

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
РОЗВИТОК 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

**ХРОНІЧНИЙ РИНОСИНУСИТ У ВАГІТНИХ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО
ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ**

Старовєр Анжеліка Вікторівна

Доцент ЗВО, к.мед.н.

Зелінський Юрій Олегович,

Музиченко Андрій Романович

Студенти

ВНМУ ім. М. І. Пирогова

Кафедра гінекології і акушерства №1

м. Вінниця, Україна

Анотація:

Актуальність. Хронічний риносинусит (ХРС) у вагітних представляє собою значну клінічну проблему, що поєднує високу поширеність серед жінок репродуктивного віку із потенційним негативним впливом на перебіг вагітності та розвиток плода. Обмеження у застосуванні системних лікарських засобів і хірургічних втручань з огляду на безпеку матері та плода створюють необхідність розробки та впровадження оптимізованих терапевтичних стратегій, що поєднують ефективність лікування із мінімальним ризиком.

Мета. Проаналізувати та систематизувати патогенетичні механізми, клінічні прояви та терапевтичні підходи при ХРС у вагітних з використанням топічних та ендоскопічних методів діагностики та лікування.

Методи. Проведено системний аналіз сучасної наукової літератури, включаючи результати клінічних спостережень та експериментальних досліджень, опублікованих у базах даних PubMed Central (PMC) та Scielo, щодо зазначеної проблеми, проаналізовано 2 статті [6, 7] та 5 підручників [1-5]. Для забезпечення комплексності також розглянуто сучасні міжнародні настанови, зокрема European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps (EPOS), керівництва Американської академії оториноларингології – голови та ший (AAO-HNSF) та рекомендації Американського коледжу акушерів і гінекологів

(ACOG).

Результати. У вагітних із ХРС спостерігаються набряк слизової носа та зміни місцевої імунної відповіді, що підвищують ризик доєднання інфекцій. Через обмеження застосування системних препаратів основне лікування – топічні засоби та сольові промивання. У тяжких випадках використовують ендоскопічні втручання, які при мінімальній інвазивності є безпечними та ефективними.

Висновки. Ведення вагітних із ХРС потребує індивідуалізованого підходу, що забезпечує оптимальний баланс між безпекою для матері і плода та ефективністю лікування. Основу терапії становлять топічні методи, які демонструють високу ефективність і безпечність. У тяжких або резистентних випадках показана ендоскопічна хірургія, яка при мінімальній інвазивності забезпечує значне поліпшення клінічних симптомів.

Ключові слова: вагітність, хронічний риносинусит, гормональні зміни, імунні зрушення, топічна терапія, ендоскопічне лікування, безпека для плода, індивідуалізований підхід.

Вступ

Хронічний риносинусит визначається як запальне ураження слизової оболонки носової порожнини та приноскових пазух з тривалістю клініки понад 12 тижнів. Це захворювання суттєво впливає на якість життя пацієнтів, знижує працездатність та має значний соціально-економічний вплив. Період вагітності характеризується вираженими гормональними змінами, перебудовою імунної відповіді та підвищенням судинної реактивності, що може провокувати як дебют, так і загострення симптомів ХРС. Додаткову складність становить обмежений вибір фармакологічних засобів, придатних для безпечного застосування у вагітних, що значно ускладнює лікувальну тактику. У цьому контексті проблема ведення вагітних із ХРС набуває особливої медико-соціальної значущості, адже потребує пошуку оптимальних підходів, які б поєднували ефективність і безпечність. Перспективними напрямками є вивчення

ролі тепічних методів лікування, оцінка безпеки малоінвазивних ендоскопічних втручань, а також створення чітких клінічних протоколів, адаптованих до потреб цієї категорії пацієнток [1, с. 34–38].

Мета і завдання

Метою цього дослідження є систематизація сучасних даних про перебіг, діагностику та лікування ХРС у вагітних, оцінка ефективності безпечності тепічної терапії та ролі ендоскопічних хірургічних втручань у тяжких випадках.

Патогенез та клінічні прояви у вагітних

Патогенез ХРС у вагітних має багатфакторний характер і відзначається специфічними патофізіологічними особливостями, які формують клінічну картину захворювання. Одним із ключових чинників є гормональна перебудова організму: підвищення рівнів естрогенів і прогестерону спричиняє вазодилатацію, підвищення проникності судинної стінки та розвиток набряку слизової оболонки носа і приноскових пазух. Ці зміни призводять до зниження ефективності мукоциліарного кліренсу та порушення вентиляції пазух, що сприяє накопиченню секрету і розвитку запалення. Імунні адаптації жінки характеризуються фізіологічним зміщенням імунної відповіді у бік Th2, що забезпечує імунологічну толерантність до плода, проте одночасно знижує ефективність клітинного імунітету. Це підвищує схильність вагітних до тривалого перебігу вірусних та бактеріальних інфекцій, що можуть погіршувати перебіг ХРС. Крім того, підвищення рівня кортизолу та плацентарних гормонів впливає на функцію лейкоцитів та активність системи комплементу, що також відіграє роль у патогенезі [2, с. 905–911; 3, с. 257–298].

Клінічні прояви ХРС у вагітних включають типові симптоми – закладеність носа, ринорею, зниження або втрату нюху, головний біль та відчуття тиску в ділянці обличчя – з додатковими особливостями, зумовленими гестаційними змінами. У другому та третьому триместрах часто посилюється закладеність носа, що поєднується з проявами «вагітного риніту». Симптоми ХРС у вагітних можуть спричиняти гіпоксію матері та плода, підвищуючи ризик розвитку ускладнень вагітності, таких як гіпертензивні розлади та

затримка внутрішньоутробного росту [5, с. 236–243].

Діагностика ХРС у вагітних вимагає обережності через обмеження у використанні променевих методів (комп'ютерна томографія, рентгенографія), враховуючи потенційну шкоду плоду. Тому основними діагностичними інструментами залишаються клінічне обстеження, ендоскопічне дослідження носової порожнини та стандартизовані шкали оцінки симптомів, такі як SNOT-22 та VAS [4, с. 1–31].

Огляд літератури

За даними досліджень [6, 7] застосування антибактеріальної терапії та системних кортикостероїдів обмежене у зв'язку з їх потенційним негативним впливом на розвиток плода. Аналіз доступних досліджень свідчить, що ведення вагітних із ХРС потребує урахування балансу між ефективністю лікування та безпекою для матері й плода. Основними завданнями є контроль симптомів, попередження ускладнень та мінімізація фармакологічного навантаження. Застосування топічних препаратів (топічних глюкокортикостероїдів) у поєднанні з немедикаментозними методами лікування (сольові іригації, фізіотерапія) мають бути першою лінією терапії та розглядатися як найбільш безпечні засоби. Водночас у тяжких випадках, резистентних до консервативного лікування, розглядається можливість ендоскопічної синус-хірургії.

Ретельний відбір пацієнток для хірургічного лікування є критично важливим. Хоча сама по собі ендоскопічна хірургія вважається малоінвазивною, у вагітних вона має бути виправдана лише при наявності ускладнень або вираженого негативного впливу на якість життя. Аналогічні результати представлені у публікації Scielo, де підкреслюється значення мультидисциплінарного підходу (отоларинголог, акушер-гінеколог, анестезіолог).

Сучасні міжнародні настанови (EPOS, AAO-HNSF, ACOG) підтверджують необхідність індивідуального підходу. Важливим аспектом є тісна співпраця між суміжними спеціалістами, що дозволяє знизити ризики і

для матері, і для плода.

Висновки

Аналіз літературних джерел демонструє відсутність високоякісних досліджень щодо ведення ХРС у вагітних, тому рекомендації базуються на експертних оцінках і клінічних спостереженнях. Медикаментозна терапія системними препаратами обмежена через потенційний ризик для плода, тому пріоритет надається топічним методам лікування, включно з локальними кортикостероїдними спреями та сольовими промиваннями, які вважаються безпечними під час вагітності. Системні кортикостероїди можуть застосовуватися короткими курсами лише при тяжких загостреннях, особливо за наявності супутньої астми, під суворим контролем акушера. Антибіотики, безпечні для плода (група пеніцилінів, цефалоспоринів), рекомендуються при гострих бактеріальних інфекціях, тоді як застосування тетрациклінів, фторхінолонів та інших ризикованих препаратів, протипоказане. Інші фармакологічні засоби, такі як антилейкотрієни, системні та топічні деконгестанти, антигістамінні і алерген-імунотерапія, застосовуються з обережністю або не рекомендовані на ранніх термінах вагітності. Ендоскопічні хірургічні втручання показані лише у тяжких або резистентних випадках, коли консервативна терапія неефективна, і виконуються з дотриманням принципів мінімальної інвазивності для забезпечення безпеки матері та плода. Оптимальне ведення вагітних із ХРС можливе лише за умов індивідуалізованого підходу, ретельного моніторингу симптомів та мультидисциплінарної координації між акушером-гінекологом, оториноларингологом та іншими фахівцями, що дозволяє своєчасно коригувати терапію, контролювати симптоми та підтримувати якість життя пацієнтки, мінімізуючи ризики для плода.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Smith KA, Rudmik L. Impact of continued medical therapy in patients with refractory chronic rhinosinusitis. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2014;4(1):34–38. doi: 10.1002/alr.21238.

2. Gupta, K.K.; Anari, S. Medical Management of Rhinitis in Pregnancy. *Auris Nasus Larynx* 2022, 49, 905–911.
3. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, Bachert C, Alobid I, Baroody F, et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012. *Rhinol Suppl.* 2012;(23):3. preceding-tableofcontents–1–298.
4. Rosenfeld RM, Andes D, Bhattacharyya N, Cheung D, Eisenberg S, Ganiats TG, et al. Clinical practice guideline: adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2007;137(3 Suppl):S1–31. doi: 10.1016/j.otohns.2007.06.726.
5. Howard BE, Lal D. Oral steroid therapy in chronic rhinosinusitis with and without nasal polyposis. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2013;13(2):236–43. doi: 10.1007/s11882-012-0329-5.
6. Kristine A Smith, Timothy L Smith, Jess C Mace, Luke Rudmik: Endoscopic Sinus Surgery Compared to Continued Medical Therapy for Patients with Refractory Chronic Rhinosinusitis
7. Devyani Lal, Ameya A Jategaonkar, Larry Borish, Linda R Chambliss, Sharon H Gnagi, Peter H Hwang, Matthew A Rank, James A Stankiewicz, Valerie J Lund: Management of rhinosinusitis during pregnancy: systematic review and expert panel recommendations.