



**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**

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

**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 (доксидиклін, міноциклін та сарезиклін), 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>