



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

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

**III Всеукраїнської науково-практичної конференції
«МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ,
ГІНЕКОЛОГІЇ, КОСМЕТОЛОГІЇ ТА ЕСТЕТИЧНІЙ МЕДИЦИНІ»**

25-26 жовтня 2024 р.



**М. ЗАПОРІЖЖЯ
2024**

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

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

**III Всеукраїнської науково-практичної конференції
«МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ,
ГІНЕКОЛОГІЇ, КОСМЕТОЛОГІЇ ТА ЕСТЕТИЧНІЙ МЕДИЦИНІ»**

25-26 жовтня 2024 р.

Запоріжжя – 2024

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.

Рябоконт Юрій Юрійович, директор ННПО Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, доктор медичних наук, професор кафедри дитячих інфекційних хвороб.

Макуріна Галина Іванівна, Завідувач кафедри дерматовенерології та естетичної медицини Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, доктор медичних наук, професор.

Сюсюка Володимир Григорович, завідувач кафедри акушерства і гінекології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, доктор медичних наук, професор кафедри.

Авраменко Наталія Вікторівна, завідувач кафедри акушерства, гінекології та репродуктивної медицини Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, доктор наук з державного управління, кандидат медичних наук, професор.

Городокіна Лілія Олексіївна, асистент кафедри дерматовенерології та естетичної медицини Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, доктор філософії.

М90 **Мультидисциплінарний підхід в дерматовенерології, гінекології, косметології та естетичній медицині** : збірник матеріалів III Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Запоріжжя, 25-26 жовтня 2024 р.). – Запоріжжя : ЗДМФУ, 2024. – 50 с.

УДК 616.5+618.1](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.*

Загальні питання:

тел. (+38) 066 646 88 82 (Городокіна Лілія Олексіївна)

email – lilgrdkn@gmail.com

Реєстрація учасників конференції:

тел. (+38) 066 646 88 82 (Городокіна Лілія Олексіївна)

Контакт для доповідачів:

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

тел. (+38) 099 098 82 55 (Сюсюка Володимир Григорович)

Для підключення до конференції – перейдіть за наступним посиланням –

[https://teams.microsoft.com/l/meetup-](https://teams.microsoft.com/l/meetup-join/19%3a0wObFSqaxNcxcmMLpR4DPcwfaCYQgY7KTYF1qCxOcd81%40thread.tacv2/1728485664203?context=%7b%22Tid%22%3a%227b7bfb43-5c68-4ad7-8fb5-23ce7f825b00%22%2c%22Oid%22%3a%220593d079-251d-438e-a172-2b8602c330e2%22%7d)

[join/19%3a0wObFSqaxNcxcmMLpR4DPcwfaCYQgY7KTYF1qCxOcd81%40threa](https://teams.microsoft.com/l/meetup-join/19%3a0wObFSqaxNcxcmMLpR4DPcwfaCYQgY7KTYF1qCxOcd81%40thread.tacv2/1728485664203?context=%7b%22Tid%22%3a%227b7bfb43-5c68-4ad7-8fb5-23ce7f825b00%22%2c%22Oid%22%3a%220593d079-251d-438e-a172-2b8602c330e2%22%7d)

[d.tacv2/1728485664203?context=%7b%22Tid%22%3a%227b7bfb43-5c68-4ad7-](https://teams.microsoft.com/l/meetup-join/19%3a0wObFSqaxNcxcmMLpR4DPcwfaCYQgY7KTYF1qCxOcd81%40thread.tacv2/1728485664203?context=%7b%22Tid%22%3a%227b7bfb43-5c68-4ad7-8fb5-23ce7f825b00%22%2c%22Oid%22%3a%220593d079-251d-438e-a172-2b8602c330e2%22%7d)

[8fb5-23ce7f825b00%22%2c%22Oid%22%3a%220593d079-251d-438e-a172-](https://teams.microsoft.com/l/meetup-join/19%3a0wObFSqaxNcxcmMLpR4DPcwfaCYQgY7KTYF1qCxOcd81%40thread.tacv2/1728485664203?context=%7b%22Tid%22%3a%227b7bfb43-5c68-4ad7-8fb5-23ce7f825b00%22%2c%22Oid%22%3a%220593d079-251d-438e-a172-2b8602c330e2%22%7d)

[2b8602c330e2%22%7d](https://teams.microsoft.com/l/meetup-join/19%3a0wObFSqaxNcxcmMLpR4DPcwfaCYQgY7KTYF1qCxOcd81%40thread.tacv2/1728485664203?context=%7b%22Tid%22%3a%227b7bfb43-5c68-4ad7-8fb5-23ce7f825b00%22%2c%22Oid%22%3a%220593d079-251d-438e-a172-2b8602c330e2%22%7d)

ЗМІСТ

Макуріна Г.І., Сюсюка В.Г., Чорненька А.С.	6
ВІКОВІ ЗМІНИ ШКІРИ У ЖІНОК	
Лахно І. В., Дьоміна О. В., Сикал І. М., Ромаєва В. П., Шаповал Д. М., Пак С. О.	10
МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ВЗАЄМОДІЇ У ВЕДЕННІ ЖІНОК З НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ	3
Соловйова Н.М., Сюсюка В.Г.	16
РІВЕНЬ ПЕРЕЖИВАННЯ СТРЕСУ У ВАГІТНИХ З РЕПРОДУКТИВНОЮ ВТРАТОЮ В АНАМНЕЗІ	
Пучков В.А.	22
ОЦІНКА ЦИТОПРОТЕКТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ РАННІЙ ФОРМІ ЗАТРИМКИ РОСТУ ПЛОДА	
Сюсюка В.Г., Бєленічев І. Ф., Кириченко М.М.	26
ВПЛИВ ГІПЕРТЕНЗИВНИХ РОЗЛАДІВ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ НА ГЕМОДИНАМІКУ СИСТЕМИ МАТИ-ПЛАЦЕНТА-ПЛІД ТА МАСОВО-РОСТОВІ ПОКАЗНИКИ НОВОНАРОДЖЕНИХ	
Сюсюка В.Г., Павлюченко М.І., Сергієнко М.Ю., Дейніченко О.В.	29
МЕНЕДЖМЕНТ МЕНОПАУЗАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ: ПРОТИПОКАЗАННЯ ЩОДО ПРИЗНАЧЕННЯ МЕНОПАУЗАЛЬНОЇ ГОРМОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ	
Сюсюка В.Г., Деміденко О.В., Сергієнко М.Ю., Онопченко С.П.	32
МENOПАУЗА ТА АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ	
Ганжий І.Ю., Шаповал О.С.	35
ГІПЕРПЛАСТИЧНІ ПРОЦЕСИ ЕНДОМЕТРІЯ НА ТЛІ ПРИЙОМУ ТАМАКСИФЕНУ	
Городокіна Л.О.	39
ПСИХОПАТОЛОГІЧНИЙ АКЦЕНТ ПРИ ВЕДЕННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАПАЛЬНИМИ УРАЖЕННЯМИ ШКІРИ	

Шелестова Л.П.	42
ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕРМІНУ РОЗРОДЖЕННЯ ЖІНОК З АЛІМЕНТАРНО- КОНСТИТУЦІОНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ	
Синах О.К.	45
ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГІСТОЛОГІЧНОЇ КАРТИНИ УРАЖЕНЬ ШКІРИ ПРИ КЛІМАКТЕРІЧНІЙ КЕРАТОДЕРМІЇ	
Shevchenko A.O., Kyryliuk O.D.	47
ASSESSMENT OF THE OUTCOMES OF PREGNANT WOMEN WITH A THREAT OF PRETERM BIRTH DELIVERY AGAINST THE BACKGROUND OF PROPOSED THERAPY	

12. Wilkinson HN, Hardman MJ. The role of estrogen in cutaneous ageing and repair. *Maturitas*. 2017;103:60-64.
13. Verdier-Sévrain S, Bonté F, Gilchrist B. Biology of estrogens in skin: implications for skin aging. *Exp Dermatol*. 2006;15(2):83-94.
14. Lephart ED. A review of the role of estrogen in dermal aging and facial attractiveness in women. *J Cosmet Dermatol*. 2018;17(3):282-288.
15. Calleja-Agius J, Muscat-Baron Y, Brincat MP. Skin ageing. *Menopause Int*. 2007;13(2):60-4.
16. Calleja-Agius J, Brincat M. The effect of menopause on the skin and other connective tissues. *Gynecol Endocrinol*. 2012;28(4):273-7.
17. Makurina G. I., Siusiuka V. G., Chornenka A. S., Shevchenko A. O., Cherneda L. O. Modern approaches to the correction of age-related skin changes in women. *Reproductive health of woman*. 2023;4(67):29-34.
18. Militello R, Luti S, Gamberi T, Pellegrino A, Modesti A, Modesti PA. Physical Activity and Oxidative Stress in Aging. *Antioxidants (Basel)*. 2024;1,13(5):557.

МІЖДИСЦИПЛІНАРНІ ВЗАЄМОДІЇ У ВЕДЕННІ ЖІНОК З НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ

**Лахно І. 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

Звична втрата вагітності (ЗВВ) – трагічна опція жінки репродуктивного віку. У більшості країн ЗВВ розглядається як втрата 3 або більше вагітностей у термінах до 24 тижнів. Насьогодні викликають сумнів більшість діагностичних і терапевтичних інтервенцій у даної категорії жінок [1]. Є думки, що запорукою прогресу в даній галузі може бути пошук рішень у міждисциплінарній площині.

Причина ЗВВ залишається невідомою у більше половини випадків. Традиційно виділяють ендокринні, іммунологічні, генетичні причини, а також тромбофілію і вплив зовнішнього середовища. Безумовно, пошук і впровадження оптимальних протоколів ведення жінок із ЗВВ є одним із сучасних пріоритетів. Нещодавно з`явилася концепція OPTIMUM (OPTimization of Thyroid function, Thrombophilia, Immunity, and Uterine Milieu – оптимізація функції щитоподібної залози, тромбофілія, імунітет і стан матки) [2]. Проте дослідження останніх років змінюють уявлення про доцільність існуючих підходів.

Провідною причиною ЗВВ серед ендокринних порушень є недостатність лютеїнової фази (НЛФ) циклу. Серед відомих ефектів прогестерону: забезпечення секреторної трансформації ендометрію, пригнічення скоротливої активності матки відповідно до теорії «гойдалок» Csapo A., імуномодулюючий вплив і пригнічення Т-клітин, контроль продукції цитокінів. Залишається невирішеним питання щодо повної відповідності препаратів прогестерону описаним ефектам. Немає достатніх доказів, щоби рекомендувати використання прогестерону для підвищення рівня живонароджуваності у жінок із ЗВВ. Слід

продовжувати дослідження різних форм препаратів прогестерона, а також розпочинати лікування НЛФ на етапі прекоцепційної підготовки [3].

Тромбофілія відіграє значну роль у патогенезі багатьох гестаційних ускладнень. Прийнято виділяти вроджену (мутація Лейдена, дефіцит протеїну С і S, мутація гену протромбіну), набуту (антифосфоліпідний синдром (АФС)) і пов'язану з преєклампсією матково-плацентарну тромбофілію. Нещодавно встановлено, що рівень мутації Лейдена і мутації гену протромбіну в жінок із ЗВВ не відрізняється від загальнопопуляційного. До того ж ефект лікування низькомолекулярними гепаринами на рівень живонароджуваності у жінок із ЗВВ відсутній [4]. Тому слід припинити тестування на вроджену тромбофілію пацієток із ЗВВ, а також уникати призначення препаратів гепарину даній категорії хворих. Про АФС відомо вже майже 40 років. Посиланнями для вивчення цієї патології стали численні спостереження, що у пацієток із ЗВВ, преєклампсією із раннім початком і (або) синдромом затримки росту плода під час вагітності відзначалася хибно-позитивна реакція на сифіліс – VDRL (venereal disease research lab). АФС є маркером аутоімунної патології. Згідно з сучасними лабораторними критеріями діагностики АФС антифосфоліпідні антитела можуть належати до одного з трьох типів: ВАК (вівчаковий антикоагулянт), антикардіоліпінові антитела і антитела до β_2 -глікопротеїну. Діагноз АФС може бути встановлений при наявності одного лабораторного та одного клінічного критерію з оновленої класифікації діагностичних критеріїв Саппоро. АФС зустрічається як у пацієток із системним червоним вівчаком, так і у вагітних без аутоімунних захворювань (первинний АФС). Достатньо рідко АФС проявляється множинними тромбозами, що відомо як катастрофічний АФС. Дані Shehata Н. та співавт., 2023 демонструють недоцільність обстеження вагітних із ЗВВ на АФС, а також призначення препаратів гепарину [1]. Тому обстеження на тромбофілію має бути виключене із клінічних протоколів і настанов щодо менеджменту жінок із ЗВВ.

Каріотипування подружжя із ЗВВ раніше було стандартом. Однак рівень генетичної патології у пацієнтів із ЗВВ не є вищим за загальнопопуляційний. Шанси хромосомної патології також не є збільшеними. Прийняття рішення про каріотипування має ґрунтуватися на народженні дитини з генетичними аномаліями при попередніх вагітностях або обтяженому сімейному анамнезі. Відомий підхід із використанням преімплантаційної діагностики ембріонів у програмі екстракорпорального запліднення не підтвердив своєї доцільності при ЗВВ [5].

При наявності структурних аномалій: перетинки, поліпу ендометрію або міоми матки немає одностайних доказових підходів до ведення пацієток із ЗВВ. Проте практично домінує принцип максималізму в діагностиці та лікуванні з застосуванням міні-інвазивних технологій. При обстеженні подружньої пари слід робити наголос на вивченні інфекційних факторів ЗВВ. Вагінальний дисбіоз призводить до підвищеної продукції цитокінів і ЗВВ. Особливий практичний інтерес мають дослідження вагінального мікробіому і сперми. Новітні дані підтверджують зв'язок між складом мікробіоти піхви та ризиком викидня. Проте механізми, що лежать у основі, ще погано вивчені. Є дані, що підвищений рівень прозапальних цитокінів може бути причиною викидня при нормальному каріотипі ембріону [6].

Теорія імунної взаємодії між матір'ю та плодом є досить добро відомою останні 50 років. Хоріон, а потім плацента відіграють певну роль у забезпеченні толерантності материнського імунітету до фетального аллогraftу через невідповідність HLA-антигенів. Аллоімунний конфлікт є ознакою кровозмішування при шлюбах між близькими родичами. Насьогодні доведена роль аллоконфлікту у розвитку ЗВВ серед жінок скандинавок, які народили хлопчиків. Проте скринінгові тести на лімфоцитотоксичні антитіла і гетерофільні гемолізину було визнано недоцільними і марними. Останніми роками збільшується кількість даних про роль аутоімунних процесів, не пов'язаних з

АФС, у патогенезі ЗВВ. У дослідженні Gameil M. та співавт., 2023 був встановлений підвищений більш, ніж у 4 рази відносний ризик викидня у жінок із гіпотиреозом, антитілами до тиреопероксидази або тиреоглобуліну (ВР 4,04, 95% ДІ=2,08-7,96, $p < 0,001$). Тому вивчення функції щитоподібної залози є дуже важливим у жінок із ЗВВ [7]. Антинуклеарні антитіла (АНА) – це група аутоантитіл, які націлені на компоненти клітинного ядра та зв'язуються з білками, нуклеїновими кислотами та комплексами білок-нуклеїнова кислота. Позитивні результати тестування на АНА, виражені в низьких титрах, зазвичай зустрічаються у здорових жінок, тоді як наявність високих титрів ($>1:160$) тісно пов'язана з аутоімунними захворюваннями, а саме системним червоним вівчаком, системною склеродермією та синдромом Шегрена. Ці стани значно підвищують рівень викиднів. У крос-секційному аналізі, що включав 4754 особи зі США, було показано, що поширеність позитивних АНА може досягати 13,8% і варіювати широко у різних популяціях, коливаючись від 5,92% у Китаї до 30,8% у афроамериканців. АНА-позитивність була вищою у жінок (17,8%), ніж у чоловіків (9,6%) [8].

Значну роль відіграє підвищена активність НК (natural killer – природній кіллер) - клітин, що стимулює відторгнення плода як аллотрансплантату. Роль цитотоксичності НК-клітин у несприятливих наслідках вагітності вже добре вивчена. Два десятиліття тому сімейство Toll-подібних рецепторів (TLR) було встановлено як один із важливих регуляторів імунної відповіді у процесі захисту від патогенів. Репродуктивний тракт жінки має доступ до зовнішнього середовища та унікальну взаємодію з різними патогенами. Серед них: патогенні мікроорганізми, звичайна мікрофлора, аллогенна сперма та напіваллогенний плід. Було припущено, що TLR можуть відігравати важливу роль у імунній регуляції жіночої репродуктивної системи. Крім того, було продемонстровано, що порушення імунітету можуть бути причиною деяких несприятливих наслідків вагітності, таких як преєклампсія, ЗВВ і затримка росту плода [9]. Наведені дані

демонструють, що хронічне запалення аутоімунної природи може бути причиною ЗВВ.

Лікування аутоімунної патології вимагає застосування преднізолону, що знижує рівень невиношування вагітності. Хлорохін та гідроксихлорохін є відомими протягом кількох століть протималярійними препаратами. Гідроксихлорохін має кращу комплаєнтність завдяки вираженим імуномодуючим властивостям. Тому його використовують для лікування аутоімунних та запальних захворювань. Відомо також наявність у гідроксихлорохіну ендотеліопротекторних, антидіабетогенних, ліпідознижувальних та антиоксидантних властивостей. Для корекції аутоімунних порушень у жінок із ЗВВ також використовують рекомбінантний гранулоцит-колонія стимулюючий фактор, інфузії інтраліпиду і такролімус [10]. Останній є потужним імунодепресантом, пригнічуючим трансплантаційний імунітет. Проте робити остаточні висновки ще зарано.

Сучасні погляди на менеджмент пацієнок із ЗВВ поступово трансформуються. Настав час для міждисциплінарного консенсуса між акушерами-гінекологами, генетиками, ендокринологами, гематологами, ревматологами та іншими спеціалістами. Завдання лікаря – використовувати оптимальні підходи з доведеною ефективністю та не витратити марно зайві кошти.

Література

1. Shehata H, Elfituri A, Doumouchsis SK, Zini ME, et al. FIGO Good Practice Recommendations on the use of progesterone in the management of recurrent first-trimester miscarriage. *Int J Gynaecol Obstet.* 2023;161,1:3-16. doi: 10.1002/ijgo.14717.

2. Kuroda K, Ikemoto Y, Horikawa T, et al. Novel approaches to the management of recurrent pregnancy loss: The OPTIMUM (OPTimization of Thyroid function,

Thrombophilia, Immunity, and Uterine Milieu) treatment strategy. *Reprod Med Biol.* 2021;14,20(4):524-536. doi: 10.1002/rmb2.12412.

3. Devall AJ, Papadopoulou A, Podesek M, et al. Progestogens for preventing miscarriage: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;19,4(4):CD013792. doi: 10.1002/14651858.CD013792.pub2.

4. Coomarasamy A, Dhillon-Smith RK, Papadopoulou A, et al. Recurrent miscarriage: evidence to accelerate action. *Lancet.* 2021;1,397(10285):1675-1682. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00681-4.

5. Salame, A.A., Zhaffal, M.J. & Peramo, B. Early pregnancy loss in IVF: a literature review. *Middle East Fertil Soc J* 29, 30 (2024). <https://doi.org/10.1186/s43043-024-00191-9>.

6. Ali A, Elfituri A, Doumouchsis SK, Zini ME, et al. Managing couples with recurrent miscarriage: A narrative review and practice recommendations. *Int J Gynaecol Obstet.* 2024;164(2):499-503. doi: 10.1002/ijgo.14971.

7. Gameil MA, Marzouk RE, Elsebaie AH, et al. Influence of thyroid autoimmunity at various clinical stages of hypothyroidism on the risk of miscarriage before 20 weeks of gestation. *Hormones (Athens).* 2023;22(4):587-593. doi: 10.1007/s42000-023-00474-2.

8. Liu T, Guo X, Liao Y, et al. Correlation Between the Presence of Antinuclear Antibodies and Recurrent Pregnancy Loss: A Mini Review. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2022;4,13:873286. doi: 10.3389/fendo.2022.873286.

9. Chan HY, Moldenhauer LM, Groome HM, et al. Toll-like receptor-4 null mutation causes fetal loss and fetal growth restriction associated with impaired maternal immune tolerance in mice. *Sci Rep.* 2021;16,11(1):16569. doi: 10.1038/s41598-021-95213-1.

10. Nakagawa K, Sugiyama R. Tacrolimus treatment in women with repeated implantation failures. *Reprod Med Biol.* 2024;9,23(1):e12558. doi: 10.1002/rmb2.12558.