

International Science Group

ISG-KONF.COM

VII International Scientific and Practical Conference «Vectors of scientific progress: international experience and strategic priorities»

October 20–23, 2026
Oslo, Norway

ISBN - 979-8-90671-561-6
DOI – 10.46299/ISG.2026.2.7

33.	Kostyshyn O., Rudnikov Y., Nastenko I.A. DILATION AND NARROWING OF THE AORTA IN A TRANSLATIONAL–ROTATIONAL BLOOD FLOW MODEL: WALL SHEAR, ROTATION AND THE ROLE OF WALL ACTIVITY	154
34.	Kurafieieva O., Vesnin V. NEGATIVE PRESSURE WOUND THERAPY IN OPEN EXTREMITY FRACTURES: CONFLICTING EVIDENCE AND CLINICAL IMPLICATIONS	160
35.	Zhunussov A.S., Islamyarova A.R., Amantayeva A.A. THE STUDY OF THE EFFECT OF MUSIC THERAPY ON THE RECOVERY OF PATIENTS AFTER STROKE	162
36.	Боровський Б.М., Боровська К.В. ВИКОРИСТАННЯ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ У СУЧАСНІЙ ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ	170
37.	Веснін В.В., Фадєєв О.Г., Фісун К.О., Саламін К.О. ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ ОСТЕОАРТРОЗ ПІСЛЯ ПЕРЕЛОМІВ ПЛАТО ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ: ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА СУЧАСНІ СТРАТЕГІЇ ПРОФІЛАКТИКИ	174
38.	Павлова С.О., Дащук А.М. СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ РОЗАЦЕА	178
39.	Пучков В.А., Сюсюка В.Г., Онопченко С.П., Богуславська Н.Ю., Колокот Н.Г. АНТЕНАТАЛЬНА ПРОФІЛАКТИКА РЕСПІРАТОРНОГО ДИСТРЕС-СИНДРОМУ НОВОНАРОДЖЕНИХ	181
40.	Черненко Л.М., Русавська С.О. ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ ТА ЇЇ ЗВ'ЯЗОК ІЗ ПОКАЗНИКАМИ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ	185
MINING AND OIL AND GAS TECHNOLOGIES		
41.	Rastsvietaiev V., Yashyn D. ON THE ISSUE OF DEVELOPING A COMBINED METHOD FOR REMOVING PARAFFIN DEPOSITS IN OIL AND GAS PIPELINES	189

АНТЕНАТАЛЬНА ПРОФІЛАКТИКА РЕСПІРАТОРНОГО ДИСТРЕС-СИНДРОМУ НОВОНАРОДЖЕНИХ

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

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

Онопченко С. П.
кандидат медичних наук, асистент кафедри акушерства і гінекології, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Богуславська Н. Ю.
медичний директор, 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

Респіраторний дистрес-синдром (РДС) новонароджених залишається однією з основних причин захворюваності та смертності серед недоношених дітей, який виникає переважно у недоношених новонароджених. Його розвиток пов’язаний насамперед із функціональною та структурною незрілістю легень, дефіцитом сурфактанту, порушенням альвеоляризації та незрілістю механізмів легеневої адаптації після народження. Ризик і тяж кість РДС обернено пропорційні гестаційному віку і масі тіла при народженні [1, 2]. Ендогенні глюкокортикоїди відіграють ключову роль у підготовці плода до позаутробного життя. Вони прискорюють диференціацію пневмоцитів II типу, підвищують синтез фосфоліпідів і сурфактант-асоційованих білків, сприяють структурному дозріванню легеневої паренхіми, зменшенню товщини міжальвеолярних перегородок і підвищенню легеневого комплаєнсу. Антенатальні кортикостероїди впливають не тільки на легені. Вони сприяють дозріванню серцево-судинної системи, кишечника, нирок і центральної нервової системи, що

пояснює зменшення частоти внутрішньошлуночкових крововиливів і некротизуючого ентероколіту [2]. Тому найбільш ефективним методом антенатальної профілактики є призначення кортикостероїдів вагітним із високою ймовірністю передчасних пологів. Однак системний характер їхньої дії є також підставою для обережності щодо невиправданого призначення [3].

Максимальна користь антенатальних кортикостероїдів спостерігається тоді, коли пологи відбуваються впродовж 24 годин - 7 діб після початку лікування [1, 4-6]. Найбільш вивченими препаратами є бетаметазон і дексаметазон. Основні рекомендовані схеми (бетаметазон: 12 мг внутрішньом'язово, дві дози з інтервалом 24 години; дексаметазон: 6 мг внутрішньом'язово, чотири дози з інтервалом 12 годин. Сумарна доза в обох випадках становить 24 мг [4].

Призначення препаратів повинно ґрунтуватися не лише на гестаційному віці, але й на реальній ймовірності народження дитини впродовж наступних семи днів, наявності або відсутності внутрішньоамніотичної інфекції, особливостях перебігу вагітності та можливостях неонатальної допомоги [5].

Лікування не повинно відкладати екстрене розродження за життєвими показаннями з боку матері або плода. Якщо завершити повний курс неможливо, доцільно ввести хоча б першу дозу, оскільки певний клінічний ефект може формуватися вже впродовж перших 24 годин. ВООЗ рекомендує застосовувати кортикостероїди навіть тоді, коли повний курс до пологів, імовірно, не буде завершений [4].

Оптимальний ефект антенатальних кортикостероїдів спостерігається, якщо дитина народжується через 24 години - 7 діб після початку курсу. Основною проблемою клінічної практики є не недостатня частота призначення препаратів, а неточне визначення часу лікування. Значна частина вагітних із симптомами загрози передчасних пологів не народжує впродовж семи днів, унаслідок чого терапія плода може не забезпечувати очікуваної користі [1, 4, 5]. Тому самі лише маткові скорочення без структурних змін шийки матки не повинні автоматично розглядатися як показання до введення кортикостероїдів. Рішення необхідно приймати з урахуванням динаміки шийки матки, її довжини за даними трансвагінальної цервікометрії, результатів тестування на фетальний фібронектин або інших біомаркерів, факту розриву плодових оболонок, акушерського анамнезу та наявності показань до планового достроkового розродження. У терміні 34^{+0} - 36^{+6} тижня потенційна користь кортикостероїдів є меншою, ніж при ранніх передчасних пологах, а співвідношення користі та ризику більш суперечливе. Society for Maternal-Fetal Medicine рекомендує один курс бетаметазону при одноплідній вагітності, високій імовірності пологів упродовж семи днів і відсутності попереднього курсу. Водночас препарати не слід призначати, якщо ймовірність пологів до 37 тижнів є низькою. Ці рекомендації були повторно підтверджені у 2025 році [1, 5].

Перспективним напрямом є застосування багатофакторних прогностичних моделей, які об'єднують клінічні дані, довжину шийки матки та біохімічні маркери. Їхня мета полягає у збільшенні частки дітей, народжених у межах терапевтичного вікна, та зменшенні необґрунтованого призначення

кортикостероїдів вагітним [6]. Підходи міжнародних організацій відрізняються. ВООЗ не рекомендує рутинне застосування кортикостероїдів перед плановим кесаревим розтином у терміні 34^{+0} - 36^{+6} тижня, тоді як окремі національні протоколи допускають селективне застосування бетаметазону за чітких критеріїв високого ризику пізніх передчасних пологів [1, 4-6].

Ефект першого курсу поступово зменшується, якщо вагітність пролонгується понад 7 діб. ВООЗ рекомендує один повторний курс за умови, якщо попередній курс був проведений щонайменше сім діб тому і зберігається висока ймовірність пологів упродовж наступного тижня [4]. Американські рекомендації передбачають повторний курс переважно до 34 тижнів, якщо від попереднього введення минуло понад 14 діб, хоча в окремих клінічних ситуаціях він може бути проведений через сім діб [4, 6].

Важливим резервом покращення результатів є не розширення застосування кортикостероїдів, а підвищення точності відбору пацієнток. Досвід міжнародних досліджень показує, що ефективність терапії залежить від точного визначення гестаційного віку, коректної діагностики неминучих передчасних пологів і доступності належної допомоги новонародженому [1, 3, 6, 8].

Європейські рекомендації 2025 року наголошують, що профілактика і лікування РДС потребують тісної взаємодії акушерів, фахівців медицини плода, анестезіологів і неонатологів. Сучасна концепція профілактики РДС виходить за межі безпосередньої медикаментозної стимуляції дозрівання легень. Вона включає профілактику спонтанних і медично індукованих передчасних пологів, обґрунтоване використання антенатальних кортикостероїдів, створення терапевтичного вікна для завершення курсу, транспортування вагітної до перинатального центру, контроль материнських захворювань та планування оптимального часу і способу розродження [1, 3, 5, 7, 9].

Список літератури

1. Sweet DG, Carnielli VP, Greisen G, Hallman M, Klebermass-Schrehof K, Ozek E, Te Pas A, Plavka R, Roehr CC, Saugstad OD, Simeoni U, Speer CP, Vento M, Visser GHA, Halliday HL. European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome: 2022 Update. Neonatology. 2023;120(1):3-23. doi: 10.1159/000528914.

2. McGoldrick E, Stewart F, Parker R, Dalziel SR. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. Cochrane Database Syst Rev. 2020;12(12):CD004454. doi: 10.1002/14651858.CD004454.pub4.

3. Ninan K, Liyanage SK, Murphy KE, Asztalos EV, McDonald SD. Evaluation of Long-term Outcomes Associated With Preterm Exposure to Antenatal Corticosteroids: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Pediatr. 2022;176(6):e220483. doi: 10.1001/jamapediatrics.2022.0483.

4. Vogel JP, Ramson J, Darmstadt GL, Qureshi ZP, Chou D, Bahl R, Oladapo OT. Updated WHO recommendations on antenatal corticosteroids and tocolytic therapy for improving preterm birth outcomes. Lancet Glob Health. 2022;10(12):e1707-e1708. doi: 10.1016/S2214-109X(22)00434-X.

5. Society for Maternal-Fetal Medicine, Publications Committee. Electronic address: pubs@smfm.org. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #58: Use of antenatal corticosteroids for individuals at risk for late preterm delivery: a response. Am J Obstet Gynecol. 2022;226(6):877. doi: 10.1016/j.ajog.2022.01.016.

6. Kimpton J, Sammut A, Cox DJ. Antenatal corticosteroids and longer term outcomes. BMJ. 2023;382:1722. doi: 10.1136/bmj.p1722.

7. Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 713: Antenatal Corticosteroid Therapy for Fetal Maturation. Obstet Gynecol. 2017;130(2):e102-e109. doi: 10.1097/AOG.0000000000002237.

8. Sultana S, Bruinsma F, Fisher Z, Homer CSE, Vogel JP. Long-term outcomes of antenatal corticosteroids for preterm birth: An overview of systematic reviews. PLOS Glob Public Health. 2025;5(5):e0004575. doi: 10.1371/journal.pgph.0004575.

9. Tang WZ, Xu WZ, Cai QY, Huang KJ, Xu HY, Li JZ, Deng BY, Chen HW, Wen L, Wang L, Liu TH. Impact of antenatal corticosteroid therapy on neonatal outcomes in twin pregnancies. J Transl Med. 2025;23(1):739. doi: 10.1186/s12967-025-06679-w.