



**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

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.