-Zoccai, G. (2025). Diagnostic Accuracy of Exercise Stress Testing, Stress Echocardiography, Myocardial Scintigraphy, and Cardiac Magnetic Resonance for Obstructive Coronary Artery Disease: Systematic Reviews and Meta-Analyses of 104 Studies Published from 1990 to 2025. *Journal of clinical medicine*, 14(17), 6238. <https://doi.org/10.3390/jcm14176238>

ГЕНДЕРНОГО ФАКТОРУ НА СТРАТЕГІЮ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Візір В. А.

д.мед.н., професор кафедри внутрішніх хвороб 2
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Деміденко О. В.

к.мед.н., доцент, завідувач кафедри внутрішніх хвороб 2
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Токаренко О. І.

д.мед.н., професор кафедри внутрішніх хвороб 2
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Токаренко О. О.

к.мед.н., доцент кафедри внутрішніх хвороб 2
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Шолох С.Г.

к.мед.н., асистент кафедри внутрішніх хвороб 2
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Основною метою лікування кожного пацієнта з ревматоїдним артритом (РА) є досягнення стійкої ремісії або, як альтернатива при тривалому перебігу хвороби, низької активності. Однак саме гендерний фактор відіграє одну з головних ролей у виборі стратегії лікування та тривалості утримання на препараті. Численні дослідження підтверджують, що жіноча стать є незалежним предиктором нижчої відповіді на терапію та вищої частоти відміни біологічних препаратів.

Дані європейських досліджень свідчать, що чоловіки з раннім РА мають кращу відповідь на інгібітори TNF порівняно з жінками. Жінки частіше припиняють лікування через побічні ефекти або недостатню ефективність. Можливими причинами цього є вищий відсоток жирової тканини у жінок, що впливає на об'єм розподілу ліпофільних препаратів, а також гормональна модуляція цитокінових каскадів, що робить стандартні дози менш ефективними. Крім того, суб'єктивне відчуття болю та втоми, яке є вищим у жінок, часто

інтерпретується як неефективність препарату, що веде до передчасної зміни терапії.

Інгібітори Янус-кіназ (JAK) (тофацитиніб, барицитиніб, упадацитиніб, філготиніб) стали важливою альтернативою біологічних хворобо-модифікуючих антиревматичних препаратів (bDMARDs). Проте і тут спостерігаються гендерні особливості. Жінки мають на 70% нижчі шанси на досягнення ремісії за шкалою DAS28-ESR при застосуванні JAK-інгібіторів порівняно з чоловіками. Водночас при використанні індексів CDAI або SDAI, які не включають лабораторні маркери запалення, різниця між статями часто нівелюється. Це ще раз підтверджує, що вибір інструменту оцінки може штучно створювати видимість гіршої відповіді на лікування у жінок. Щодо безпеки, JAK-інгібітори асоціюються з вищим ризиком інфекцій, зокрема оперізуючого герпесу, що вимагає ретельного моніторингу в обох групах. Проте серйозні несприятливі події частіше стають причиною припинення терапії саме у чоловіків, що корелює з їхнім вищим коморбідним навантаженням.

У 2024 році Європейський альянс асоціацій ревматологів (EULAR) представив оновлені рекомендації щодо використання антиревматичних препаратів під час планування сім'ї, вагітності та лактації. Ці рекомендації є фундаментальними для менеджменту РА у жінок репродуктивного віку. Головним принципом оновлених рекомендацій є досягнення ремісії або низької активності хвороби до моменту зачаття. Активний РА під час вагітності підвищує ризик передчасних пологів та низької ваги плода.

Гідроксихлорохін (до 400 мг/добу), сульфасалазин (з фолієвою кислотою), азатіоприн, циклоспорин та такролімус вважаються безпечними і повинні продовжуватися для підтримки ремісії. Метотрексат, мікофенолат та циклофосфамід є абсолютно протипоказаними. Метотрексат слід відмінити за 1-3 місяці до зачаття. Усі інгібітори TNF можуть використовуватися протягом всієї вагітності на основі індивідуальної оцінки ризику та користі. Цертолізумаб є

найбільш безпечним через відсутність плацентарного переносу. Інші моноклональні антитіла (адаліумаб, інфліксимаб) зазвичай рекомендується відмінити у 20-30 тижнів вагітності, якщо стан пацієнтки стабільний. Стосовно глюкокортикоїдів та НПЗП рекомендується більш обмежувальний підхід. Преднізолон слід використовувати в мінімальних дозах (≤ 5 мг/добу). НПЗП слід уникати у третьому триместрі через ризик передчасного закриття артеріальної протоки.

Важливою зміною в рекомендаціях 2024 року є перегляд безпеки препаратів для чоловіків, які планують батьківство. Сучасні дані підтверджують безпечність більшості препаратів, які раніше викликали побоювання.

Препарат	Рекомендація EULAR 2024
Метотрексат	Сумісний (немає потреби у відміні перед зачаттям)
Лефлуномід	Сумісний
Мікофенолат	Сумісний
Сульфасалазин	Може спричиняти оборотну олігоспермію (перевірити спермограму)
bDMARDs та JAKi	Сумісні

Ці зміни дозволяють чоловікам підтримувати контроль над хворобою без ризику для здоров'я майбутньої дитини, що є критичним для довгострокового прогнозу.

Отже, гендерно-орієнтований підхід до лікування ревматоїдного артриту є невід'ємною частиною сучасної персоналізованої медицини, а інформування пацієнтів обох статей про безпеку сучасної терапії є необхідним при плануванні сім'ї.

Література

1. 2025 EULAR recommendations for use of antirheumatic drugs in reproduction, pregnancy, and lactation: 2024 update. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 84(6), 910–926. <https://doi.org/10.1016/j.ard.2025.02.023>

2. 2026 EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biologic disease-modifying antirheumatic drugs: 2025 update. *Annals of the Rheumatic Diseases*. <https://doi.org/10.1016/j.ard.2026.01.023>

3. Koc, Gonul Hazal & Looijen, Agnes & Horst-Bruinsma, Irene & Jong, Pascal. (2025). Sex Differences in Rheumatoid Arthritis: New Insights From Clinical and Patient-Reported Outcome Perspectives. *The Journal of Rheumatology*. 52. jrheum.2024-1258. 10.3899/jrheum.2024-1258.

4. Lauridsen, K., Duch, K., Mortensen, A., Cordtz, R., Kristensen, S., Hetland, M. L., & Dreyer, L. (2025). Sex differences in treatment response in patients with rheumatoid arthritis treated with tumour necrosis factor inhibitor: a cohort study from the DANBIO registry. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 54(4), 252–262. <https://doi.org/10.1080/03009742.2025.2471713>

5. Carmona, L., Aurrecochea, E., & García de Yébenes, M. J. (2024). Tailoring Rheumatoid Arthritis Treatment through a Sex and Gender Lens. *Journal of Clinical Medicine*, 13(1), 55. <https://doi.org/10.3390/jcm13010055>

6. Martinez-Molina, C., Feliu, A., Park, H. S., Juanes, A., Diaz-Torne, C., Vidal, S., & Corominas, H. (2024). Are There Sex-Related Differences in the Effectiveness of Janus Kinase Inhibitors in Rheumatoid Arthritis Patients?. *Journal of clinical medicine*, 13(8), 2355. <https://doi.org/10.3390/jcm13082355>

7. Cao J, Huang R, Chen Y, Li X, Lou J, Xu L, Gu J, Luo Z, Yao T and Xie J (2026) Application of JAK inhibitors in the treatment of rheumatoid arthritis: a systematic analysis based on clinical trial databases and registries. *Front. Med.* 13:1680115. doi: 10.3389/fmed.2026.1680115

ПРАКТИЧНИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ІМУНОБІОЛОГІЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ АЛЕРГОДЕРМАТОЗІВ

Волкова Ю.В.

Завідувач відділення Регіонального дерматовенерологічного лікувально-
діагностичного центру

Комунального некомерційного підприємства «Обласна інфекційна клінічна
лікарня» Запорізької обласної Ради

Драковцева Л.В.

Лікар-дерматовенеролог

Регіонального дерматовенерологічного лікувально-діагностичного центру
Комунального некомерційного підприємства «Обласна інфекційна клінічна
лікарня» Запорізької обласної Ради

Імунобіологічна таргетна терапія залишається найбільш ефективною у веденні запальних дерматозів, у першу чергу atopічного дерматиту. У більшості клінічних світових настанов ці лікарські агенти є першою лінією системного втручання.

У випадку atopічного дерматиту, класична лікувальна тактика передбачає застосування системних кортикостероїдів короткостроково як «терапію портянку», тоді як у довгостроковій перспективі доцільним є залучення до лікувального алгоритму цитостатичної терапії: циклоспорин, метотрексат тощо. Проте ці засоби мають загальну імуносупресивну дію, що сприяє появі певної кількості побічних ефектів, що може обмежувати їх застосування у окремих пацієнтів. Саме тому, прицільна дія нових препаратів на окремі ланки імунопатогенезу дерматозів є оптимальним вибором для важкого перебігу резистентних станів. Комунальним некомерційним підприємством «Обласна інфекційна клінічна лікарня» Запорізької обласної Ради в рамках гуманітарної місії було отримано ін'єкційний препарат «Dupixent», діючою речовиною якого є

дупілумаб – моноклональне антитіло, що блокує ІІ-4 та ІІ-13. За рахунок такої дії, показаннями до призначення даного препарату є атопічний дерматит, хронічна кропив'янка та вузловате пруриго. Так, у випадку атопічного дерматиту, даний лікарський агент можливо призначати із раннього дитячого віку, що розширює межі його застосування.

На даний момент близько 40 осіб отримують за схемою дупілумаб, більшість пацієнтів представлено особами із атопічним дерматитом, у меншій мірі – з вузловатим пруриго. Загальна динаміка застосування даного імунобіологічного засобу, сприяє клінічному покращенню перебігу дерматозу, об'єктивному зниженню індексу SCORAD та зменшенню інтенсивності зуду за ВАШ. Останні показники демонструють динамічні зміни в бік покращення починаючи від 2-3 тижня лікування, що відрізняє їх за швидкістю дії від JAK-інгібіторів. Однак, окремі пацієнтів мали зворотні побічні ефекти у вигляді кон'юнктивіту (n=2) та «дерматиту голова-шия» (n=4) в контексті мікробіомних зрушень на шкірі в бік надмірної маласезійної колонізації, що індуковане саме застосуванням дупілумабу. Саме тому, ці пацієнти потребували зупинення протоколу використання імунобіологічної терапії та призначення системних антимикотичних засобів. Варто зазначити, що за власними спостереженнями, лише 2 пацієнти із атопічним дерматитом та 1 з хронічною кропив'янкою не мали належного результату при застосуванні дупілумабу та потребували зміни терапевтичного вектору.

Саме тому, спостереження за дією даного препарату продовжується, проте наявний практичний досвід свідчить про значну ефективність імунобіологічної терапії щодо зменшення клінічних проявів та підвищення якості життя пацієнтів із хронічними запальними дерматозами.

ПОЛІП ТІЛА МАТКИ

Ганжий І. Ю.

доктор медичних наук, професор закладу вищої освіти
кафедри акушерства і гінекології,

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Шаповал О. С.

доктор медичних наук, доцент закладу вищої освіти
кафедри акушерства і гінекології,

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Кирилюк О.Д.

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

Поліп тіла матки або ендометріальний поліп (ЕП) — це поширене доброякісне утворення слизової оболонки матки. Його актуальність полягає у впливі на фертильність, ризику аномальних маткових кровотеч, крім того ЕП належить до одного із варіантів гіперпластичних процесів слизової оболонки тіла матки і є патологічним фоном для формування раку ендометрію.

Ендометріальний поліп— це утворення в вигляді вузла, що виступає над поверхнею ендометрія, складається із залоз та стромі, переважно фіброзної, що містить «клубок» товстостінних кров'яносних судин (за визначенням ВОЗ).

ЕП звичайно розвиваються шляхом проліферації епітелія залоз базального шару ендометрія. Спочатку залози і строма, що їх оточує, утворює поліповидний виріст на широкій підставі, пізніше формується ніжка поліпа різної товщини, до якої втягнуті м'язові волокна. За результатами генетичних досліджень ЕП – це доброякісні проліферати мезенхіми з частими каріотипічними змінами хромосомальних регіонів 6p21 і 12p15.

ЕП можуть бути одиночними та множинними, розташовуються найчастіше в області дна та трубних вуглів тіла матки. Зовнішня поверхня

поліпів звичайно гладка, рожевого кольору. На розрізі поліп має губчатий вигляд. Іноді можуть спостерігатись вогнища виразок і крововиливів. Діаметр поліпа частіше не перевищує 0,3-1,0 см, але зустрічаються і більш крупні розростання, що займають всю порожнину матки.

Головні морфологічні ознаки ЕП: ніжка або широка основа, що складається з фіброзної строми з товстостінними кровоносні судини; різноспрямованість і хаотичність залоз, нерівномірний їх розподіл.

При наявності атипії важливий ступень її виразності. З клінічної точки зору виділення окремих гістологічних варіантів поліпа не має значення для тактики подальшого ведення пацієнта, за виключенням аденоматозного поліпа, який розглядається як передрак ендометрія. Патологоанатоми широко використовують гістологічну класифікацію поліпів 2003 року.

Гістологічна класифікація поліпів ендометрія (Lyon, 2003):

1. Проліферативний або гіперпластичний ЕП є найбільш частими. Частіше виникає при ГЕ у вигляді простої або складної ГЕ без ознак цитологічної атипії. Гіперпластичні залозисті структури нерідко з кістковидним розширенням і типовим епітелієм проліферативного типу з багатоядерним розташуванням ядер. Незалежно від розміру вони мають неправильні проліферуючі залози з псевдостратифікацією ядер і мітотичною активністю, помірну кількість проміжної строми між залозами, але іноді залози тісно розташовані. Мають високий ризик рецидування – 13%.

2. Атрофічний ЕП. Особливості: кістозно-трансформовані залози атрофічного епітелія з очаговою муцинозною або серозною папілярною метаплазією і оточені щільною фіброзною стромою. Атрофічні залози вислані низьким призматичним епітелієм без мітотичної активності. Ці поліпи звичайно розвиваються на фоні індіферентного ендометрія. При гістероскопії атрофічні поліпи визначаються в вигляді блідих одиничних утворень, округлої або

довгастої форми, частіше невеликих розмірів, звичайно на ножці. Фіброзні поліпи нагадують субмукозні міоматозні вузли.

3. Функціональний ЕП (секреторний або проліферативний типи). Ці поліпи подібні до ендометрію навколо них. Присутні основні діагностичні ознаки поліпа: судино-стромальна ніжка і хаотично розміщення залоз, але гістологічна картина ЕП така ж, як і в іншому ендометрії (гормональні зміни залоз строми співпадають з менструальним циклом жінки), що говорить про гормональну чутливість естроген-прогестеронових рецепторів ЕП.

4. Змішаний ендометріально-цервікальний ЕП. Деякі поліпи відбуваються із верхнього ендocerвікса і нижнього маткового сегмента і показують розвиток залоз обох типів – і ендocerвікального і ендометріального. У таких поліпів є тенденція мати фіброзну строму, що нагадує строму нижнього сегмента.

5. Аденоматозний ЕП. Характерна інтенсивна проліферація залоз, які набувають химерної форми. Залози лежать тісно, нерідко розгалужені. Виражена осередкова або дифузна проліферація епітелія з формуванням многорядових істинних або псевдососочкових структур. Може спостерігатися значна кількість мітозів. Строма таких поліпів зазвичай відповідає стромі базальних відділів. Є схожість з атиповою гіперплазією ендометрія. Часто виявляється плоскоклітинна метаплазія (аденоакантоз). Аденоматозні поліпи розвиваються виключно на тлі ановуляції. Аденоматозний ЕП, особливо з ознаками атипової гіперплазії, розглядається як передрак слизової оболонки тіла матки.

В більшості випадків наявність ЕП не супроводжується клінічною симптоматикою. Основним симптомом є аномальні маткові кровотечі і болі внизу живота різної інтенсивності. У жінок репродуктивного віку ЕП може визивати безпліддя внаслідок механічної перешкоди для транспорту сперми або порушення імплантації за рахунок локальних запальних змін ендометрія.

Вважаючи, що більшість ЕП є доброякісними, можлива очікувана тактика у жінок пременопаузального віку з безсимптомним перебігом і розмірами поліпів менш 1,0 см. Ризик малігнізації загалом невисокий, однак зростає у жінок у постменопаузі, за наявності аномальних маткових кровотеч та супутніх факторів ризику раку ендометрія (1).

Особливої клінічної уваги потребують ЕП у жінок у постменопаузальному періоді, оскільки саме в цій групі підвищується ризик передракових та злоякісних змін. Згідно із сучасними клінічними рекомендаціями, загальний ризик премалігнізації та малігнізації ЕП становить приблизно 0,5–5,4%, однак у певних групах високого ризику може досягати 12–13% (2,4).

У клінічних дослідженнях показано, що серед жінок у постменопаузі ризик малігнізації суттєво залежить від симптоматики. Так, у пацієток із постменопаузальною кровотечею частота злоякісних змін у поліпах тіла матки становить близько 4,5%, у тоді як у безсимптомних жінок — близько 1,5% (3). Це свідчить про важливу прогностичну роль клінічних симптомів у стратифікації ризику.

Важливо зазначити, що, згідно з рекомендаціями SOGC 2024, розмір поліпа сам по собі не має стабільно доведеного зв'язку з ризиком малігнізації. Хоча окремі дослідження припускають вищий ризик при поліпах понад 1,5–2 см, ці дані залишаються суперечливими та не можуть використовуватись як самостійний критерій прогнозу. Значно більшу роль відіграють вік пацієнтки, менопаузальний статус та наявність кровотечі (3).

Щодо відсотка порушень фертильності при ЕП в клінічних дослідженнях зазначено, що серед жінок з безпліддям поліпи ендометрію виявляються у 6–32% випадків (дуже широкий діапазон через різні методи діагностики та групи пацієток). Головний практичний висновок guideline - у жінок з безпліддям гістероскопічне видалення поліпа покращує ймовірність вагітності, причому

незалежно від розміру поліпа, особливо при природному зачатті та внутрішньоматковій інсемінації (4).

Тактика лікування визначається індивідуально. У безсимптомних жінок репродуктивного віку з невеликими поліпами можливе динамічне спостереження, оскільки частина утворень здатна регресувати спонтанно. Проте за наявності симптомів, безпліддя, великих розмірів поліпа або факторів ризику злоякісності рекомендоване оперативне лікування.

«Золотим стандартом» в лікуванні ЕП є гістероскопічна поліпектомія, яка забезпечує прицільне видалення утворення з мінімальною травматизацією ендометрія та низькою частотою рецидивів. Сліпе вишкрібання порожнини матки нині вважається менш ефективним через високий ризик неповного видалення поліпа. У пацієток у постменопаузі або за підозри на атипію особливе значення має ретельне гістологічне дослідження видаленого матеріалу. Подальше лікування має бути відповідно до конкретної гістологічної класифікації гіперплазії ендометрія.

Висновки

Поліпи ендометрія є поширеною гінекологічною патологією, яка може мати як безсимптомний перебіг, так і спричиняти значні клінічні прояви, включаючи аномальні маткові кровотечі та порушення репродуктивної функції.

Своєчасна діагностика та правильний вибір тактики лікування дозволяють мінімізувати ризики ускладнень та злоякісної трансформації.

Найбільш ефективним методом діагностики й лікування залишається гістероскопія з гістологічною верифікацією матеріалу.

Персоналізований підхід до ведення пацієток є ключовим принципом сучасної гінекології.

Список літератури:

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Гіперплазія ендометрія. Наказ МОЗ України 869 від 05.05.2021 року
2. Vitale S.G., Haimovich S., Laganà A.S. et al. Endometrial polyps. An evidence-based diagnosis and management guide. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2021;260:70–77.
3. Bougie O., Randle E., Thurston J. et al. Guideline No. 447: Diagnosis and Management of Endometrial Polyps. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2024;46(3):102402.
4. Orazov M.R., Mikhaleva L.M., Poymanova O.F., Mullina I.A. A review of international and national clinical guidelines for the management of patients with endometrial polyps. *Gynecology*. 2022;24(5):427–431.

СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ТОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ МІКОЗІВ ШКІРИ

Головкін А.В.

Кандидат медичних наук, доцент кафедри дерматовенерології та естетичної медицини

Запорізького державного медико-фармацевтичного університету

Актуальність проблеми. Дерматомікози складають близько 20-25% усіх шкірних захворювань у світі, що потребує ефективних методів локальної терапії. Поширеність вторинних грибкових інфекцій зростає, особливо у пацієнтів з важкими соматичними захворюваннями, які проходять антибактеріальну, цитостатичну та імуносупресивну терапію. Дерматофіти: *Trichophyton*, *Microsporum*, *Epidermophyton* є основними збудниками мікозів стоп, гладенької шкіри, великих складок та оніхомікозів. Дріжджоподібні гриби Рід *Candida* (*C. Albicans*, *C. Tropicalis*, *C. Cruseira* та інші) викликають поверхневі кандидози складок шкіри та слизових оболонок. Плісняві гриби, псевдопатогенні бактерії та кокки, самостійно не можуть уражувати шкірні покриви, слизові оболонки та придатки шкіри, але як вторинна мікрофлора поселяються на зруйнованому епідермісі та пошкодженому кератині. .

Для лікування мікотичних уражень використовуються наступні підходи. Системна терапія антимікотиками до яких входять гризеофульвін, кетоконазол, ітраконазол, тербінафін та флюконазол, застосовується у випадках ураження придатків шкіри, розповсюджені мікози шкіри, коли є ризик ураження волосистої частини голови, або варіанти мікотичних уражень, які важко піддаються місцевому лікуванню. Топічна терапія антимікотиками застосовується у випадках ураження гладенької шкіри, ураження складок шкври, ураження шкіри долоней і підощв, ураження видимих слизових оболонок. Системна антифунгальна (протигрибкова) терапія, що застосовується для лікування глибоких та системних мікозів, часто супроводжується побічними ефектами. Їх вираженість залежить від класу препарату (азоли, полієни, ехінокандини),

дозування та тривалості ліку-вання. Основні побічні ефекти включають шлунково-кишкові розлади, такі як нудота, біль у животі, діарея і здуття живота. Побічні ефекти з боку нервової системи трапляються рідко, але можуть включати головні болі та минущі нейропатії. Можливі зміни показників периферичної крові (лейкопенія, тромбоцитопенія, гіпокаліємія), флебіти при внутрішньовенному введенні та алергічні реакції. Повідомлялося про випадки порушення синтезу ендогенних стероїдів, фригідності та імпотенції при застосуванні азолів. Системне застосування може призвести до дисфункції печінки з підвищенням рівня трансаміназ. У зв'язку з нефротоксичною дією полієнових антибіотиків при внутрішньовенному застосуванні необхідно ретельно контролювати функцію нирок. Азоли та системні полієнові антибіотики не рекомендується застосовувати під час вагітності та годування груддю. Натаміцин може застосовуватися у вагітних і жінок, які годують груддю, а також у ново-народжених.

Переваги топічної терапії. При місцевому застосуванні протигрибкових препаратів відмічається висока концентрація діючої речовини безпосередньо у вогнищі ураження, відсутність системного токсичного впливу, мінімальна кількість лікарських взаємодій, можливість тривалого застосування.

Протигрибкові препарати використовують уже майже століття. Уперше про успішне застосування йодиду калію для лікування дерматофітних інфекцій було повідомлено 1903 року. Протягом наступних 50 років прогрес у розробці протигрибкових засобів був мінімальним, доки 1951 року не з'явився ністатин. У 1956 році було проведено дослідження з оцінки ефективності амфотерицину В, іншого системного препарату. У 1964 році почали використовувати флуцитозин, а в 1970-х роках з'явилися протигрибкові препарати другого покоління, включно з похідними імідазолу (такі як міконазол і кетоконазол). Тридцять років потому як протигрибкові препарати третього покоління з'явилися триазольні сполуки (ітраконазол, флуконазол) і аліламіни (тербінафін, нафтифін).

Класифікація протигрибкових препаратів за хімічною структурою

- Полієнові антибіотики: Ністатин, леворнідазол, натаміцин, амфотерицин В, мікофепін.
- Похідні імідазолу: Міконазол, кетоконазол, ізоконазол, клотримазол, еконазол, тіоконазол, біфоназол, оксиконазол тощо. Тіоконазол відноситься до групи азолів (протигрибкових засобів), а саме до підгрупи похідних імідазолу
- Похідні триазолу: флуконазол, ітраконазол, вориконазол та ін.
- Аліламіни (N-метилнафталіни): Тербінафін, нафтифін.
- Ехінокандини: Каспофунгін.
- Інші групи: Гризеофульвін, аморолфін, циклопірокс та ін.

Механізм дії азолів. Азоли пригнічують активність ферменту 14 α -деметилази, що призводить до порушення синтезу ергостеролу. У клінічній практиці азолові протигрибкові препарати найчастіше використовують для лікування системних мікозів. Азоли ефективні при пероральному або внутрішньовенному прийомі у пацієнтів із грибковими інфекціями, спричиненими *Candida spp.*, включаючи генералізований кандидоз при імунокомпрометованих станах, а також при мікозах, спричинених *Cryptococcus neoformans*, *Microsporum spp.*, *Blastomyces dermatitidis*, *Aspergillus*, *Coccidioides immitis*, *Histoplasma capsulatum*, і *Trichophyton spp.*

Алгоритм лікування мікозів: діагностика, клінічний огляд, мікроскопія лусочок шкіри, підтвердження діагнозу. Інтенсивна фаза - нанесення препарату 1-2 рази на добу. Закріплення - про-довження лікування 1 тиждень після зникнення симптомів. Профілактика - обробка взуття, дотри-мання гігієни.

**ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ МАРКЕРІВ ОНКОГЕНЕЗУ ПРИ
ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСАХ ЕНДОМЕТРІЯ В ПОЄДНАННІ З
МІОМОЮ МАТКИ ТА СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

Земляна Н.А.

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

Земляний Я.В.

кандидат медичних наук, доцент закладу вищої освіти
кафедри кафедри внутрішніх хвороб 1,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Гайдай Н. В.

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

Вступ. Гіперпластичні процеси ендометрія є однією з найбільш актуальних проблем сучасної гінекології через високу поширеність, схильність до рецидивування та потенціал до зляканої трансформації. Особливу увагу привертає поєднання гіперплазії ендометрія з міомою матки, оскільки ці патології мають спільні патогенетичні механізми, зокрема гормональний дисбаланс, порушення процесів проліферації та апоптозу, а також зміни локального імунного мікрооточення. Наявність коморбідної патології може сприяти більш агресивному перебігу захворювання та підвищувати ризик розвитку передракових і неопластичних змін ендометрія.

Мета. Оцінити прогностичне значення маркерів онкогенезу (VEGF-A, Ki-67, APRIL, сурвініну та pPTEN) щодо виникнення рецидивів у пацієток з гіперпластичними процесами ендометрія в поєднанні з міомою матки та соматичною патологією.

Матеріали і методи. Обстежено 52 жінки з ГПЕ в поєднанні з міомою матки та соматичною патологією, які проходили стаціонарне лікування у гінекологічному відділенні КУ «Міська клінічна лікарня №7» м. Запоріжжя. Усім пацієнткам проводили ультразвукове дослідження на апараті “MyLab50” (“Esaote”, Італія) та відеогістероскопію (“Karl Storz”, Німеччина). Вміст маркерів онкогенезу VEGF-A, Ki-67, APRIL, сурвініну та pPTEN у сироватці крові визначали методом імуноферментного аналізу з використанням наборів “Elabscience” (США). Статистичну обробку результатів здійснювали за допомогою пакету програм “Statistica 6.0 for Windows” (StatSoft Inc.).

Результати. Встановлено, що у жінок із ГПЕ та супутньою міомою матки достовірними предикторами рецидивування були підвищення рівня VEGF-A понад 132,75 пг/мл (ВШ=9,38; $p<0,05$) та APRIL понад 39,41 пг/мл (ВШ=8,12; $p<0,05$). У пацієнток менопаузального віку виявлено статистично значуще підвищення рівня Ki-67 порівняно з жінками репродуктивного віку. Натомість у жінок репродуктивного віку спостерігали вищі показники сурвініну та APRIL. Протягом однорічного спостереження рецидиви ГПЕ зареєстровано у 32,4% пацієнток. Отримані результати свідчать про важливу роль маркерів ангиогенезу та клітинної проліферації у формуванні несприятливого перебігу захворювання.

Висновки. Підвищення рівнів VEGF-A та APRIL асоціюється зі зростанням ризику рецидивування ГПЕ у жінок із супутньою міомою матки та соматичною патологією. Для пацієнток менопаузального віку найбільш інформативним предиктором рецидиву є Ki-67, тоді як у репродуктивному віці вагомим прогностичним значенням мають сурвінін та APRIL. Визначення зазначених маркерів може бути використане для стратифікації ризику та оптимізації тактики ведення пацієнток із ГПЕ.

РОЛЬ АНГІОГЕННИХ МАРКЕРІВ У СУЧАСНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ТА ПРОГНОЗУВАННІ ПРЕЕКЛАМПСІЇ

Кириченко М. М.

PhD, асистент кафедри акушерства і гінекології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Дейніченко О. В.

PhD, доцент кафедри акушерства і гінекології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Кириченко Л.В.

лікар акушер-гінеколог

КНП Територіальне медичне об'єднання «Здорова родина» ЗОР

Преєклампсія (ПЕ) залишається одним із найактуальніших викликів сучасного акушерства та є однією з провідних причин материнської і перинатальної захворюваності та смертності у світі [WHO, 2023]. Незважаючи на значний прогрес у вивченні патогенезу цього захворювання, рання діагностика та прогнозування ПЕ залишаються складним клінічним завданням. Саме тому останніми роками значна увага приділяється пошуку біомаркерів, здатних відображати ранні патофізіологічні зміни та сприяти своєчасній стратифікації ризику розвитку ускладнень [Ranjbar A et al., 2023].

Одним із ключових механізмів розвитку ПЕ вважається порушення процесів плацентації на ранніх термінах вагітності. Недостатня інвазія трофобласта та неповне ремоделювання спіральних артерій призводять до плацентарної дисфункції. Наслідком цього є вивільнення в материнський кровотік надлишку антиангіогенних факторів, що сприяють розвитку ендотеліальної дисфункції та інших патофізіологічних змін, характерних для ПЕ [Torres-Torres J et al., 2024; Rana S et al., 2022].

Центральне місце серед сучасних ангіогенних біомаркерів займають плацентарний фактор росту (PlGF) та розчинна fms-подібна тирозинкіназа-1

(sFlt-1). PlGF належить до сімейства судинних ендотеліальних факторів росту та відіграє важливу роль у формуванні й підтриманні плацентарного кровообігу. За умови фізіологічного перебігу вагітності концентрація PlGF поступово зростає протягом першого та другого триместрів, досягаючи максимальних значень наприкінці другого – на початку третього триместру. У жінок із ПЕ рівень PlGF суттєво знижується ще до появи клінічних проявів захворювання, що дозволяє розглядати його як перспективний маркер плацентарної дисфункції [Binder J et al., 2021].

Водночас використання PlGF як ізольованого показника має певні обмеження. Незважаючи на високу чутливість щодо виявлення пацієток із підвищеним ризиком розвитку ПЕ, його специфічність залишається недостатньою для ізольованого застосування в клінічній практиці. Зниження концентрації PlGF відображає порушення функціонального стану плаценти, однак не завжди дозволяє достовірно прогнозувати тяжкість перебігу захворювання або терміни його маніфестації [Westerberg AC et al., 2024].

Іншим важливим ангіогенним маркером є sFlt-1 – циркулююча форма рецептора до судинного ендотеліального фактора росту (VEGF) та PlGF. Даний білок зв'язує проангіогенні фактори та пригнічує їх біологічну активність, сприяючи формуванню антиангіогенного середовища. Встановлено, що концентрація sFlt-1 починає зростати за декілька тижнів до появи клінічних симптомів ПЕ та корелює з тяжкістю захворювання, вираженістю артеріальної гіпертензії та протеїнурії [Verlohren S et al., 2022]. Разом із тим ізольоване визначення рівня sFlt-1 також має обмежену прогностичну цінність, оскільки значне підвищення його концентрації найчастіше реєструється вже після 20 тижнів вагітності.

Найбільшу клінічну цінність має співвідношення sFlt-1/PlGF, яке сьогодні розглядається як один із найбільш інформативних інструментів прогнозування та діагностики ПЕ. Підвищення цього показника відображає розвиток ангіогенного

дисбалансу та плацентарної дисфункції. Встановлено, що значення $sFlt-1/PlGF \leq 38$ дозволяє з високою точністю виключити розвиток ПЕ протягом наступного тижня, тоді як показник >38 асоціюється з підвищеним ризиком маніфестації захворювання протягом найближчих чотирьох тижнів [Antonia Lorenz-Meyer L et al., 2024; Verlohren S et al., 2022]. Висока діагностична та прогностична цінність цього співвідношення сприяла його широкому впровадженню у сучасну акушерську практику.

На сьогодні ангіогенні маркери розглядаються як важливий інструмент сучасного акушерства, який дозволяє покращити оцінку ризику розвитку ПЕ, уточнити прогноз перебігу захворювання та оптимізувати тактику ведення вагітності. Водночас жоден із наявних біомаркерів не може повністю замінити комплексну клінічну оцінку пацієнтки. Найбільшої ефективності їх використання досягають у поєднанні з аналізом факторів ризику, клінічних проявів захворювання, даних ультразвукового дослідження та доплерометрії. Саме інтегрований підхід забезпечує найбільш точну стратифікацію ризику та сприяє своєчасному прийняттю клінічних рішень [Denoble AE & Pettker CM, 2023].

Висновки

Прееклампсія залишається одним із найбільш небезпечних ускладнень вагітності, патогенез якого тісно пов'язаний з порушенням процесів ангіогенезу та розвитком плацентарної дисфункції. Найбільш перспективними ангіогенними маркерами є $PlGF$ та $sFlt-1$, зміни концентрації яких відображають розвиток патологічних процесів ще до появи клінічної симптоматики. Найвищу клінічну цінність має співвідношення $sFlt-1/PlGF$, яке дозволяє покращити ранню діагностику, прогнозування та стратифікацію ризику розвитку прееклампсії. Водночас ангіогенні маркери слід розглядати не як альтернативу клінічному обстеженню, а як його важливе доповнення, що підвищує точність оцінки індивідуального ризику, сприяє своєчасному прийняттю клінічних рішень та персоналізації ведення вагітних груп ризику.

ЗАСТОСУВАННЯ АНТИОКСИДАНТНИХ ПРЕПАРАТІВ В ТЕРАПІЇ КОВІДНОЇ ІНФЕКЦІЇ ТА ЇЇ УСКЛАДНЕНЬ

Коваленко А.Ю.

Аспірант кафедри дерматовенерології та естетичної медицини

Запорізького державного медико-фармацевтичного університету

Перебіг та ускладнення ковідної інфекції в значній мірі пов'язані із явищами запалення, гіперкоагуляційним станом, поліорганною патологією, притаманним для даної нозології. Патогенетичне обґрунтування зазначених процесів полягає у розвитку оксидативного стресу, спричиненого підвищеним рівнем інтерлейкіну-6 (IL-6) та фактора некрозу пухлини α (TNF- α), а також зниженим рівнем інтерферону α та інтерферону β (IFN- α , IFN- β), які є головними «акторами» даного захворювання.

Насправді, відомо, що згідно позиції Центрів контролю та профілактики захворювань (CDC), повне одужання від COVID-19 визначається як зникнення лихоманки за відсутності жарознижувальної медикаментозної терапії разом зі зникненням респіраторних симптомів. Відновлення адекватності імунної відповіді та низки станів постковідних ускладнень, що виникають на тлі зміненого імунітету, на сьогоднішній день остаточно не доведені. В наукових дослідженнях показано, що підвищення концентрації IL-6 у плазмі крові тісно пов'язані з тенденцією до розвитку тяжкого перебігу ковідної інфекції, потребою в штучній вентиляції легень та дихальною недостатністю. Статистично оптимальний прогностичний поріг для концентрації IL-6 у плазмі крові було визначено на рівні 80 пг/мл.

В той же час при телогеновій алопеції той же IL-6 виступає важливим прозапальним цитокином. Його високий рівень вказує на системний запальний процес, який є головним тригером, що стимулює стан переходу волосяних фолікулів з фази росту (анагену) у фазу спокою (телоген), а в подальшому призводить до масового випадіння волосся.

Враховуючи дані, що свідчать про здатність глутатіону пригнічувати реплікацію вірусу, знижувати рівень ІЛ-6 у пацієнтів з вірусом імунодефіциту людини та туберкульозом, доцільним було рішення стосовно застосування глутатіону в якості додаткової терапії при лікуванні ковідної інфекції. Декілька публікацій свідчать про ефективність застосування перорального та внутрішньовенного прийому глутатіону та його попередників (N-ацетилцистеїну) та альфа-ліпоєвої кислоти, які допомогли у вирішенні проблеми «синдрому цитокінового шторму» та респіраторного дистресу у пацієнтів з пневмонією, спричиненою COVID-19. Серія випадків з десяти пацієнтів, хворих на COVID-19 у Джакарті та Тангеранзі (Індонезія), які щодня отримували високу дозу вітаміну D та глутатіону, демонструють більш швидке одужання, протягом 5-7 днів лікування, у всіх пацієнтів був підтверджений негативний результат стосовно зазначеної інфекції.

Отримані дані стосовно позитивного впливу на перебіг та наслідки ковідної інфекції, до яких відносять і телогенову алопецію, формують теоретичний ланцюг: COVID-19 – ускладнення – телогенова алопеція – терапія хворих на COVID-19 із застосуванням допоміжних препаратів, в тому числі антиоксидантного напрямку – терапія телогенової алопеції із призначенням допоміжних препаратів, що потребує подальшого дослідження.

Таким чином, досвід застосування антиоксидантної терапії суміжними спеціалістами, з точки зору дерматології (трихології) в напрямку допомоги в одужанні хворих на телогенову постковідну алопецію, – має певне наукове підґрунтя та потребує подальшого дослідження, розробок методик лікування та оцінки їх ефективності.

ОЦІНКА СПРИЙНЯТОГО СТРЕСУ У ЖІНОК З КЛІНІКОЮ НЕВИНОШУВАННЯ В РАНЬОМУ ТЕРМІНІ ВАГІТНОСТІ

Копос Д.М.

Аспірант кафедра акушерства та гінекології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Перше місце серед викликів сьогоденного сучасного акушерства посідає «втрата вагітності на ранніх термінах». Серед невиношування вагітності провідне місце займає загроза викидня, яка в свою чергу на відноситься до втрат вагітності. Викидень – поширена проблема сучасного акушерства. До третини всіх вагітностей в світі завершуються викиднем у ранньому терміні. Більша частка викиднів припадає на перші 14 тижнів гестації і тільки 1-2 % випадків втрати вагітності трапляється після 14 тижнів. Фактори ризику викидня охоплюють старший вік батьків, хронічні захворювання (серцево-судинні захворювання, ендокринопатії та метаболічні розлади), використання тератогенних лікарських засобів та/або психоактивних речовин, вплив навколишнього середовища (іонізуючого випромінювання, свинцю, забруднення повітря тощо). Вік матері > 35 років є найбільш значущим фактором ризику через достовірний зв'язок старшого віку матері з хромосомними аномаліями плода. Незалежно від віку матері, попередній викидень підвищує ризик повторної втрати вагітності.

Вивчення посттравматичних стресових розладів у жінок демонструють значущість, тяжкість та незворотність медико-соціальних наслідків для жінок. Майже у половини жінок, які перенесли хронічний стрес виявленні психоневрологічні порушення, що в свою чергу має негативний вплив на репродуктивне здоров'я, що проявляється аномальними матковими кровотечами, різного роду порушеннями менструального циклу (МЦ). Так, у ЦНС під дією хронічного стресу відбувається посилене виділення ендогенних опіатів та зменшення синтезу дофаміну, внаслідок чого посилюється синтез гормону стресу.

Незважаючи на значну кількість досліджень у сфері впливу хронічного стресу на репродуктивну функцію жінки, на сьогодні достеменно не з'ясовано всі етіопатогенетичні ланки стрес-індукованого гормонального ланцюга, зокрема, вплив хронічного стресу на репродукцію жінок.

Мета роботи: оцінити рівень сприйняття стресу у жінок з невиношуванням у ранньому терміні вагітності.

Матеріали та методи

Дослідження проводилось серед 29 жінок з одноплідною вагітністю, перебіг гестації яких ускладнився невиношуванням у ранньому терміні вагітності. Вік пацієнок варіював від 18 до 45 років. Середній вік склав $31,08 \pm 6,43$ років, термін вагітності $8,94 \pm 0,61$ тижні. Оцінка переживання рівня стресу проводилась за допомогою шкали Perceived Stress Scale, 10-item version, PSS-10.

Дослідження проводився на базі КНП «Міська лікарня №9» ЗМР та відповідно до “Загальної декларації про біоетику та права людини” ЮНЕСКО й принципів біоетики Гельсінської декларації. Жінки давали письмову згоду на участь в дослідженні. Результати дослідження оброблені з використанням ліцензійної програми «STATISTICA».

Отримані результати та висновки

Стан помірного напруження виявлено за шкалою оцінки переживання стресу PSS мали 65,5% жінок, низький рівень стресу визначався в 10,3% вагітних, а високий – 24,2%, медіанне значення 22.0; [Q1: 18.0; Q3: 26.5].

Враховуючи результати дослідження можна зробити висновки, що у жінок з невиношуванням у ранньому терміні вагітності у кожному 4-му випадку мав місце високий рівень переживання стресу. Саме тому, діагностика порушень психологічного стану, зокрема, оцінка переживання стресу у даного контингенту жінок створить умови для своєчасного консультування психолога/психотерапевта.

РОЛЬ ФЕРОПТОЗУ ТА ВПЛИВ ЕНДОМЕТРІОЗУ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ

**Лахно І. В., Коровай С. В., Дьоміна О. В., Сикал І. М.,
Ромаєва В. П., Шаповал Д. М., Пак С. О.**

Харківський національний медичний університет,
кафедра акушерства та гінекології №3

Фероптоз – це нещодавно описана форма регульованої клітинної смерті, яка принципово відрізняється від апоптозу та аутофагії. Вона характеризується залізо залежним перекисним окисненням ліпідів у клітинних мембранах. У контексті репродукції багато патологічних станів пропонується розглядати як «фероптопатії» – хвороби, спричинені порушенням гомеостазу заліза та надмірним фероптозом [1].

З моменту появи фероптозу в 2012 році дослідження все частіше пов'язують цей процес з різними репродуктивними патологіями. Це свідчить про те, що багато ускладнень вагітності можуть бути клінічними проявами основної «фероптопатії» – захворювання, зумовленого порушенням гомеостазу заліза [2]. Здійснення фероптозу залежить від трьох основних ознак: перевантаження залізом, перекисне окислення ліпідів та збій антиоксидантної системи. Надлишок внутрішньоклітинного двовалентного заліза (Fe^{2+}) каталізує реакцію Фентона, генеруючи високотоксичні гідроксильні радикали, які ініціюють каскади перекисного окислення ліпідів. Поліненасичені жирні кислоти у клітинних мембранах окислюються ліпоксигеназами або неферментативними реакціями, що призводить до пошкодження мембран та загибелі клітин. Виснаження глутатіону (GSH) або інактивація глутатіонпероксидази 4 (GPX4), основного ферменту, відповідального за нейтралізацію ліпідних пероксидів, робить клітини вразливими до летального оксидативного пошкодження. На материнсько-плодовому інтерфейсі трофобласти особливо схильні до фероптозу, оскільки вони природно містять високі концентрації заліза для задоволення потреб плода.

Отже, фероптоз зумовлений: накопиченням заліза → реакцією Фентона → активними формами кисню (АФК); перекисним окисленням ліпідів поліненасичених жирних кислот (ПНЖК); порушенням антиоксидантного захисту (наприклад, системи осі $xс^-$ /GSH/GPX4) [3]. Нещодавні дані з джерел свідчать про те, що зв'язок між ендометріозом та вагітністю набагато складніший, ніж вважалося раніше, включаючи значні акушерські ризики та спільні патофізіологічні механізми, такі як фероптоз.

Протягом тривалого часу вважалося, що вагітність має «лікувальний» вплив на ендометріоз, призводячи до регресії вогнищ. Проте сучасні дані свідчать, що децидуалізація ендометріюїдних гетеротопій під час вагітності може спричинити їхнє збільшення в об'ємі, провокувати кровотечі або навіть розрив ендометріом [4].

Жінки з ендометріозом мають значно вищий відносний ризик (ВР) акушерських ускладнень [5]. Ризик передлежання плаценти зростає майже втричі (ВР=2,99). Ризик спонтанної внутрішньочеревної кровотечі вищий у 24,6 рази. Ризик передчасних пологів підвищений на 46% (ВР=1,46). Відомо збільшення ризику прееклампсії на 19 % (ВР=1,19).

Насьогодні вже відомі механізми впливу надмірного вмісту заліза на ооцити та ранню вагітність [6]. У жінок з ендометріозом ретроградна менструація призводить до накопичення надлишку заліза в перитонеальній та фолікулярній рідині. Це створює токсичне мікросередовище. Надлишок заліза запускає фероптоз у гранульозних клітинах, що призводить до незрілості ооцитів та зниження їхньої якості. Локальне перевантаження залізом пошкоджує мітохондрії ембріона, знижує рівень захисного ферменту GPX4 та може призвести до загибелі ембріона ще до імплантації.

Одним із ключових механізмів розвитку прееклампсії є недостатня інвазія трофобласта у спіральні артерії матки. Запропоновано модель, згідно з якою фізіологічний сплеск кисню та заліза на 8–10 тижні вагітності (гіпоксія-

реперфузія) запускає надмірний фероптоз у трофобласті [7]. У пацієток із преєклампсією спостерігаються підвищені рівні сироваткового заліза та малонового діальдегіду, що підтверджує наявність фероптотичного стану.

При звичному невиношуванні часто виявляють локальне відкладення заліза у децидуальній оболонці, навіть якщо системні рівні заліза залишаються низькими [8]. Біоінформаційний аналіз ідентифікував 5 ключових генів, пов'язаних із фероптозом (SRC, KRAS, RELA, MAPK1, STK11), які порушують функцію ендометрія та імунний ландшафт, що веде до звичної втрати вагітності.

Відомо кілька шляхів мінімізації негативного впливу фероптозу. Основними стратегіями уникнення наслідків цього процесу є фармакологічне інгібування, зміцнення антиоксидантного захисту та контроль надходження заліза в організм. Серед них – обмеження вживання добавок заліза. Вагітним без анемії рекомендується приймати не більше 60 мг заліза на день або через день, щоб уникнути локальної токсичності [9].

Для безпосереднього блокування фероптозу вчені пропонують застосування специфічних інгібіторів. Такі сполуки, як Ferrostatin-1 (Fer-1) та Liproxstatin-1, ефективно пригнічують перекисне окиснення ліпідів у клітинах плаценти та децидуальної оболонки. У дослідженнях на тваринах Fer-1 покращував виживання плодів при штучних абортах [10].

Хелатори заліза – це препарати, що зв'язують надлишок вільного заліза (наприклад, дефероксамін, деферипрон), зменшують внутрішньоклітинний пул заліза, доступного для реакції Фентона, тим самим зупиняючи каскад пошкоджень. Природні сполуки – це рослинний компонент куркумін також може діяти як хелатор заліза, захищаючи клітини від оксидативного стресу. Задля антиоксидантної підтримки використовують такі сполуки, як кверцетин, селен, вітаміни E та D. Вони продемонстрували здатність підвищувати рівень GPX4 та захищати плаценту в експериментальних моделях [1]. Головним механізмом захисту клітини від фероптозу є фермент GPX4. Сучасна концепція профілактики

включає засоби, що підвищують його активність. Селен є необхідним для синтезу селенопротеїнів, зокрема GPX4. Кверцетин – це потужний антиоксидант, який сприяє інвазії трофобласта та підвищує рівень глутатіону, що особливо важливо для профілактики прееклампсії. Альфа-ліпоева кислота знижує рівень оксидативного стресу та покращує репродуктивні результати при нез'ясованому звичному невиношуванні. Вітамін Е безпосередньо зупиняє окиснення ліпідів у мембранах, а вітамін D активує захисні сигнальні шляхи (Nrf2), зменшуючи вразливість клітин до фероптозу.

Останні дослідження вказують на потенціал регуляції специфічних генів для запобігання фероптозу. Вплив на такі гени, як C1SD2 (захищає мітохондрії) або ALKBH5, може в майбутньому стати основою для терапії, що «рятує» трофобласти від передчасної загибелі. Вивчення препаратів на кшталт модифікованих пігулок Shoutai, які в експериментах знижували відкладення заліза та підвищували рівень GPX4, відкриває нові комбіновані шляхи лікування [2].

Реалізація індивідуалізованого підходу базується на створенні спеціальних уніфікованих протоколів для жінок з ендометріозом, яких наразі не існує. Проте рекомендується ретельний моніторинг системи гемостазу та ранній скринінг на прееклампсію.

Висновок. Фероптоз є центральною ланкою в патогенезі ендометріозу, прееклампсії та втрат вагітності. Розуміння цих молекулярних механізмів відкриває нові можливості для персоналізованої терапії та покращення репродуктивних наслідків.

Література.

1. Kobayashi H, Imanaka S, Yoshimoto C, Matsubara S, Shigetomi H. Role of autophagy and ferroptosis in the development of endometriotic cysts (Review). *Int J Mol Med*. 2024 Sep;54(3):78. doi: 10.3892/ijmm.2024.5402.

2. Shao Y, Zhang N, Xu T, Zhao M, Liu K. Ferroptosis in Obstetrical and Gynecological Diseases: A Mini Review. *Front Biosci (Landmark Ed)*. 2024 Aug 16;29(8):282. doi: 10.31083/j.fbl2908282.
3. Mao R, Yin D, Lv W, Wang D, Ouyang Y, Zhou C, Liu J, Li S, Zhu Y, Yu P, Liao H, Peng C. Iron: A double-edged sword of female reproductive health. *J Trace Elem Med Biol*. 2026 Feb;93:127808. doi: 10.1016/j.jtemb.2025.127808.
4. Sorrentino F, DE Padova M, Falagario M, D'Alteri O MN, DI Spiezio Sardo A, Pacheco LA, Carugno JT, Nappi L. Endometriosis and adverse pregnancy outcome. *Minerva Obstet Gynecol*. 2022 Feb;74(1):31-44. doi: 10.23736/S2724-606X.20.04718-8.
5. Hsu JZ, Ding DC. Association between endometriosis and pregnancy complications: A nationwide retrospective analysis (2000-2021). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2025 Nov;314:114704. doi: 10.1016/j.ejogrb.2025.114704.
6. Liu M, Wu K, Wu Y. The emerging role of ferroptosis in female reproductive disorders. *Biomed Pharmacother*. 2023 Oct;166:115415. doi: 10.1016/j.biopha.2023.115415.
7. Ng SW, Norwitz SG, Norwitz ER. The Impact of Iron Overload and Ferroptosis on Reproductive Disorders in Humans: Implications for Preeclampsia. *Int J Mol Sci*. 2019 Jul 4;20(13):3283. doi: 10.3390/ijms20133283.
8. Huang Y, Zhang D, Zhou Y, Peng C. Causal Relationship Between Abortion and Endometriosis: A Bidirectional Two-Sample Mendelian Randomization Study. *Am J Reprod Immunol*. 2025 Mar;93(3):e70064. doi: 10.1111/aji.70064.
9. Wyatt J, Fernando SM, Powell SG, Hill CJ, Arshad I, Probert C, Ahmed S, Hapangama DK. The role of iron in the pathogenesis of endometriosis: a systematic review. *Hum Reprod Open*. 2023 Jul 27;2023(3):hoad033. doi: 10.1093/hropen/hoad033.

10. Ni C, Li D. Ferroptosis and oxidative stress in endometriosis: A systematic review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. 2024 Mar 15;103(11):e37421. doi: 10.1097/MD.00000000000037421.

ПСОРІАТИЧНА ЕРИТРОДЕРМІЯ: ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ВЕДЕННЯ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Лісницька О.А.

Лікар-дерматовенеролог приватного Центру

Михасик С.В.

Лікар-дерматовенеролог приватного Центру

Светашов О.М.

Лікар-дерматовенеролог приватного Центру

Псоріаз є хронічним імуноопосередкованим захворюванням, лікування якого часто перетворюється на справжній виклик для практичного спеціаліста. Особливо, коли мова йде про тяжкий, резистентний перебіг дерматозу – стан еритродермії. Не останню роль в розвитку даного патологічного процесу відіграє не коректне попереднє лікування, у тому числі із тривалим застосуванням топічних\системних кортикостероїдів.

Представлений випадок 56-річного пацієнта, що хворіє на псоріаз протягом останніх 16 років. Анамнез обтяжений - у дідуся було встановлено аналогічний діагноз. Пацієнт отримував декілька років тому стаціонарну допомогу, рутинно використовував емоменти та топічні кортикостероїди при загостренні. Однак 2 місяці тому на тлі значного стресового стану хворий відзначив високу активність загострення: численні папули від міліарних до бляшок, вкриті сріблясто-білим лущенням на поверхні, псоріатична тріада позитивна. Після звернення до сімейного лікаря, пацієнт розпочав лікування системними кортикостероїдами, що спочатку викликало кардинальне покращення стану, а потім відразу після швидкої, різкої відміни – зворотню реакцію у вигляді тотального ураження шкірних покривів. На момент огляду – патологічний процес в межах майже 90 % поверхні тіла, шкіра яскраво-червона, набрякла, інфільтрована, наявне активне суцільне лущення на тулубі, кінцівках, скальпі. Загальний стан також зазнав змін – підвищення температури до 37,7⁰С, слабкість, втрата апетиту.

Враховуючи вищезазначене першочерговим завданням є зменшення активності запалення, для чого знову доцільним є застосування кортикостероїдів, але згідно коректного алгоритму, тобто коротким курсом у вигляді «терапії невідкладного стану». У довгостроковій перспективі гормональні засоби не є доцільними, а навпаки заганяють пацієнта у «глухий кут» відсутності подальших лікувальних можливостей. Саме тому, стоїть нагальна потреба після швидкого курсу глюкокортикостероїдів, вибору цитостатичних або імунобіологічних агентів. Найбільш дослідженим залишається метотрексат, який у поєднанні із таргетною терапією має ряд практичних переваг: від їх синергічної фармакологічної взаємодії до зменшення фінансового навантаження на пацієнта.

Таким чином, явище псоріатичної еритеродермії є нестандартним кейсом, що потребує неординарного вирішення проблеми. При даному процесі застосування імунобіологічної терапії, а також її комбінація з цитостатичними препаратами у пацієнтів із тяжкими формами захворювання є ефективним і клінічно обґрунтованим підходом. Така стратегія дозволяє досягти кращого контролю запального процесу, підвищити частоту клінічної ремісії та покращити якість життя пацієнтів у порівнянні з традиційною монотерапією.

ІН'ЄКЦІЙНІ МЕТОДИКИ В ЛІКУВАННІ АНДРОГЕНЕТИЧНОЇ АЛОПЕЦІЇ

Макуріна Г.І.

Доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри дерматовенерології та
естетичної медицини

Запорізького державного медико-фармацевтичного університету

Гамова Д.А.

Аспірант кафедри дерматовенерології та естетичної медицини

Запорізького державного медико-фармацевтичного університету

Андрогенетична алопеція є однією з найпоширеніших патологій волосся, яка спостерігається майже у 80% чоловіків та 50% жінок у віці до 70 років та має важливе медико-соціальне значення. Незважаючи на певні досягнення у вивченні даної нозології, як в межах визначення клінічних особливостей, так і в напрямку визначення патогенетичних механізмів, але пошук нових, більш сучасних методів лікувальної тактики, безумовно залишається с полі зору лікарів, в першу чергу дерматовенерологів. Основними патогенетично обґрунтованими лікарськими засобами в терапії пацієнтів із андрогенетичною алопецією – є міноксидил та фінастарид. Місцеві ускладнення від застосування топічного міноксидилу у вигляді контактного дерматиту, незручність щоденного, часто двічі на добу, нанесення препарату – знижують комплаєнс даного засобу. Високий ризик розвитку гіпертрихозу, ускладнення у вигляді порушення статевої функції – обмежують застосування системного міноксидилу та фінастериду відповідно.

Саме тому увагу лікарів все більше привертають малоінвазивні методики за типом внутрішньовогнищевих інєкцій препаратів різного напрямку, наприклад введення плазми, збагаченої тромбоцитами (PRP), мезотерапія, внутрішньошкірне введення дутастериду та ботокс. Метод доставки діючої

речовини безпосередньо у проблемну ділянку дозволяє в значній мірі обходити системний кровообіг, концентруючи терапевтичний ефект на шкірі голови.

Плазма, збагачена тромбоцитами (PRP), коли для досягнення терапевтичної відповіді використовуються власні концентровані тромбоцити пацієнта для вивільнення факторів росту, що покращує здоров'я фолікулів. Техніка введення напшау нескладна, полягає у проведенні точкових мікроін'єкцій (зазвичай в кількості 0,2-0,3 мл), розташованих на відстані приблизно 1 см одна від одної, у глибокі шари дерми, зазвичай включає сеанси кожні 3–4 тижні для отримання початкової фази завантаження, а потім підтримуючі процедури кожні 6–12 місяців.

Мезотерапія – включає ін'єкції мікродоз поживних коктейлів, що містять вітаміни, амінокислоти та антиандрогени, безпосередньо в тканини шкіри голови. Застосовується техніка поверхневого або глибокого напшау або мікропапули, часто в поєднанні з мікронідлінгом шкіри голови для покращення всмоктування продукту.

Внутрішньошкірний дутастерид – антиандроген, який активно пригнічує вироблення дигідротестостерону на рівні фолікулів. При проведенні процедури невеликі точкові ін'єкції розташовують по всій маківці та лобовій ділянці. Ділянки, зазвичай повторюється кожні 3 місяці через тривалий період напіввиведення.

Ботулотоксин (ботокс) розслаблює м'язи шкіри голови, що зменшує напругу, покращує мікросудинний кровотік та обмежує мініатюризацію фолікулів, пов'язану з гормональними порушеннями. Техніка проведення процедури: внутрішньошкірні ін'єкції безпосередньо в області лисини, поряд з внутрішньом'язовими ін'єкціями у скроневі, потиличні та періаурикулярні м'язи. Ці методи лікування рідко використовуються як монотерапія; дерматологи зазвичай поєднують їх зі стандартними методами лікування, такими як місцевий

або пероральний міноксидил. В той же час, пошук нових, більш ефективних, методів лікування – підвищить прихильність людини до лікування.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВУЗЬКОСМУГОВОЇ UVB-ФОТОТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ПСОРИАЗУ: ВПЛИВ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ

Міхневич О.В.

Завідувач поліклінічним відділенням, лікар-дерматовенеролог
Навчально-наукового медичного центру «Університетська клініка»
Запорізького державного медико-фармацевтичного університету

Москаленко О.М.

лікар-дерматовенеролог поліклінічного відділення
Навчально-наукового медичного центру «Університетська клініка»
Запорізького державного медико-фармацевтичного університету

Псоріаз залишається найбільш досліджуваною та фенотипово впізнаваною дерматологічною нозологією. Сучасні підходи до лікування передбачають як топічну, так і системну терапію. Розвиток останньої досягнув значного рівня, особливо в контексті імунобіологічної терапії та впровадження сучасних схем їх комбінації із цитостатичними засобами. Серед різних лікувальних алгоритмів, застосування фототерапії у веденні псоріатичної хвороби є неінвазивною, проте ефективною альтернативою.

Варто зазначити, що даний дерматоз за рахунок видимості ефлорисценцій для загалу, значно впливає на якість життя пацієнтів, змінює структуру циркадних ритмів, сприяє появі тривожних та депресивних розладів. Саме тому пошук безпечних процедур з помітною клінічною ефективністю щодо розрешення елементів висипки є терапією вибору як в коротко-, так і довгостроковій перспективі її застосування.

На базі поліклінічного відділення Навчально-наукового медичного центру «Університетська клініка» Запорізького державного медико-фармацевтичного університету було обстежено 15 пацієнтів із зимовим типом псоріатичної хвороби. Після клінічної верифікації діагнозу та погодження із рекомендаціями щодо фототерапії в кабіні «Псоралайт» з довжиною UVB хвилі 311 нм, усім

представникам досліджуваної вибірки було запропоновано анкетування згідно опитувальника дерматологічного індексу якості життя (DLQI). Протокол проведення даної процедури та узгодження дозування відбувалось з урахуванням як персоніфікованих фенотипових особливостей пацієнта, коморбідних станів, так і загальних рекомендацій чинного уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги щодо лікування псоріазу та псоріатичної артропатії № 762 від 20.11.2015.

Контрольна точка щодо оцінки ефективності фототерапії була визначена як 30-й сеанс, який включав проведення повторного фінального опитування досліджуваної когорти щодо наявності/відсутності динамічних змін якості життя. Так, медіанне значення до початку лікування серед респондентів становило 12 (8-16), що відповідало значному впливу на щоденне функціонування таких пацієнтів. У той же час, результати фінального опитування продемонстрували статистично достовірне зниження медіани індексу DLQI – 7 (4-10) ($p < 0,05$). Отримані результати свідчать про мінімізацію активного негативного впливу на якість життя саме за рахунок ефективного немедикаментозного лікування.

Саме тому, вузькосмугова UVB-фототерапія є важливим і клінічно обґрунтованим методом лікування псоріатичної хвороби, що забезпечує ефективний протизапальний, протисвербіжний ефект та є доцільною альтернативою або доповненням до топічного чи системного лікування.

БАЛАНІТ ЗУНА: ВІД КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ДО ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ

Платонов С.І.

Кандидат медичних наук, лікар-дерматовенеролог

Дерматовенерологічного поліклінічного відділення

Комунального некомерційного підприємства «Обласна інфекційна клінічна
лікарня» Запорізької обласної Ради

Юнацька Т.А.

Лікар-дерматовенеролог

Дерматовенерологічного поліклінічного відділення

Комунального некомерційного підприємства «Обласна інфекційна клінічна
лікарня» Запорізької обласної Ради

Баланіт Зуна згідно літературних джерел та практичних спостережень реєструється не часто, хоча даний процес вважається великим імітатором захворювань як запального, так і неопластичного генезу. Зазвичай дана патологія представлена у чоловіків середнього віку та тривалим малосимптомним перебігом. Саме тому, розуміння клінічних проявів та підходів до діагностики баланітів є важливим етапом безперервності навчання практичних спеціалістів-дерматовенерологів.

На клінічний огляд у поліклінічне відділення Комунального некомерційного підприємства «Обласна інфекційна клінічна лікарня» Запорізької обласної Ради звернувся пацієнт 59 років зі скаргами на появу висипу в межах голівки стаєвого члена та вінцевої борозни, що супроводжувався суб'єктивним дискомфортом у вигляді печіння та незначного зуду. Зі слів пацієнта відомо, що тривалість цих змін складає близько 3-4 місяців. До спеціалістів попередньо хворий не звертався, самостійно використовував примочки із фізіологічним розчином та засоби народної медицини. Врешті, такий лікувальний підхід не сприяв покращенню шкірного процесу. Пацієнт

обстежений щодо ВІЛ, сифілісу та гепатитів – усі обстеження представлені негативними результатами. Мікроскопічне дослідження мазка біологічного матеріалу з уретри – без ознак запального чи інфекційного процесу. На момент огляду на шкірі голівки статевого члена, вінцевої борозни наявна еритематозна бляшка яскраво-червоного кольору з легким помаранчевим відтінком, гладкою поверхнею та тенденцією до кровоточивості. Після візуального огляду нозологічний диференційний перелік виглядав наступним чином: баланіт не ідентифікованого генезу, червоний вовчак, еритроплакія Кейра. Дерматоскопічне дослідження зафіксувало на безструктурному червоному тлі з помаранчевим відтінком специфічний судинний патерн у вигляді їх звивистої та «сперматозоїд-подібної» конфігурації. Однак, питання діагностики та чіткої верифікації діагнозу стоїть досить гостро, адже потенційно варто виключати неопластичний процес. «Золотим стандартом» остаточного підтвердження клінічного діагнозу є морфологічна діагностика. Проведена панч-біопсія, результати якої визначили діагноз «Баланіт Зуна». Відповідно до стандартних терапевтичних рекомендацій, першим кроком стало призначення топічних кортикостероїдів та інгібіторів кальциневрину. Однак, варто пам'ятати, що гігієнічні заходи та, у медикаментозно резистентних випадках, оперативне втручання у вигляді циркумцизії, є додатковими лікувальними заходами.

Таким чином, розуміння клініко-дерматоскопічних особливостей баланіту Зуна має важливе значення для своєчасної діагностики, коректної диференціації даного патологічного процесу. Це, у свою чергу, сприятиме уникненню необгурнтованих інвазивних чи медикаментозних призначень, а також позитивно впливатиме на якість життя таких пацієнтів.

ПІСЛЯПОЛОГОВА ДЕПРЕСІЯ: ВПЛИВ НА ФІЗИЧНИЙ, ЕМОЦІЙНИЙ ТА КОГНІТИВНИЙ СТАН

Онопченко С.П., Кириченко М.М.

Кафедра акушерства і гінекології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Період вагітності — це не лише фізіологічні зміни які пов'язані з розвитком плода, а й глибокі психологічні трансформації в житті кожної жінки. Вагітність розглядається як «критичний» або «перехідний» етап, коли організм і психіка пристосовуються до нових умов. [Гопалан П. та ін., 2022]. Майже 80% матерів відчувають депресивний настрій ("baby blues" - "післяпологова туга") після народження дитини, і це є нормальним явищем. Після народження дитини стан приблизно 10-20% жінок відповідає діагностичним критеріям післяпологової депресії. Частота післяпологового психозу, що потребує госпіталізації, складає приблизно 1-2 на 1000 пологів. Зокрема, близько 50% випадків післяпологової депресії залишались не діагностованими. Крім того, більшість жінок, які страждають депресією після пологів, переважно не звертаються за допомогою. Це пов'язано зі страхом соціальної стигматизації та специфічними психопатологічними порушеннями у вигляді різноманітних соматичних симптомів, емоційної нестійкості, труднощів, пов'язаних із доглядом за дитиною. До психічних розладів у післяпологовому періоді належать: материнська меланхолія, післяпологова депресія, післяпологовий психоз. [Річардсон Е., та ін., 2025].

Специфіка післяпологового періоду полягає в тому, що жінки часто останніми тижнями вагітності, в сучасній культурі, знаходяться в умовах відносної депривації. Якщо вагітність ускладнена, цей період продовжується і іноді призводить до сімейних проблем, що діють на вагітну психогенно. Потім слідує власне період пологів з його тривогою, болем, стресом очікування. Далі -

перший контакт з дитиною, її годування, які можуть перериватись з причин як наркозу у вагітної, так і хвороби дитини [Лю Й., Чжан Л., Го Н., Цзян Х., 2021].

Під пологовою або післяпологовою депресією розуміють епізод великої депресії, що розвивається протягом шести тижнів після пологів. Хоча післяпологова депресія є досить поширеним явищем, її діагностика та лікування відбуваються лише у випадках, що безпосередньо загрожують життю дитини або матері. Як правило, післяпологова депресія починається в перші дні або перші 2 тижні після пологів і продовжуються від 1 до 6 – 7 місяців. [Чо Х, Лі К, Чой Е. та інш. 2022].

Вагітність включає численні фізіологічні зміни, включаючи гормональні коливання, які можуть впливати на психічне благополуччя вагітних та жінок після пологів. Тривога, депресія та стрес – поширені психічні розлади після травматичних подій, проте їх часто ігнорують. [Shetty A, Issac A, Dhiraaj S, та інш., 2025].

Природні фізіологічні, соматичні зміни, які виникають у жінок у зв'язку з вагітністю, створюють фон, на якому легко розвиваються нервово-психічні розлади. Їх частота може бути досить високою, майже до 40%. Серед причин, які викликають межові нервово-психічні розлади у вагітних, найбільш часто відзначаються сімейно-побутові та службово-професійні конфлікти, несприятливі житлові умови, ендокринні порушення. Вагітність як основна причина розвитку такого нервово-психічного розладу має місце лише у 8–11% жінок [Чо Х, Лі К, Чой Е. та інш. 2022].

Найпоширеніші емоційні стани у вагітних це тривожність, підвищена дратівливість, лабільність настрою, інколи депресивні реакції. Легка емоційна нестійкість вважається фізіологічною, проте надмірні прояви потребують уваги, адже можуть негативно впливати як на здоров'я матері, так і на перебіг вагітності та розвиток плода. Важливо зазначити, що вагітність та майбутні пологи сприймаються жінками у яких є патологічний перебіг вагітності, як стресова

ситуація. При цьому патологія репродуктивної та екстрагенітальної сфери сприяє поглибленню пережитого стресу в період вагітності до рівня дистресу. [Сюсюка В.Г. 2018].

Післяпологова депресія є поширеним та виснажливим ускладненням вагітності та пологів. Існують докази того, що стрес, тривога, депресія під час вагітності негативно впливають на підтримку грудного вигодовування, нейророзвиток плода у постнатальному періоді, особливо протягом перших місяців життя, порушуючи емоційний, поведінковий, когнітивний, мовний зв'язок між матір'ю та дитиною. Важливо враховувати фактори ризику, такі як вік жінки, соціально-економічний статус, анамнез психічного здоров'я, сімейні розлади, несприятливі умови зовнішнього середовища [Каф'єро П.Дж., Юстіч Забала П., 2024].

До основних факторів ризику розвитку післяпологової депресії відносяться гормональні зміни, психосоціальні стреси, недостатня соціальна підтримка, а частіше це відсутність її з боку партнера, родини або друзів, також низький рівень освіти, самотність, матері з високою кількістю дітей, вагітність у молодому віці та низький дохід сім'ї. Інші фактори, такі як небажана вагітність, першонароджуючі жінки, перенесені передчасні пологи, подружні конфлікти та смерть членів сім'ї або втрата дитини, спадкова схильність до афективних розладів також є несприятливими наслідками [Джайрадж К., Ракер Дж., 2022].

Психологічні порушення впливають не тільки на перебіг вагітності та її розродження, а й на стан матері після пологів. Психологічні порушення, а особливо післяпологова депресія, значно частіше відзначаються у жінок з ускладненим перебігом пологів та оперативним розродженням [D Korb, 2019].

Единбурзька шкала післяпологової депресії (EPDS) — це клінічний скринінговий опитувальник, розроблений для виявлення симптомів депресії у жінок під час вагітності та в перший рік після народження дитини. [Oliveira TA, 2022]. Застосовується скринінг за Единбурзькою шкалою постнатальної депресії

(EPDS), з оцінкою симптомів за критеріями DSM-V, аналізом соціальних, психологічних та сімейних факторів, що впливають на стан пацієнтки.

Основні характеристики тесту: виявлення емоційного неблагополуччя, тривоги та ризику післяпологової депресії. Самоопитувальник складається з 10 запитань про самопочуття жінки протягом останніх 7 днів, заповнення якого займає близько 5 хвилин. Кожна відповідь оцінюється від 0 до 3 балів. Максимальна сума — 30 балів. Від 0 до 9 балів: імовірність депресії низька, від 10 до 12 балів: можлива наявність симптомів депресії, рекомендоване повторне тестування через 2 тижні. 13 балів і більше: висока імовірність депресивного розладу; необхідно звернутися до лікаря або психотерапевта. Для ефективної корекції психоемоційного стану рекомендується комплексний підхід: психотерапія, родинна, соціальна та психологічна підтримка, а за необхідності - фармакотерапія з урахуванням грудного вигодовування. [Дессі А., Піанезе Г., 2024].

В результаті аналізу літератури було виявлено, що ознаки післяпологової депресії спостерігаються у 10-15% жінок, у вигляді пригніченого настрою, тривожності, порушення сну, соматичних скарг. Единбурзька шкала постнатальної депресії показала наявність підвищеного ризику розвитку клінічної депресії. В ході дослідження були відокремлені такі фактори ризику як недостатня соціальна підтримка, високий рівень стресу, слабка психологічна підготовка до материнства. Несвоєчасна діагностика та відсутність лікування можуть привести до погіршення стосунків матері з дитиною, виникнення сімейних конфліктів та підвищеного ризику рецидивів депресії або розвитку тяжких психічних розладів. [Цінь С., Лю С., 2022].

Висновки:

Післяпологова депресія є поширеним станом (10–15% випадків), яка часто залишається не діагностованою через страх соціальної стигматизації або маскування симптомів соматичними проявами. Психоемоційний стан вагітних і

жінок у післяпологовому періоді є критичним періодом, який впливає на здоров'я матері та розвиток дитини, а звернення уваги на післяпологову депресію та тривожність на ранній стадії може допомогти зменшити тяжкість і хронізацію симптомів.

Одним з важливих моментів у роботі з вагітними є комплексний підхід в оцінці її стану. Тому важливого значення набуває володіння допоміжними діагностичними методами, які не потребують клінічної кваліфікації лікарів на рівні лікарів спеціалізованої ланки не збільшуючи матеріальні збитки системи охорони здоров'я.

Психодіагностичні методика допоможуть лікарям акушерам-гінекологам, сімейним лікарям та лікарям-психотерапевтам отримати більш детальне уявлення про психосоматичний стан жінки, її стиль переживання і ставлення до вагітності та материнства, і за потреби, своєчасно надати жінці кваліфіковану психологічну допомогу.

ПРАКТИЧНІ КРОКИ ДІАГНОСТИКИ ЗАТРИМКИ РОСТУ ПЛОДА

Пучков В.А.

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

Богуславська Н.Ю.

заступник медичного директора з перинатальної допомоги, КНП Територіальне
медичне об'єднання «Здорова родина» ЗОР,
кандидат медичних наук, доцент закладу вищої освіти
кафедри акушерства і гінекології, Запорізький державний медико-
фармацевтичний університет

Колокот Н.Г.

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

Затримка росту плода (ЗРП), яку діагностують у 7-15% вагітних є однією з провідних причин перинатальної захворюваності та смертності. На сьогодні відомо, що цей клінічний стан має вплив на частоту й тяжкість потенційних неонатальних ускладнень та визначають ризик довгострокової захворюваності, а не саму вагу при народженні. Приблизно 60% випадків ЗРП є ідіопатичними та багатофакторними, тоді як у 40% випадків визнається певна етіологія (попередньо існуючі захворювання матері, хромосомопатії, вади розвитку плода, інфекційні захворювання). Здатність точно ідентифікувати малі до гестаційного віку (МГВ) плоди, які піддаються ризику, має першорядне значення. Помилково-позитивний діагноз може призвести до необґрунтованих обстежень та акушерських втручань. Ключовим завданням сучасної діагностики ЗРП залишається чітке розмежування конституційно малих плодів та справжньої патологічної затримки росту.

Перший крок перед визначенням того, чи є розмір плоду адекватним, - це отримати точну оцінку гестаційного віку. За винятком вагітностей, що виникають за допомогою репродуктивної технології, в яких відома дата зачаття, датування вагітності можна оцінити клінічно за допомогою першого дня останньої менструації жінки, вимірюючи висоту дна матки, або сонографічно, головним чином шляхом вимірювання куприко-тем'яного розміру (КТР) або обвід голови (ОГ).

Не дивлячись на те, що ризик перинатальної смерті та несприятливого результату нейророзвитку найвищий, коли очікувана маса плоду (ОМП) становить < 3-го перцентилю, важливо зазначити, що > 80 % несприятливих результатів виникають у немовлят, які не є малими до гестаційного віку і це вказує на те, що навіть плоди, які перевищують 10 перцентиль, все ще можуть не досягти нормального потенціалу росту.

Враховуючи вище викладене можливо запропонувати використання наступного практичного «чек листу» для діагностики ЗРП:

1. Підтвердження гестаційного віку (датування за КТР/ранне УЗД).
2. Проведення біометрії (BPD, HC, OF, FL) → визначення ОМП за Nadlock; зафіксувати перцентиль.
3. Якщо ОМП/ОЖ < 10 го → UA доплер (PI, кінцево діастолічний кровоплин).
4. Розміри плода відповідають терміну < 32 тиж: застосувати ранні Делфі критерії; цільове УЗД, СМА за показаннями; вибірково тестування на інфекції (ЦМВ ПЛР при амніоцентезі).
5. Розміри плода відповідають терміну ≥ 32 тиж: застосувати пізні Делфі критерії (динаміка перцентилів, ЦПВ, UA PI).
6. Якщо показники доплерометрії нормальні і стабільна траєкторія росту → діагноз МГВ замість ЗРП.

7. Контроль динаміки росту кожні 2–3 тижні (проведення біометрії плода ± доплерометрія).

Слід зазначити, що показання до розродження базуються на моніторингу за допомогою доплерометрії кровотоку в АП, ВП і СМА на визначених термінах вагітності з традиційним НСТ або кКТГ за доступності.

Висновки

Таким чином, сучасний підхід до діагностики ЗРП передбачає багаторівневу інтеграцію антропометричних та функціональних параметрів в динаміці, що узгоджується з кращими практиками професійних товариств та консенсусу Делфі. Реалізація такого алгоритму дозволяє значно зменшити встановлення хибнопозитивних діагнозів, зберігаючи водночас високу чутливість щодо істинно патологічного стану, яким є ЗРП.

МЕНЕДЖМЕНТ ЖІНОК З НЕВИНОШУВАННЯМ В РАНЬОМУ ТЕРМІНІ ВАГІТНОСТІ

Рослік О.А.

асистент кафедри акушерства і гінекології,

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Невиношування вагітності є актуальною медико-соціальною проблемою, що викликана поєднанням багатьох факторів. Частота викидня становить приблизно 23 млн. випадків на рік [Quenby S. et al., 2021; Vlachou F. et al., 2024]. За оцінками міжнародних настанов, спонтанний викидень відбувається приблизно у 15-20% підтверджених вагітностей. За даними Центру громадського здоров'я МОЗ України у 2023 році серед жінок, які перебували під спостереженням лікарів у амбулаторних закладах охорони здоров'я, відбулося понад 8600 спонтанних викиднів, з них майже 80% в першому триместрі вагітності. Крім цього, кількість неуточнених спонтанних викиднів у жінок, які не перебували під спостереженням у лікаря склала понад 15800 випадків. Якісне надання медичної допомоги може мінімізувати негативні медичні та психологічні наслідки та допомогти жінкам народити бажану дитину.

Вибір тактики ведення залежить від стадії викидня, терміну вагітності та наявності ускладнень (інфекції статевих шляхів та тазових органів, тривалої або надмірної кровотечі, емболії тощо). Факторами ризику самовільного викидня є старший вік батьків, обтяжений гінекологічний анамнез, попередній викидень підвищує ризик повторного викидня, хронічні соматичні захворювання, ІМТ нижче 19 та вище 25 кг/м², використання тератогенних лікарських засобів, психоактивних речовин, зловживання алкоголем, надмірне споживання кофеїну, вплив хімічних забруднюючих речовин довкілля та їхнього споживання з їжею.

Обов'язковим є підтвердження вагітності та встановлення стадії самовільного викидню; визначення життєздатності, локалізації, терміну вагітності та виключення ектопічної вагітності й гестаційної трофобластичної

хвороби шляхом проведення трансвагінального УЗД органів малого тазу та кількісне визначення рівня бета-хоріонічного гонадотропіну людини у сироватці крові; тестування на ВІЛ, серологічне дослідження на сифіліс, поверхневий антиген вірусного гепатиту В, сумарні антитіла до вірусного гепатиту С; в разі хірургічного лікування неповного викидня та/або завмерлої вагітності патологогістологічне дослідження тканини вагітності; оцінка психоемоційного стану жінки, виявлення суїцидальних думок проводиться опитування за допомогою Единбурзької шкали післяпологової депресії; у разі виявлення ознак хромосомної патології та вроджених вад розвитку плода пацієнтка направляється на консультацію до лікаря-генетика для вибору подальшого обстеження; за наявності показань проводиться обстеження та консультації інших фахівців.

Для лікування загрозливого викидня, при наявності вагінальної кровотечі та викидня в анамнезі, призначають прогестаген, якщо серцева активність плода підтверджена при трансвагінальному УЗД органів малого тазу. Метод переривання нежиттєздатної внутрішньоматкової вагітності визначають залежно від стадії викидня, терміну вагітності, клінічного стану та індивідуальних уподобань пацієнтки. Медикаментозне ведення неповного викидня та/або завмерлої вагітності у I та II триместрі є варіантом вибору. Хірургічне лікування викидня проводиться під адекватним знеболенням, надається перевага методу вакуум-екскохлеації плідного яйця. Rh-негативним несенсибілізованим жінкам (в терміні від 12 тижнів вагітності) протягом 72 годин після викидня проводиться профілактика Rh-імунізації, якщо резус-фактор батька дитини позитивний або невідомий. У разі позитивного результату опитування за допомогою Единбурзької шкали післяпологової депресії пацієнтку необхідно направити на консультацію до лікаря-психолога або лікаря-психіатра. Після викидня пацієнтці призначається метод контрацепції та надається інформація щодо планування наступної вагітності.

ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ МЕНОПАУЗАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК З ОЖИРІННЯМ

Сюсюка В. Г.

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

Сергієнко М.Ю.

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

Чорненька А.С.

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

Менопауза може бути пов'язана з багатьма клінічними проявами: вазомоторними симптомами, сечостатевиими проблемами та додатковими психологічними розладами, такими як тривога, зміни настрою та порушення сну. Крім того, під час менопаузи гормональні зміни та зміни складу тіла призводять до розвитку вісцерального ожиріння, що погіршує здоров'я жінки на кардіометаболічному, фізичному та психічному рівнях. Менопаузальний перехід пов'язаний зі збільшенням ожиріння, переходом від гіноїдної до андроїдної форми тіла, а також збільшенням абдомінального та вісцерального жиру, що ще більше погіршує пов'язані з цим кардіометаболічні ризики. Зростаюча поширеність ожиріння створює значні проблеми для здоров'я, особливо у жінок, які переживають менопаузу. Одним з основних факторів, що сприяють збільшенню ваги під час менопаузи, є гормональні коливання, зокрема зниження рівня естрогену. Окрім гормональних та метаболічних змін, фактори способу життя відіграють значну роль у збільшенні ваги під час менопаузи. Багато жінок

відчують зміни в активності, харчових звичках та рівні стресу під час менопаузального переходу.

Для практикуючих лікарів багатьох спеціальностей важливо вміти розпізнавати ранні ознаки та симптоми менопаузального переходу, бути готовими запропонувати лікування для їх полегшення та запобігання віддалених наслідків. «Золотим стандартом» корекції клімактеричних симптомів є менопаузальна гормональна терапія (МГТ). Однак, форми, дози та шляхи її доставки мають різний вплив на кардіометаболічні маркери та ризики серцево-судинних захворювань. Саме тому, призначення гормональної терапії в період пери- та постменопаузи потребує їх оцінки. Під час консультації щодо менопаузи важливо враховувати класичні фактори ризику, а саме ті, що є більш специфічними для жінок. Лікування має бути індивідуальним для кожної пацієнтки, використовуючи найкращі наявні докази для максимальної користі й мінімізації ризиків, з періодичною переоцінкою їх співвідношення. Хоча менопауза пов'язана зі збільшенням ваги, існують ефективні стратегії для її контролю та зменшення негативних наслідків ожиріння (здорові харчові звички, вправи, управління сном та стресом). Ходьба залишається найкращим фізичним навантаженням/вправою, як для жінок з нормальною/надмірною масою тіла, так і для пацієнток з ожирінням. Жінкам з ожирінням, які мають протипоказання до МГТ, як альтернатива, для полегшення симптомів менопаузи можна використовувати негормональні та/або нефармакологічні методи лікування. Абсолютними протипоказаннями є діагностований у минулому або підозра на рак молочної залози, діагностовані у минулому або підозра на естроген-залежні злоякісні пухлини (наприклад, рак ендометрія III, IV ст. та низькодиференційований рак ендометрія), встановлені прогестаген-залежні новоутворення (наприклад, менінгіома) або підозра на них, вагінальні кровотечі нез'ясованого генезу, нелікована гіперплазія ендометрія, наявна венозна тромбоемболія (тромбоз глибоких вен, тромбоемболія легеневих артерій) або

венозна тромбоемболія у минулому, відомі тромбофілії (наприклад, дефіцит протеїну С, протеїну S або антитромбіну III), активні або нещодавні тромбоемболічні захворювання артерій (наприклад, стенокардія, інфаркт міокарду), гострі захворювання печінки, а також наявність захворювань печінки в минулому, якщо показники її функції не нормалізувалися, відома гіперчутливість до діючих речовин або до будь-якої з допоміжних речовин лікарського засобу, порфірія. Серед відносних протипоказань слід зазначити лейоміому матки, ендометріоз, мігрень, наявність сімейної гіпертригліцеридемії, жовчнокам'яну хворобу, епілепсію, а також підвищений ризик розвитку раку молочної залози та рак ендометрія I та II стадії. Ожиріння не є протипоказанням щодо призначення МГТ. Більшість рандомізованих контрольованих досліджень показують зменшення центрального абдомінального ожиріння внаслідок лікування естрогенами. Гормональна терапія може допомогти жінкам впоратися з симптомами менопаузи, включаючи збільшення ваги, шляхом відновлення рівня естрогену. Трансдермальний естроген забезпечує кращий профіль безпеки порівняно з пероральними естрогенами з різних причин, головне – це відсутність першого проходження через печінку. Трансдермальна форма дозволяє обходити метаболізм у печінці, який викликає активовану резистентність до протеїну С, зводячи нанівець ризик згортання крові, який спостерігається при пероральному застосуванні. Враховуючи, що жінки з ожирінням мають підвищений ризик тромбоемболічних ускладнень, виникає питання призначати чи не призначати МГТ. На сьогодні доведено, що застосування тільки естрогенної або комбінованої трансдермальної МГТ не підвищує ризик тромботичних подій у жінок з ожирінням.

Таким чином, МГТ є ефективною в корекції симптомів менопаузального переходу та профілактики віддалених наслідків менопаузи. Доведено її вплив на запобігання збільшення ваги та вісцерального жиру, формування андройдної форми тіла. Застосування трансдермальної форми естрогену дозволяє

мінімізувати тромботичні ризики у жінок з ожирінням, а також підвищити якість їх життя вплинувши на прояви менопаузального синдрому та його наслідки.

Список літератури

1. «The 2022 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society» Advisory Panel. The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2022;29(7):767-794. doi:10.1097/GME.0000000000002028
2. Aquino CI, Stampini V, Osella E, Troia L, Rocca C, Guida M, Faggiano F, Remorgida V, Surico D. Menopausal Hormone Therapy, an Ever-Present Topic: A Pilot Survey about Women's Experience and Medical Doctors' Approach. *Medicina (Kaunas)*. 2024;60(5):774. doi:10.3390/medicina60050774
3. Files J, Kling JM. Transdermal delivery of bioidentical estrogen in menopausal hormone therapy: a clinical review. *Expert Opin Drug Deliv*. 2020;17(4):543-549. doi:10.1080/17425247.2020.1700949
4. Munshi A, Garg R. Obesity and Menopause: Redefining Obesity - New Guidelines. *J Midlife Health*. 2025;16(1):1-5. doi: 10.4103/jmh.jmh_24_25. Opoku AA, Abushama M, Konje JC. Obesity and menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2023;88:102348. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2023.102348.
5. Palacios S, Chedraui P, Sánchez-Borrego R, Coronado P, Nappi RE. Obesity and menopause. *Gynecol Endocrinol*. 2024;40(1):2312885. doi:10.1080/09513590.2024.2312885
6. Palacios S, Chedraui P, Sanchez-Borrego R, Coronado P, Simoncini T, Schauding K, Hillard T, Nappi RE. Management of obesity in menopause. *Climacteric*. 2024;27(4):357-363. doi: 10.1080/13697137.2024.2374760.
7. Plu-Bureau G, Mounier-Vehier C. Traitement hormonal de ménopause et risque cardiovasculaire. *RPC Les femmes ménopausées du CNGOF et du GEMVi [Menopausal hormone therapy an cardiovascular risk. Postmenopausal women*

management: CNGOF and GEMVi clinical practice guidelines]. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* 2021;49(5):438-447. doi:10.1016/j.gofs.2021.03.017

8. Trémollières FA, Chabbert-Buffet N, Plu-Bureau G, et al. Management of postmenopausal women: Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) and Groupe d'Etude sur la Ménopause et le Vieillissement (GEMVi) Clinical Practice Guidelines. *Maturitas.* 2022;163:62-81. doi:10.1016/j.maturitas.2022.05.008

9. van Hulsteijn L, Lambrinoudaki I, Dekkers OM, Faubion SS, Hirschberg AL, Jayasena CN, Louwers Y, Pinkerton JV, Sojat AS, Lumsden MA. Obesity in menopause care. *Eur J Endocrinol.* 2026;194(1):L14-L15. doi:10.1093/ejendo/lvaf269.

**СИНДРОМ ПОЛКІСТОЗУ ЯЄЧНИКІВ У ЖІНОК
РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ: МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ
АНТИАНДРОГЕНУ ФЛУТАМІДУ**

Сюсюка В. Г.

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

Макуріна Г. І.

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

Сергієнко М.Ю.

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

Гіперандрогенія (ГА), як клінічна, так і біохімічна, ймовірно, є найпоширенішим ендокринним порушенням серед жінок репродуктивного віку. Її клінічні прояви варіюють від легких змін шкіри (підвищена жирність), акне, збільшення росту волосся на обличчі та тілі до змін голосу, збільшення клітора тощо. Одним із проявів ГА є гірсутизм, поширеність якого становить приблизно від 5% до 10%. Він визначається як надмірний ріст жорсткого, темного волосся у жінок за чоловічим типом (на обличчі, грудях, спині, животі) і часто пов'язаний з ендокринними розладами (найчастіше синдромом полікістозу яєчників), психосоціальними труднощами та зниженням якості життя.

Синдром полікістозу яєчників (СПКЯ) є глобальною проблемою громадського здоров'я та одним із найпоширеніших гормональних розладів, що вражає жінок. Вважається, що до 20% жінок у світі мають СПКЯ, але майже у 70 % з них він не встановлений. Його діагностика ґрунтується на клінічних,

біологічних і морфологічних критеріях, а саме Роттердамських критеріях, які включають гіперандрогенію, олігоановуляцію та полікістоз яєчників за даними ультразвукового дослідження. СПКЯ є мультиорганим захворюванням, що вражає більшість ендокринних органів, включаючи яєчники, надниркові залози, гіпофіз, жирові клітини та ендокринну підшлункову залозу. На сьогодні запропонована нова назва, а саме поліендокринний метаболічний оваріальний синдром. Переважними термінами були поліендокринний, метаболічний та оваріальний, що відображало мультисистемну патофізіологію стану. Ця зміна має глобальні наслідки для систем охорони здоров'я, політики та досліджень, а також для покращення розуміння й лікування цього захворювання. Перехід на нову назву відбуватиметься протягом 3 років за підтримки багатогранної стратегії впровадження.

Розглядаючи терапевтичні підходи до ведення жінок з СПКЯ, основна увага зосереджена на розумінні відносної ефективності комбінованих оральних контрацептивів (КОК) та антиандрогенів як окремих агентів. КОК, разом зі зміною способу життя, є препаратами першої лінії для довгострокового лікування СПКЯ. Вони схвалені FDA для лікування акне у жінок, які бажають використовувати оральну контрацепцію. Перевага надіється препаратам, що містять гестагени с антиандрогенною фармакологічною активністю та як «off-label» терапія використовуються в Україні і за кордоном. Їхній лікувальний ефект заснований на пригніченні секреції ЛГ, зниженні синтезу яєчникових андрогенів, підвищенні рівня глобуліну, що зв'язує статеві гормони та зменшенні кількості вільного тестостерону у плазмі. КОК здійснюють додатковий антиандрогенний вплив на шкіру шляхом зниження активності ферменту 5 α -редуктази, зменшення експресії андрогенових рецепторів. Однак, слід зазначити про наявність потенційних кардіометаболічних ускладнень на тлі прийому цих препаратів. КОК підвищують ризик венозної тромбоемболії (ВТЕ), що пов'язано як з дозою естрогену, так і з типом прогестинів. Артеріальні тромботичні події, із

застосуванням КОК, трапляються набагато рідше і зазвичай не викликають занепокоєння у молодих пацієнок. Усіх пацієнок з діагнозом СПКЯ слід ретельно обстежити на наявність кардіометаболічних факторів ризику на початку прийому КОК (вік, куріння, ожиріння, діабет, гіпертонію, дисліпідемію, тромбофілію та сімейний анамнез ВТЕ). Оральні контрацептиви, що містять лише прогестин, (внутрішньом'язові ін'єкції, внутрішньоматкові системи або підшкірні імпланти) можуть погіршити перебіг акне. Слід зазначити і про обов'язкове врахування медичних критеріїв прийнятності КОК. Пероральний ізотретиноїн є єдиним засобом лікування тяжких резистентних вузлуватих вульгарних вугрів, схваленим FDA. Хоча точний механізм дії невідомий, препарат зменшує розмір і секрецію сальних залоз, опосередковано поверхневий і протоковий рівень шкірного сала залежного від *cutibacterium acnes*, має протизапальні властивості. Слід зазначити, що контрацепція є обов'язковою при лікуванні ізотретиноїном.

Місцева терапія є основою лікування акне у жінок з СПКЯ. Вона може використовуватися як монотерапія (за винятком місцевих антибіотиків) для початкового лікування та підтримуючої терапії або в комбінації з іншими місцевими або пероральними засобами. При лікуванні вульгарних вугрів за допомогою місцевої терапії рекомендується мультимодальний підхід, що поєднує кілька механізмів дії. Це дозволяє підвищити її ефективність та знизити ризик розвитку резистентності до антибіотиків. Системні антибіотики широко використовуються для лікування акне середнього та тяжкого ступеня. Зазвичай призначаються пероральні антибіотики класу тетрацикліну (доксциклін, міноциклін та сарєциклін), які схвалені FDA для лікування акне.

Блокатори рецепторів андрогенів також можуть використовуватися для лікування надмірного волосся або акне. Вибір препарату має базуватися на спільному прийнятті рішень з урахуванням унікальних цінностей та уподобань кожної людини. Антиандрогени можуть мати потенційну користь при клінічній

гіперандрогенії (тобто гірсутизмі) у поєднанні з ефективною контрацепцією. Вони є альтернативою при наявності протипоказань щодо призначення КОК, а також у випадках коли останні мають побічні ефекти або категоричної відмови жінки їх приймати. У лікуванні андрогензалежних дерматопатій все більш значуще місце став посідати нестероїдний антиандроген флутамід. Він блокує взаємодію андрогенів з їхніми клітинними рецепторами та перешкоджає прояву біологічних ефектів чоловічих статевих гормонів в андрогенчутливих тканинах. Завдяки цьому у хворих послаблюються симптоми гіперандрогенії, відновлюються менструації, поліпшується фолікулогенез і менструальний цикл, що, ймовірно, призводить до відновлення фертильного потенціалу в частини пацієнок. Важливо зазначити, що препарат позбавлений антигонадотропної, прогестагенної та естрогенної активності. В рекомендованих дозах (375 мг на добу) виражених побічних ефектів не спостерігалось, проте постійний контроль рівня трансаміназ крові є обов'язковим. Ще один підхід – це комбінована терапія. Дослідження свідчать, що саме комбінація КОК та антиандрогену мала переваги над застосуванням окремо взятих КОК.

Таким чином, при лікуванні андрогензалежних дерматопатій у жінок з СПКЯ слід враховувати вподобання, минулий досвід, прихильності до лікування та очікування пацієнтки. У даного контингенту жінок флутамід може використовуватися як монотерапія, а також у комбінації з КОК, що дозволить підвищити терапевтичний ефект щодо впливу на клінічні прояви гіперандрогенії.

Список літератури

1. Камінський ВВ, Татарчук ТФ, Дубоссарська ЮО. та ін. Національний консенсус щодо ведення пацієнок із гіперандрогенією. Репродуктивна ендокринологія. 2016;4(30):19-31.
2. Макуріна Г.І., Сюсюка В.Г., Сергієнко М.Ю. Сучасні дані щодо лікування вульгарних вугрів: погляд дерматолога та гінеколога. Медицина та естетика: точки дотику: збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної

конференції (м. Запоріжжя, 05-06 червня 2025 р.). – Запоріжжя : ЗДМФУ, 2024. – С.6-9.

3. Сюсюка ВГ, Сергієнко МЮ, Макуріна ГІ, Єршова ОА, Чорненька АС. Синдром полікістозних яєчників: клініко-патогенетичні аспекти мультидисциплінарної проблеми. Репродуктивне здоров'я жінки. 2021;2(47):7-14.
4. Alesi S, Forslund M, Melin J, Romualdi D, Peña A, Tay CT, Witchel SF, Teede H, Mousa A. Efficacy and safety of anti-androgens in the management of polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *EClinicalMedicine*. 2023;63:102162. doi: 10.1016/j.eclinm.2023.102162.
5. Barrionuevo P, Nabhan M, Altayar O, Wang Z, Erwin PJ, Asi N, Martin KA, Murad MH. Treatment Options for Hirsutism: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *J Clin Endocrinol Metab*. 2018;103(4):1258-1264. doi: 10.1210/jc.2017-02052
6. Dumesic DA, Crespi BJ, Padmanabhan V, Abbott DH. The Endocrinological Basis for Polycystic Ovary Syndrome: An Evolutionary Perspective. *Endocrinology*. 2025;166(12):bqaf160. doi: 10.1210/endo/bqaf160.
7. Dutta C, Maddukuri S. Beyond Hormones: A Systematic Review of the Risk of Cardiovascular Diseases in Polycystic Ovary Syndrome. *Cureus*. 2024;16(11):e72987. doi: 10.7759/cureus.72987.
8. Glintborg D. Endocrine and metabolic characteristics in polycystic ovary syndrome. *Dan Med J*. 2016;63(4):B5232.
9. Matjila MJ, Le Roux PA, van der Spuy ZM. Cyproterone acetate for hirsutism. *Cochrane Database Syst Rev*. 2025;11(11):CD001125. doi: 10.1002/14651858.CD001125.pub2.
10. Oguz SH, Yildiz BO. An Update on Contraception in Polycystic Ovary Syndrome. *Endocrinol Metab (Seoul)*. 2021;36(2):296-311. doi: 10.3803/EnM.2021.958.

11. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS consensus workshop group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to Polycystic Ovary Syndrome (PCOS). *Hum Reprod.* 2004; 19(1): 41-47.
 12. Sergiyenko M.Yu., Siusiuka V.G., Makurina G.I., Deinichenko O.V., Kolokot N.G., Chornenka A.S. Modern approaches to the diagnosis and treatment of polycystic ovary syndrome in adolescence. *Reproductive health of woman.* 2022; 2 (57): 73-78.
 13. Siusiuka V. G., Sergienko M. Y., Makarchuk O. I., Shevchenko A. O., Deinichenko O. V. Gynecological and dermatological aspects of diagnostics of polycystic ovary syndrome from puberty to menopause. *Reproductive health of woman.* 2023;6(69): 7-14.
 14. Teede HJ, Khomami MB, Morman R, Laven JSE, Joham AE, Costello MF, Patil M, Rees DA, Berry L, Cree MG, Zhao H, Norman RJ, Dokras A, Piltonen T; Global Name Change Consortium. Polyendocrine metabolic ovarian syndrome, the new name for polycystic ovary syndrome: a multistep global consensus process. *Lancet.* 2026:S0140-6736(26)00717-8. doi: 10.1016/S0140-6736(26)00717-8.
- WHO. Fact sheet on polycystic ovary syndrome. 2026. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/polycystic-ovary-syndrome>

ОНИХОПАПІЛОМА (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Яценко А.Р.

в.о. завідувача відділення дерматовенерології та аутоімунних захворювань

Гришай М.О.

лікар-дерматовенеролог відділення дерматовенерології та аутоімунних захворювань.

Актуальність. Оніхопапілома – рідкісна доброякісна пухлина дистального матриксу (зони росту) та нігтьового ложа, що зазвичай проявляється поздовжньою еритроніхією, дистальною піднігтьовою гіперкератозою, оніхолізісом та V-подібною вирізкою вільного краю нігтя. Основна діагностична проблема полягає у схожості з оніхомікозом і злоякісними новоутвореннями нігтьового апарату, тому остаточний діагноз встановлюють гістологічно.

Клінічний випадок. Пацієнтка 32р. звернулась на консультацію дерматолога з приводу появи новоутворення по летаральному краю нігтя великого пальця правої стопи. Новоутворення зростало протягом року, з приводу чого не-одноразово зверталась до подологів. Під час дерматоскопії: конічне новоутворення. Дистальний відділ нігтя з вираженим піднігтьовим гіперкератозом. Незначний оніхолізіс. Локальна червоно-коричнева геморагічна ділянка біля вільного краю конічного новоутворення.

Результати. Після хірургічного видалення новоутворення та гістологічної діагностики: Матеріал представлений проксимальним відділом нігтьового ложа з невеликим осередком матриксного епітелію та дистальним відділом з папіломатозною проліферацією з гіпергранульозом, гіперкератозом, що імітує вульгарну бородавку, нігтьова пластинка потовщена з локалізованою білковою рідиною та крововиливом. Патогістологічний висновок (діагноз): Морфологія відповідає оніхопапіломі.

Висновки. Оніхопапілома є рідкісною доброякісною пухлиною нігтьового апарату, діагностика якої може бути утруднена через клінічну схожість з іншими

захворюваннями нігтя. Дерматоскопія дозволяє запідозрити патологію, проте вирішальне значення для встановлення остаточного діагнозу має гістологічне дослідження.

.

PRELIMINARY RESULTS OF THE PILOT STAGE OF ADAPTATION OF “ADULT EATING BEHAVIOUR QUESTIONNAIRE” FOR THE UKRAINIAN POPULATION

Horodokin A.D.

PhD, Associate Professor of the Department of
Dermatovenereology and Aesthetic Medicine
Zaporizhzhia State Medical and
Pharmaceutical University.

Background. Disturbances of appetite and eating behaviour are characterized by considerable clinical variability. In most cases, these manifestations do not constitute a separate nosological category, except for eating disorders proper; however, they may substantially affect patients’ somatic well-being, psychoemotional state, everyday functioning, and quality of life. These disturbances become particularly significant in functional gastrointestinal disorders, where eating behaviour may act as one of the key factors contributing to symptom persistence, activity limitation, and reduced adaptive capacity.

One of the contemporary instruments used to assess appetite and eating behaviour is the Adult Eating Behaviour Questionnaire (AEBQ; C. Hunot et al., 2016). Its application is promising in both clinical and population-based studies; however, for the Ukrainian population, this instrument requires further linguistic adaptation and evaluation of its psychometric properties.

Aim. To assess the internal consistency of the Ukrainian translation of the **Adult Eating Behaviour Questionnaire (AEBQ)** as a preliminary step toward its further adaptation for the Ukrainian population.

Materials and methods. The study was conducted at the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Medical Psychology of Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University.

The sample included 75 apparently healthy students and interns of Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, who participated in the study voluntarily. Data were collected using a questionnaire created via Google Forms, with access provided individually to each respondent through a personal link.

The AEBQ was translated into Ukrainian, and a preliminary assessment of the internal consistency of its subscales was performed by calculating Cronbach's α coefficient.

Results. The analysis yielded the following internal consistency indices for the AEBQ subscales: "Hunger" – $\alpha = 0.69$; "Food Responsiveness" – $\alpha = 0.70$; "Emotional Overeating" – $\alpha = 0.85$; "Enjoyment of Food" – $\alpha = 0.72$; "Satiety Responsiveness" – $\alpha = 0.73$; "Emotional Undereating" – $\alpha = 0.78$; "Food Fussiness" – $\alpha = 0.52$; "Slowness in Eating" – $\alpha = 0.74$.

The obtained data indicate that 6 out of 8 subscales of the Ukrainian translation of the AEBQ demonstrated a sufficient level of internal consistency for use in academic research. The "Hunger" subscale showed a borderline reliability coefficient, which is consistent with the expected complexity of assessing this construct. Particular attention should be given to the low internal consistency of the "Food Fussiness" subscale ($\alpha = 0.52$), which represented the most pronounced deviation among the obtained results. Considering that previous AEBQ studies have generally reported acceptable reliability indices for this subscale, the present finding may reflect difficulties in interpreting the inverted items included in this subscale, which may reduce response consistency and further rating. Therefore, the "Food Fussiness" subscale requires separate analysis at subsequent stages of the adaptation process.

Conclusions. The assessment of the internal consistency of the Ukrainian translation of the AEBQ demonstrated an overall acceptable level of internal consistency for most of the questionnaire subscales. The obtained results allow the AEBQ to be considered a promising instrument for further use in Ukrainian studies of eating behaviour. At the same time, the "Food Fussiness" subscale requires additional

analysis, refinement of linguistic wording, and repeated psychometric testing in an expanded sample.

PRURITUS: BEYOND THE LIMITS OF DERMATOLOGICAL PATHOLOGY

Horodokina L.O.

PhD, Associate Professor of the Department of
Dermatovenereology and Aesthetic Medicine
Zaporizhzhia State Medical and
Pharmaceutical University

Pruritus is the most common complaint within dermatological consultation, covering a wide range of nosologies: from inflammatory chronic dermatoses to infectious pathology. However, the modern scientific paradigm requires recognition of chronic pruritus not as a symptom, but as an independent phenomenon, which requires a differentiated approach to verification, diagnosis and, consequently, management. Thus, according to the international Forum for the Study of Itch, the clinical and etiological approach to the classification of pruritus remains relevant: dermatological, systemic, neurological, somatoform and mixed. The routine practice of dermatovenerologists focuses on the first option, when an existing causal inflammatory process in the skin, such as psoriatic disease, atopic dermatitis or prurigo, is accompanied by an association of efflorescences and pronounced sensitive discomfort. However, wartime conditions, living in front-line regions, and general social changes modify individuals' perception of their condition, including that associated with itching, pain, or other sensory effects. That is why the emphasis on patients' articulation of complaints about itching in the context of the absence of primary elements of the rash, in other words a phenomenon of neurological or somatoform genesis, remains relevant.

An example is the following clinical case. A 47-year-old female patient complained of intense itching on the skin of her back, within the interscapular area, for the past 6 months. According to the patient, it was established that the duration of the pruritic episode varies in time: from several minutes to 10-15 minutes without a circadian accent. Therefore, the patient reports itching both during the day and at night, which significantly affects the quality of functioning and the sleep-wake cycle. The

patient denies any episodes of dermatological diseases throughout her life but has been continuously observed by a neuropathologist regarding protrusions of intervertebral discs at the level of Th 2-Th4: she periodically uses analgesics. In addition, the history shows that before the onset of complaints about itching, she had significant psycho-emotional stress, which probably became an additional trigger for increased skin sensitivity to the slightest external stimuli. 2 months ago, the patient sought help from a primary care specialist, who considered the patient's complaints and clinical manifestations as allergic dermatoses and recommended the use of systemic antihistamines and topical emollients. The lack of effect from therapy and the consistently high intensity of itching forced the patient to continue to seek help from dermatovenereologists, but the number of differential diagnoses only continued to grow from morphea to chronic lichen. At the time of the patient's examination, the following objective local status was determined: on the skin of the back within the upper-middle section of the interscapular zone, there was a hyperpigmented lesion with signs of lichenification, excoriation, and moderately clear boundaries. It is worth noting that when palpating the skin within the pathological process, there was increased sensitivity to minimal external stimuli. The intensity of itching according to VAS at the time of the initial examination was 10 points, it is the maximum possible indicators. Considering complaints, anamnestic data on the duration of dermatosis, subjective phenomena, comorbidity and clinical examination, the most likely diagnosis is paresthetic notalgia. That is why further influence on the disease should correspond to the management of the pathological process of neurological genesis. And itching, as a phenomenon, is a marker of neurological compromise against the background of psycho-social maladaptation. The appointment of a topical agent with menthol, an emollient with neurobiome technology and a short course of low-dose (50 mg) systemic pregabalin daily, already at the 2-week control point contributed to the reduction of subjective discomfort to a VAS score of 4 points.

Therefore, understanding the clinical variability of the manifestations of the pruritic phenomenon contributes to their timely and correct diagnosis, as well as expanding the boundaries of differentiation in routine dermatological practice.

PSYCHOLOGICAL AND BIOCHEMICAL PREDICTORS OF HYPERTENSIVE DISORDERS IN HIGH-RISK PREGNANT WOMEN

Kyrychenko M.

PhD, Assistant, Department of Obstetrics and Gynecology
Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University

Onopchenko S.

PhD, Assistant, Department of Obstetrics and Gynecology
Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University

Bachurina O.

Head of the Consultative and Diagnostic Department
Municipal Non-Profit Enterprise «Healthy Family»
of the Zaporizhzhia Regional Council

Hypertensive disorders of pregnancy (HDP), particularly preeclampsia (PE), remain among the leading causes of maternal and perinatal morbidity and mortality worldwide [Mitta S et al., 2023]. PE is a multisystem pathological condition characterized by new-onset hypertension combined with signs of maternal organ dysfunction after 20 weeks of gestation [ACOG, 2020]. According to the World Health Organization, severe forms of preeclampsia and eclampsia are associated with a significant proportion of maternal deaths [WHO, 2023]. In addition to the direct threat to maternal health, HDP increases the risk of preterm birth, fetal growth restriction, placental dysfunction, and perinatal complications [Dimitriadis E et al., 2023]. Current approaches to preeclampsia prediction are mainly based on the assessment of maternal clinical characteristics, medical history, and ultrasound screening data [Rode L et al., 2025]. However, the sensitivity of such models remains insufficient, particularly in patients with a moderate risk of HDP [Nguyen-Hoang L et al., 2024]. This determines the need to develop novel predictive approaches based on the comprehensive assessment of pathophysiologically relevant biochemical and psychological factors. One of the key mechanisms underlying preeclampsia is endothelial dysfunction

resulting from impaired placentation, placental ischemia, and oxidative stress [Torres-Torres J et al., 2024]. The nitric oxide (NO) system plays an important role in maintaining vascular homeostasis during pregnancy by regulating vascular tone and ensuring adequate perfusion of the fetoplacental complex [Sutton EF et al., 2020]. In HDP, decreased endothelial nitric oxide synthase (eNOS) activity, suppression of NO synthesis, and increased oxidative damage are observed [Guerby P et al., 2021]. Simultaneously, depletion of the antioxidant defense system and activation of oxidative protein modification (OPM) processes occur, which are considered sensitive markers of oxidative stress [Negre-Salvayre A et al., 2022]. In recent years, increasing attention has also been paid to the role of psychological factors in the development of obstetric complications. Chronic stress, high anxiety levels, and impaired adaptation mechanisms are associated with an increased risk of HDP [Dunkel Schetter C et al., 2022].

The aim of the study was to develop a predictive model for hypertensive disorders of pregnancy in women at risk based on a comprehensive assessment of psychological and biochemical indicators.

A prospective study involving 32 pregnant women at risk of HDP was conducted. The risk group was formed according to current clinical guidelines of the Ministry of Health of Ukraine [Ministry of Health of Ukraine, 2022]. All patients received standard prophylaxis with acetylsalicylic acid and calcium supplements. The comprehensive examination included clinical evaluation, medical history assessment, ultrasound examination of the fetus, and Doppler evaluation of uteroplacental and fetoplacental blood flow. Psychological status was evaluated using the State-Trait Anxiety Inventory scales (STAI-S/STAI-T) and the Perceived Stress Scale (PSS-14). Biochemical assessment included determination of eNOS concentration and activity, stable NO metabolites, superoxide dismutase (SOD) activity, glutathione reductase activity, total SH-groups, and indicators of oxidative protein modification. Subsequently, 37.5% of

women experienced HDP, predominantly gestational hypertension and moderate preeclampsia.

The study demonstrated that pregnant women who later developed HDP significantly more often exhibited signs of psychological distress and oxidative stress. A high level of situational anxiety according to the STAI-S scale was detected in 100% of women who subsequently developed HDP, whereas among women without HDP this indicator was observed in only 25.0% of cases. Trait anxiety ≥ 40 points according to the STAI-T scale was registered in 91.67% of women who later developed HDP. Similarly, a perceived stress level ≥ 20 points according to the PSS-14 scale was found in the majority of women who subsequently developed HDP.

At the same time, a significant increase in oxidative protein modification indicators and a decrease in antioxidant defense activity were identified. The most informative biochemical predictors of HDP development were indicators of aliphatic aldehyde-protein hydrazones (APH) and SOD activity. The level of spontaneous APH ≥ 2.2 arbitrary units/g protein was detected in 91.67% of women with HDP, whereas among pregnant women without HDP this indicator was observed in only 10.0% of cases. Decreased SOD activity ≤ 12.0 arbitrary units/mg protein/min was also significantly associated with subsequent hypertensive complications.

Based on the obtained results, a comprehensive predictive model was developed using Wald's sequential analysis procedure with the calculation of diagnostic coefficients and Kullback information measures. The most informative predictors of HDP development included spontaneous APH ≥ 2.2 arbitrary units/g protein, stimulated APH ≥ 5.0 arbitrary units/g protein, SOD activity ≤ 12.0 arbitrary units/mg protein/min, perceived stress level ≥ 20 points, trait anxiety ≥ 40 points, and a high level of situational anxiety. It was established that when the sum of diagnostic coefficients reached ≤ -13 , a high probability of HDP development was predicted with 95% confidence ($p < 0.05$), whereas at ≤ -20 the prediction accuracy reached 99% ($p < 0.01$).

Conclusions

Thus, the results of the present study highlight the important role of psychological disturbances, oxidative stress, and endothelial dysfunction in the pathogenesis of hypertensive disorders of pregnancy. The most informative predictors of hypertensive disorders development were indicators of oxidative protein modification, superoxide dismutase activity, and psychological stress. The proposed comprehensive predictive model allows early risk stratification for the development of hypertensive disorders and may be used for the individualization of preventive and diagnostic strategies in pregnant women at risk.

THE IMPACT OF CHRONIC SOCIAL STRESS ON THE FUNCTIONAL STATE OF SKIN

**Makyeyeva L.V., Aliyeva O.G., Popazova O.O., Hromokovskaya T.S.,
Tavrog M.L., Pototska O.I.**

Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University
Department of Histology, Cytology and Embryology

Introduction. The skin is the largest organ of the human body and represents a highly specialized multifunctional system that performs protective, metabolic, thermoregulatory, sensory, and immunological functions. As the primary anatomical barrier between the internal environment and external factors, the skin plays a crucial role in maintaining homeostasis and protecting the organism against mechanical injury, microbial invasion, chemical exposure, ultraviolet radiation, and excessive water loss. In addition to its barrier properties, the skin is considered an immunocompetent organ, as it contains a complex network of resident immune cells, including macrophages, mast cells, dendritic cells, lymphocytes, and other effector cells involved in both innate and adaptive immune responses [1].

Chronic social stress (CSS) is a systemic psychophysiological factor capable of disrupting neuroendocrine, immune, and metabolic regulation. Prolonged activation of stress-response systems, particularly the hypothalamic–pituitary–adrenal axis and the sympathetic nervous system, leads to sustained changes in glucocorticoid and catecholamine levels [2]. These changes may impair immune surveillance, alter inflammatory signaling, and disturb tissue repair mechanisms. The skin is especially sensitive to such stress-induced dysregulation because it is closely connected with the nervous, endocrine, and immune systems [3].

Under conditions of chronic stress, the functional state of the skin may become significantly compromised. Stress-related alterations include a reduction in epidermal lipid content, degradation or insufficient renewal of structural proteins, impaired

keratinocyte differentiation, and increased transepidermal water loss. Together, these changes weaken the epidermal barrier and create a vulnerable microenvironment. Such a condition may increase susceptibility to inflammation, infection, delayed wound healing, and exacerbation of dermatological diseases. Clinical and experimental observations indicate that chronic stress is strongly associated with the onset or aggravation of inflammatory skin disorders, including psoriasis, eczema or atopic dermatitis, rosacea, acne, and chronic pruritus. Elevated stress hormones may also stimulate sebaceous gland activity, promote neurogenic inflammation, and intensify itching and discomfort [4, 5].

Despite the recognized relationship between psychological stress and skin pathology, the specific structural and immunological mechanisms by which CSS affects intact skin remain insufficiently understood. In particular, it is important to determine whether chronic stress can pre-condition the skin into a pathological state even before any mechanical injury occurs. Therefore, the functional state of the skin under prolonged social stress remains a relevant and important area of experimental investigation.

This study aims to evaluate how CSS disrupts the fundamental barrier and immune functions of the skin.

Materials and methods. The study was conducted on 50 male Wistar rats. The experimental group (n=30) was subjected to a validated 21-day CSS model, which involved social isolation combined with continuous psycho-emotional pressure from aggressive conspecifics. Morphometric, histological, and immunohistochemical analyses were performed on skin samples taken from the interscapular region before any wound was inflicted. Evaluated parameters included epidermal thickness, vascularization, and the quantitative and functional dynamics of resident and systemic immunocompetent cells. The obtained data were analyzed statistically, and differences between the control and experimental groups were considered significant at the appropriate probability levels.

Results. Prolonged exposure to chronic social stress caused marked structural and immunological disturbances in the skin. These changes affected both the epidermal barrier and the dermal immune microenvironment, indicating a systemic stress-induced impairment of skin homeostasis.

A significant reduction in epidermal thickness was observed in stressed animals. The epidermis of rats exposed to CSS was considerably thinner, measuring 9.54 ± 0.43 μm , with statistical significance at $p \leq 0.01$ compared with the control group. This decrease in thickness was mainly associated with a reduction in the basal and spinous layers. In addition, the granular layer showed extreme thinning or complete focal absence in several areas. These findings suggest impaired keratinocyte proliferation, differentiation, and maturation.

Histological analysis also revealed local parakeratosis, which indicates abnormal keratinization and incomplete epidermal differentiation. The presence of parakeratosis reflects a disturbance in the normal renewal of the epidermis and supports the conclusion that chronic stress weakens the structural organization of the skin barrier. Furthermore, narrowing of the superficial dermal vascular plexus was detected, suggesting impaired local microcirculation. Taken together, epidermal thinning, abnormal keratinization, and vascular narrowing indicate substantial impairment of the barrier function of the skin.

The cellular immune component of the skin was also profoundly affected by chronic social stress. A significant decrease in the number of neutrophils was detected in the dermis of stressed animals, reaching 1.69 ± 0.12 cells/ mm^2 , with $p \leq 0.05$. The number of macrophages was also significantly reduced, amounting to 17.54 ± 1.45 cells/ mm^2 , with $p \leq 0.05$. Similarly, the total number of lymphocytes decreased to 22.59 ± 1.96 cells/ mm^2 , with $p \leq 0.05$. These findings indicate suppression of both innate and adaptive immune components in the skin.

Immunohistochemical analysis confirmed the development of immune dysregulation. The expression of CD3^+ T lymphocytes, CD4^+ helper T cells, CD8^+

cytotoxic T cells, and CD20⁺ B cells was decreased in the experimental group. The reduction in these markers demonstrates that chronic social stress suppresses the cellular and humoral components of adaptive immunity within the skin. In addition, the CD4/CD8 immunoregulatory index was markedly altered, decreasing to 1.17 ± 0.60 in stressed animals compared with 2.81 ± 0.57 in the control group. This shift reflects an imbalance in T-cell regulation and may indicate impaired coordination of immune responses.

In contrast to the general suppression of systemic immune cell populations, chronic social stress induced a pronounced hypermobilization of resident mast cells. The number of mast cells increased approximately ten-fold, reaching 9.47 ± 0.23 cells/0.01 mm², with a high level of statistical significance at $p \leq 0.001$. These mast cells demonstrated increased basal activation, as shown by a high degranulation index of 36.37 ± 0.81 , with $p \leq 0.01$. Mast cell degranulation is associated with the release of histamine, proteases, cytokines, and other biologically active mediators that may promote vascular changes, itching, inflammation, and neuroimmune interactions. An early infiltration of eosinophils was also observed in the dermis of stressed animals. A simultaneous increase in the number of activated mast cells and eosinophils occurs in parallel with a general depletion of macrophages, neutrophils and lymphocytes. Therefore, CSS produces a paradoxical immune state characterized by suppression of protective immune surveillance together with activation of resident pro-inflammatory mechanisms.

Discussion. The results of this study demonstrate that chronic social stress (CSS) significantly alters the functional state of the skin. The observed epidermal impairment—characterized by marked thinning, structural reduction of the basal and spinous layers, focal loss of the granular layer, and parakeratosis—indicates a major disruption in keratinocyte proliferation and differentiation. Because the epidermis serves as a critical barrier against dehydration and external pathogens, this structural degradation compromises resistance to environmental stressors, elevates

transepidermal water loss, and increases vulnerability to local inflammatory or infectious complications. Furthermore, the narrowing of the superficial dermal vascular plexus implies that chronic stress disrupts microcirculatory homeostasis, limiting the delivery of oxygen, nutrients, and immune cells required for effective tissue repair and regeneration [6].

Concurrently, CSS induced profound dysregulation within the skin-associated immune system. The depletion of protective cell populations—specifically neutrophils, macrophages, and lymphocytes—suppresses essential elements of antimicrobial defense, inflammatory coordination, and adaptive immunity. This systemic immunotolerance is accompanied by the hyperactivation of resident mast cells and eosinophilic infiltration, signaling the development of a neurogenic inflammatory state. Mast cells serve as key bridges along the neuroimmune axis and are highly responsive to stress signals. Their overactivation triggers an excessive release of mediators that can drive local inflammation, vascular permeability, and pruritus.

Ultimately, CSS creates a highly detrimental environment where the skin is immunologically weakened yet concurrently trapped in a persistent, low-grade inflammatory state. Such a state may explain why chronic stress is associated with worsening of inflammatory dermatoses, increased itching, impaired barrier function, and delayed tissue recovery [1, 4, 7].

Conclusion. CSS causes significant structural and immunological disturbances in the skin, leading to impairment of epidermal barrier integrity and dysregulation of local immune responses. Stress-induced epidermal thinning, abnormal keratinization, and vascular changes were accompanied by suppression of innate and adaptive immune components, while resident mast cells showed pronounced activation. These findings indicate that chronic stress disrupts skin homeostasis through combined barrier damage, immune suppression, and activation of pro-inflammatory neuroimmune mechanisms.

References:

1. Bobok, N.; Taskesen, T. Stress-Induced Changes of the Skin: A Narrative Review. *Cureus* 2025, 17, e96285. <https://doi.org/10.7759/cureus.96285>.
2. Graubard, R.; Perez-Sanchez, A.; Katta, R. Stress and Skin: An Overview of Mind Body Therapies as a Treatment Strategy in Dermatology. *Dermatol. Pract. Concept.* 2021, 11, e2021091. <https://doi.org/10.5826/dpc.1104a91>.
3. Gaudenzio, N.; Basso, L. A neuroimmune circuit links stress to skin inflammation. *Science* 2026, 391, 1208–1209. <https://doi.org/10.1126/science.aef7718>.
4. Zhang, H.; Wang, M.; Zhao, X.; Wang, Y.; Chen, X.; Su, J. Role of stress in skin diseases: A neuroendocrine-immune interaction view. *Brain Behav. Immun.* 2024, 116, 286–302. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2023.12.005>.
5. Duarte, M.; Pedrosa, S.S.; Khusial, P.R.; Madureira, A.R. Exploring the interplay between stress mediators and skin microbiota in shaping age-related hallmarks: A review. *Mech. Ageing Dev.* 2024, 220, 111956. <https://doi.org/10.1016/j.mad.2024.111956>.
6. Chen, Y.; Lyga, J. Brain-skin connection: stress, inflammation and skin aging. *Inflamm. Allergy Drug Targets* 2014, 13, 177–190. <https://doi.org/10.2174/1871528113666140522104422>.
7. Mochel, K.; Bronte, J.; Kasaba, M.; Vempati, A.; Tam, C.; Hazany, S. The Impact of Psychological Stress on Wound Healing: Implications for Neocollagenesis and Scar Treatment Efficacy. *Clin. Cosmet. Investig. Dermatol.* 2025, 18, 1625–1637. <https://doi.org/10.2147/CCID.S528730>.

ADAPTATION SPECIFICS AND NEW LIVING CONDITIONS OF WOMEN IN THE PERINATAL PERIOD: THE EXPERIENCE OF UKRAINIAN REFUGEES

Larysa Shelestova

Doctor of Medical Sciences, Professor,
Department of Obstetrics and Gynecology,
Donetsk National Medical University

Since the beginning of the war in Ukraine, neighboring countries have been receiving and registering thousands of Ukrainian refugees daily [2, 6, 8]. A significant number of these refugees are pregnant women who are highly vulnerable and thus require rapid adaptation [12]. The ongoing war, fear of an uncertain future, destroyed housing, instability regarding further life in host countries, and the lack of a stable income lead to stress reactions, which are further exacerbated by continuous news about the war from their home countries (3, 4). It has been proven that refugee or internally displaced person status is associated with an increased risk of psycho-emotional problems in women during pregnancy and the postpartum period [5, 9, 10]. Currently, there are only isolated studies analyzing the challenges faced by pregnant Ukrainian refugees in new socio-cultural realities.

The works of Polish scientists highlight the experience of local midwives in providing assistance to pregnant Ukrainian women after the outbreak of the full-scale war [1, 7]. Pregnant refugees from Ukraine experienced numerous traumatic events, which determines their increased need for emotional support. The authors note that the most common reactions among patients were crying, elevated anxiety, irritability, fear, alienation, and a constant search for information about the situation in their homeland. In the postpartum period, difficulties with breastfeeding were observed, which researchers attribute to the consequences of chronic stress [1].

Through conducting online semi-structured interviews within a qualitative study, it was possible to identify key barriers in the care of pregnant refugees from Ukraine:

linguistic, cultural, educational, and psychological. A separate group consisted of problems caused by cultural differences (including traditions and manifestations of passivity or alienation) and assimilation processes, which are reflected in instrumental acculturation and informational reorientation [7]. Researchers emphasize that providing information about the medical systems of Poland and neighboring states in the Ukrainian language is a crucial factor for ensuring quality perinatal care [2].

At the same time, the experience of other European countries demonstrates the importance of the human factor in overcoming the aforementioned barriers. In particular, the professional and respectful attitude of Norwegian healthcare professionals toward Ukrainian refugees contributed to the formation of a positive motherhood experience and partially compensated for the difficulties associated with communication and adaptation in a foreign healthcare system [9]. Alongside Norway, the issues of adaptation and the psycho-emotional state of internally displaced women were actively studied in Lithuania. Lithuanian scientists conducted a comparative survey among Ukrainian refugees and local women [5].

To assess the risk of developing depression in the early postpartum period, the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) was used, and medical records from maternity wards were analyzed. The results showed that the average EPDS score among Ukrainian women was significantly higher than that of Lithuanian women. At the same time, Ukrainian women who evacuated to close relatives had lower scores compared to those who fled conflict zones without any support. Researchers emphasize that the dissemination of clear information regarding the rules of perinatal care in the host country can significantly reduce psychological distress among pregnant women [5].

Furthermore, forced displacement due to war leads to a radical change in the social status of women. This manifests in the loss of their habitual lifestyle, the disruption of daily connections with loved ones, financial difficulties, and limited access to the usual level of healthcare. The problem of finding a qualified healthcare professional (a doctor

or a midwife) who could comprehensively meet the patient's needs in the new conditions is particularly acute [2].

Ukrainian women also report limited social support (the absence of friends and relatives) and living in isolation due to immigration. As studies show, a deficit in social support (both subjectively perceived and actual) acts as a significant factor that substantially complicates a woman's well-being in the perinatal period [11].

The experience of European authors confirms a deficit of scientific data regarding the specifics of the perinatal period among Ukrainian refugees and the practical activities of healthcare professionals in host countries. Further research focused on studying the socio-psychological well-being of pregnant Ukrainian women is highly essential. The results obtained should serve as a foundation for developing effective methodological guidelines aligned with modern standards of European medicine.

References

1. Chrzan-Dętkoś M, Murawska NE. «We are in this together» - Polish midwives' reflections on perinatal care for Ukrainian women after the outbreak of war. *Health Psychol Rep.* 2023; 11 (3): 177-187.
2. Chrzan-Dętkoś M, Rodriguez-Muñoz MF, Krupelnytska L, Morozova-Larina O, Vavilova A, López H G, Murawaska N, Radoš SN. Good Practices in Perinatal Mental Health for Women during Wars and Migrations: A Narrative Synthesis from the COST Action Riseup-PPD in the Context of the War in Ukraine. *Clinica y Salud.* 2022; 33 (3): 127-135.
3. Zabłocka-Żytka, L., & Lavdas, M. (2023). The stress of war. Recommendations for the protection of mental health and wellbeing for both Ukrainian refugees as well as Poles supporting them. *Psychiatria Polska*, 57 (4), 729–746.
4. Zhabchenko IA, Korniets NG, Kovalenko TM, Tertychna-Telyuk SV, Lishchenko IS, Bondarenko OM. War, stress, pregnancy: how to reconcile problematic issues? *Reproductive Health of Woman.* 2023; 1: 21-28.
5. Kostiuk O, Shunko Y, Jusiene R, Breidokiene R, Drejeriene V, Lesinkiene S, Valiulis A. Postpartum depression in Ukrainian refugee women who gave birth abroad after beginning of large-scale war. *Cent Eur J Public Health.* 2024; 32 (4): 236-242.

6. Kumar B. N., James R., Hargreaves S., Bozorgmehr K., Mosca D., Hosseinalipour S. M., et al. (2022). Meeting the health needs of displaced people fleeing Ukraine: drawing on existing technical guidance and evidence. *Lancet Reg. Health Eur.* 17: 100403.
7. Leoniuk K, Sobczak K, Kamińska-Skrzyńska W, Janaszczyk A. Midwives' Experiences of Caring for Ukrainian War Refugees: A Qualitative Study. *Risk Manag Health Policy.* 2025;18:2505-2514.
8. Lloyd A. T., Sirkeci I. (2022). A long-term view of refugee flows from Ukraine: war, insecurities, and migration. *Migr. Lett.* 19, 523–535.
9. Lukasse M, Akhmedova F, Oommen H. Ukrainian refugee women's experience with maternity care in Norway: A qualitative study. *Eur J Midwifery.* 2025; 9.
10. Miliutina KL, Makaruk KM. Psychological well-being of pregnant women during the war. *Journal of modern psychology.* 2022; 3 (26): 92-100.
11. Rodríguez-Muñoz MF, Chrzan-Dętkoś M. Refugee women and perinatal mental health: the experience of war. *Arch Women's Ment Health.* 2025; 28: 197–199.
12. Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. At Security Council, UN Deputy Relief Chief warns of growing civilian suffering in Ukraine. New York: OCHA; 2025. <https://www.unocha.org/news/security-council-un-deputy-relief-chief-warns-growing-civilian-suffering-ukraine>

Для нотаток