

SCI-CONF.COM.UA

**INTERNATIONAL EXPERIENCE
IN SCIENTIFIC RESEARCH**



**PROCEEDINGS OF II INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
SEPTEMBER 25-27, 2025**

**CHICAGO
2025**

12. *Shukurova U. A., Azizova Sh. Sh.* 63
EFFICIENCY OF ANTERIOR TEETH RESTORATIONS USING
“INVISIBLE” ADHESIVE PROTOCOLS
13. *Voskanyan V. S., Petrosyan N. R., Harutyunyan S. A., Manasyan Sh. V., Karapetyan R. A.* 66
CLIMATIC RISKS AFFECTING HUMAN HEALTH
14. *Гонта З. М., Немеш О. М., Слаба О. М., Мінько Л. Ю., Шилівський І. В.* 81
ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ
ЛЮДЯМ З ПОРУШЕННЯМ ПСИХІКИ
15. *Кубрак М. А., Красний В. В.* 88
ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ
ВТРУЧАНЬ З ПРИВОДУ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ЗЛОЯКІСНИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ ТОВСТОЇ КИШКИ
16. *Михайленко В. В., Марченко Н. Б.* 93
РОЗВИКОК КОМП'ЮТЕРНО-ІНТЕГРОВАНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У
МЕДИЦИНІ
17. *Розюк І. А., Клітинська О. В.* 96
ЧАСТОТА ТРАВМАТИЧНОГО РУЙНУВАННЯ ЗУБІВ З
ЛІКОВАНИМИ КОРЕНЕВИМИ КАНАЛАМИ, ВІДНОВЛЕНИМИ
ПРЯМИМИ КОМПОЗИТНИМИ РЕСТАВРАЦІЯМИ
18. *Старовєр А. В., Гейдарова Е. Г., Лобода С. Е.* 100
ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ У ПАЦІЄНТОК ІЗ СИНДРОМОМ
АЛЬПОРТА
19. *Старовєр А. В., Зелінський Ю. О., Музиченко А. Р.* 106
ХРОНІЧНИЙ РИНОСИНУСИТ У ВАГІТНИХ: СУЧАСНІ
ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ
20. *Тоцька А. В., Неханевич О. Б., Корота Ю. В., Мохна В. С., Авраменко В. В., Неханевич Ж. М.* 112
КОМПЕНСАТОРНІ СТРАТЕГІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ
ЗОРОВО-ПРОСТОРОВИМ НЕГЛЕКТОМ ВНАСЛІДОК
МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ: ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ
ВІДНОВЛЕННЯ

CHEMICAL SCIENCES

21. *Восканян В., Петросян Н.* 122
НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ НЕСООТВЕТСТВИЯ ПРОЧНОСТИ
СВЯЗЕЙ В Si-O-Si МОСТИКАХ
22. *Хохотва О. П., Тарадай М. С., Сірідюк М. О.* 132
ОТРИМАННЯ ПОЛІФУНКЦІОНАЛЬНИХ СОРБЕНТІВ З
ВЕРХОВОГО ТОРФУ ДЛЯ ОЧИЩЕННЯ ВОДИ ВІД ВАЖКИХ
МЕТАЛІВ

ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ У ПАЦІЄНТОК ІЗ СИНДРОМОМ АЛЬПОРТА

Старовер Анжеліка Вікторівна,

к.м.н., доцент ЗВО

Гейдарова Ельвіра Гафарівна,

Лобода Софія Едуардівна

Студенти

Вінницький національний медичний університет

ім. М. І. Пирогова

м. Вінниця, Україна

Анотація: Хронічна хвороба нирок (ХХН) є однією з тяжких соматичних патологій, яка впливає на перебіг вагітності та стан плода, однак пролонгування вагітності можливе на всіх етапах захворювання, хоча її ведення може бути складним, а результати не такими благоприємними, як у загальній популяції. Індивідуальне консультування до вагітності та антенатальний догляд жінок з ХХН вимагає даних щодо конкретного захворювання. Гломерулярна нефропатія, що виникає внаслідок генетичних дефектів генів COL4A3/4/5, включаючи класичний синдром Альпорта (СА), є другим за поширеністю спадковим захворюванням нирок, характеризується стійкою гематурією, яка прогресує до потреби замісної нирки, а також часто пов'язана з сенсоневральною глухотою та порушенням з боку органу зору. Вагітність у жінок із СА супроводжується високим ризиком акушерських та нефрологічних ускладнень, включаючи прогресування хронічної ниркової недостатності, артеріальну гіпертензію та прееклампсію. Своєчасне міждисциплінарне обстеження і спостереження нефрологом й акушером-гінекологом дозволяє мінімізувати ризики та забезпечити індивідуалізований підхід до ведення вагітності.

Ключові слова: синдром Альпорта; вагітність; хронічна хвороба нирок; прееклампсія; акушерські ускладнення.

Актуальність. ХХН є загальновизнаним фактором ризику несприятливих

результатів вагітності. Захворювання нирок може вплинути на перебіг вагітності і навпаки, вагітність може вплинути на виникнення та прогресування вже існуючої ниркової недостатності та спричинити гостре порушення функції нирок. За даними різних епідеміологічних досліджень поширеність ХХН серед жінок репродуктивного віку сягає 3–4%, і хоча більшість пацієнток мають легкі форми ураження, саме вони часто стикаються з ускладненнями у період вагітності [1, с. 2]. Хоча ХХН не є бар'єром для репродуктивної функції у більшості жінок, ризик несприятливих результатів вагітності підвищений у цієї категорії пацієнток, що включає можливий розвиток прееклампсії, виникнення затримки внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВУР), передчасні пологи та прискорену втрату функції нирок у матері. Саме ниркова функція є центральним фактором, що визначає ризики: у жінок зі збереженою швидкістю клубочкової фільтрації перебіг вагітності може бути наближеним до нормального, тоді як за зниження ШКФ, наявності протеїнурії або артеріальної гіпертензії ймовірність ускладнень суттєво зростає [2, с. 2]. Особливу складність становлять спадкові нефропатії, зокрема СА. Це захворювання зумовлене мутаціями у генах COL4A3, COL4A4 або COL4A5, які кодують α -ланцюги колагену IV типу. Колаген IV є основним структурним компонентом базальних мембран клубочків нирок, внутрішнього вуха та ока. У нирках дефект клубочкових базальних мембран призводить до гематурії, протеїнурії, прогресуючої втрати функції нирок, ниркової недостатності. [3, с. 2]. Існують різні моделі успадкування захворювання, пов'язаного з COL4A3-5: Х-зчеплене (ген COL4A5, захворюваність – 65–80%), аутосомно-домінантне (гетерозиготи COL4A3 або COL4A4, захворюваність – 5–20%), аутосомно-рецесивне (гомозиготи COL4A3 або COL4A4, захворюваність – 15%). Незважаючи на високу варіабельність фенотипу, в цілому аутосомно-домінантне успадкування даного синдрому демонструє більш важкі фенотипи з часто значною протеїнурією в дитинстві, початком термінальної стадії захворювання нирок до 30 років і більш серйозним ураженням судин і нирок. СА може бути встановлений за допомогою генетичного тестування або біопсії нирки чи

шкіри. Через недостатню діагностику та неповну пенетрантність патогенних варіантів, поширеність діагнозу оцінюється в 1:50 000 живонароджених, тоді як прогнозована популяційна поширеність патогенних варіантів COL4A5 становить 1:2230, а гетерозиготних патогенних варіантів COL4A3 та COL4A4 1:106 у жінок без відомого захворювання нирок. [3, с. 2]. Клінічні прояви даного синдрому у жінок різноманітні: від безсимптомної гематурії до вираженої протеїнурії та зниження функції нирок. У значної частини пацієнок діагноз встановлюють у молодому віці, часто на основі сімейного анамнезу або при обстеженні з приводу гематурії. Важливо, що у вагітних з даним синдромом є не лише ризик прогресування ХХН у матері. Існує й великий ризик можливої передачі мутації плоду [4].

Матеріали та методи. Аналіз науково-практичних робіт іноземних вчених з ресурсів PubMed, Scopus, ScienceDirect, медплатформ за 2016-2025 рр.

Результати та їх обговорення. Перебіг вагітності у жінок із СА може суттєво відрізнятись від загальнопопуляційного. Результати ретроспективного дослідження 2025 року за участю 74 жінок із СА показали, що вагітність часто асоційована з прогресуванням захворювання та погіршенням функції нирок. Так, у 83% випадків були зафіксовані ускладнення, зокрема: артеріальна гіпертензія, преєклампсія, гестаційний діабет, набряковий синдром, істміко-цервікальна недостатність, ЗВУР, передчасний розрив плодових оболонок і гострий дистрес плоду. У 42% жінок після вагітності спостерігалось прогресування стадії СА: відзначалось підвищення протеїнурії та зниження розрахункової швидкості клубочкової фільтрації (рШКФ) після пологів, особливо у жінок з важкими варіантами або рШКФ < 90 мл/хв/1,73^{м2} до вагітності [5]. Враховуючи те, що ризик прогресування захворювання нирок на фоні даного синдрому є високим і прямо пропорційним до функціонального стану ниркової системи, прогностичною ознакою є вихідні дані рШКФ, наявність нефротичного синдрому, хронічної артеріальної гіпертензії до вагітності. Важливо зазначити, що навіть при наявності у жінок аутосомно-домінантного типу успадкування, нормальний рівень креатиніну до

вагітності та легкий діапазон протеїнурії з нормотензією пов'язані зі сприятливими результатами для матері та плода [6]. Найважливішим етапом профілактики загрозованих станів з боку нирок жінки та плода є підготовка до вагітності. За рекомендаціями Clinical Practice Guideline for Women and Chronic Kidney Disease (2024), усі жінки з ХХН повинні отримувати доконцепційне консультування, яке включає оцінку функції нирок, рівня протеїнурії, контроль артеріального тиску та виявлення можливих мутацій [7]. У випадку СА консультація генетика має особливе значення, оскільки дозволяє оцінити ризик передання патології дітям. Упродовж вагітності ведення таких пацієнток вимагає регулярного моніторингу артеріального тиску та функції нирок. Контроль креатиніну, рівня протеїнурії та електролітів рекомендується не рідше одного разу на місяць у першій половині вагітності та кожні 1–2 тижні у другій половині. Рекомендовано проводити кількісне визначення протеїнурії за співвідношенням «білок : креатинін» або співвідношенням «альбумін : креатинін». Особливе місце в клінічних настановах щодо вагітності та хвороб нирок займає профілактика прееклампсії за допомогою низьких доз ацетилсаліцилової кислоти (75–150 мг) [8]. Антигіпертензивна терапія підбирається з урахуванням безпеки для плода: дозволені метилдопа, лабеталол, ніфедипін; тоді як інгібітори АПФ і блокатори рецепторів ангіотензину протипоказані через тератогенний ефект. Цільовий артеріальний тиск під час вагітності для жінок із ХХН має становити 135/85 мм рт.ст. або менше з обов'язковою фіксацією в історії вагітності й пологів [8].

Метод розродження вагітних з ХХН залежить від стану жінки та плода. Рекомендовано інформувати жінок про підвищений ризик ускладнень, бажане спостереження у відділенні патології вагітності, і про те, що вони, швидше за все, потребуватимуть оперативного розродження [8].

Висновок. Отже, результати численних досліджень та літературні дані свідчать, що вагітність у жінок із СА можлива, проте вона завжди вважається високоризиковою. Можливі ускладнення включають прогресування ХХН, розвиток артеріальної гіпертензії та прееклампсії, передчасні пологи, ЗВУР та

підвищений показник перинатальної смертності. Ведення таких пацієнок вимагає мультидисциплінарної взаємодії між нефрологом, акушером-гінекологом, генетиком і педіатром-неонатологом. Таким чином, СА становить серйозний виклик у контексті вагітності. Прогноз визначається вихідним станом ниркової функції, рівнем протеїнурії та наявністю артеріальної гіпертензії. Вчасна діагностика, ретельне планування вагітності, регулярний моніторинг та своєчасне розродження дозволяють мінімізувати ризики та покращити результати як для матері, так і для плода.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Piccoli, Giorgina B., Elena Zakharova, Rossella Attini, Margarita Ibarra Hernandez, Alejandra Orozco Guillien, Mona Alrukhaimi, Zhi-Hong Liu, Gloria Ashuntantang, Bianca Covella, Gianfranca Cabiddu, and et al. 2018. "Pregnancy in Chronic Kidney Disease: Need for Higher Awareness. A Pragmatic Review Focused on What Could Be Improved in the Different CKD Stages and Phases" *Journal of Clinical Medicine* 7, no. 11: 415.
2. Ojha, Jai Prakash; Singh, Vijay Pratap. Approach to Pregnancy in Patient with Chronic Kidney Disease. *Journal of Renal Nutrition and Metabolism* 7(2):p 51-54, Apr–Jun 2021. | DOI: 10.4103/jrnm.jrnm_19_21
3. Reassuring pregnancy outcomes in women with mild COL4A3-5–related disease (Alport syndrome) and genetic type of disease can aid personalized counseling. Gosselink, Margriet E. et al. *Kidney International*, Volume 105, Issue 5, 1088 – 1099
4. Savige, Judy*; Colville, Deb*; Rheault, Michelle; Gear, Susie; Lennon, Rachel; Lagas, Sharon; Finlay, Moira; Flinter, Frances**. Alport Syndrome in Women and Girls. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 11(9):p 1713-1720, September 2016.
5. Kong, X., Boeckhaus, J., Wang, F. *et al.* A retrospective study of kidney disease in Alport syndrome during and after pregnancy. *J Nephrol* **38**, 1085–1092 (2025).

6. Rawashdeh, H., Alchalabi, H.A., Oweis, A.O. *et al.* Good maternal and fetal outcomes of three consecutive pregnancies in a Mediterranean woman with Alport syndrome: a case report. *J Med Case Reports* **16**, 328 (2022).
7. KDIGO Clinical Practice Guideline for Women and CKD. *Kidney International*. 2024;105(2):230–246.
8. Wiles, K., Chappell, L., Clark, K. *et al.* Clinical practice guideline on pregnancy and renal disease. *BMC Nephrol* 20, 401 (2019).