



**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**

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

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.