

Рішення
разової спеціалізованої вченої ради
про присудження ступеня доктора філософії

Здобувач ступеня доктора філософії **Юлія Запопадна**, 18.11.1995 року народження, громадянка України, освіта вища: Запопадна Юлія Миколаївна в 2018 році закінчила Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова за спеціальністю лікувальна справа, працює лікарем акушером-гінекологом.

Разова спеціалізована вчена рада на підставі рішення вченої ради Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика від 18.06.2025 року (протокол № 6) у складі:

- | | |
|--|---|
| Голови разової спеціалізованої вченої ради | - Тамари Романенко – професорки, докторки медичних наук, професорки кафедри акушерства і гінекології НУОЗ України імені П.Л. Шупика; |
| Рецензентів | - Олега Голяновського – професора, доктора медичних наук, професора кафедри акушерства і гінекології НУОЗ України імені П.Л. Шупика; |
| | - Олексія Ждановича – професора, доктора медичних наук, професора кафедри репродуктивної та пренатальної медицини НУОЗ України імені П.Л. Шупика; |
| Офіційних опонентів | - Володимира Лакатоша – професора, доктора медичних наук, професора кафедри акушерства та гінекології №1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; |
| | - Наталії Скрипченко – професорки, докторки медичних наук, завідувачки відділення сучасних медичних технологій в акушерстві та перинатології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України»; |

на засіданні «12» вересня 2025 року прийняла рішення про присудження ступеня доктора філософії з галузі знань 22 «Охорона здоров'я» Юлії Запопадній на підставі публічного захисту дисертації «Прегравідарна підготовка та акушерська тактика у жінок з НСВ-інфекцією» за спеціальністю 222 Медицина.

Дисертацію виконано у Національному університеті охорони здоров'я імені П. Л. Шупика, МОЗ України, м. Київ.

Науковий керівник: професор Кирило Чайка, доктор медичних наук, професор кафедри репродуктивної та пренатальної медицини НУОЗ України імені П. Л. Шупика.

Дисертацію подано у вигляді спеціально підготовленого рукопису, містить нові науково обгрунтовані результати проведених здобувачем досліджень, які виконують конкретне наукове завдання, що має істотне значення для певної галузі знань. Дисертація виконана державною мовою. Оформлена відповідно до вимог Наказу МОН України від 12.01.2017 № 40 «Про затвердження Вимог до оформлення дисертації». Обсяг основного тексту дисертації

відповідає встановленим освітньо-науковою програмою НУОЗ України імені П. Л. Шупика відповідно до специфіки галузі знань «Охорона здоров'я» та спеціальності «Медицина».

Здобувач має 8 наукових публікацій за темою дисертації, з них –3 статті у виданнях проіндексованих у базах даних категорії SCOPUS, а також 4 тез доповідей на фахових науково-практичних конференціях з міжнародною участю з наряду, за яким підготовлено дисертацію аспірантки:

1. Чайка КВ, Запопадна ЮМ. Сучасний погляд на профілактику акушерських та перинатальних ускладнень у жінок HCV-інфекцією. Український журнал Здоров'я жінки. 2022;1(158):44-51. DOI: [10.15574/HW.2022.158.44](https://doi.org/10.15574/HW.2022.158.44) (Здобувачу належить ідея, підготовка матеріалів, обробка даних та редагування тексту).
2. Чайка КВ, Запопадна ЮМ. Особливості клінічного перебігу вагітності, пологів та стану новонароджених у жінок із HCV-інфекцією Репродуктивне здоров'я жінки. 2022;8:20-25. DOI: <https://doi.org/10.30841/2708-8731.8.2022.273289> (Здобувачу належить ідея, підготовка матеріалів, обробка даних та редагування тексту).
3. Запопадна ЮМ. Клінічний перебіг вагітності, пологів та стан плаценти у жінок із HCV-інфекцією. Український журнал Здоров'я жінки. 2022;6(163):32-37. DOI: [10.15574/HW.2022.163.32](https://doi.org/10.15574/HW.2022.163.32)
4. Запопадна ЮМ. Стан здоров'я новонароджених від матерів із HCV-інфекцією. Український журнал Здоров'я жінки. 2023;1(164):59-63. DOI: [10.15574/HW.2023.164.59](https://doi.org/10.15574/HW.2023.164.59)
5. Запопадна ЮМ. Функціональний стан фетоплацентарного комплексу у вагітних із HCV-інфекцією. Український журнал Перинатологія і Педіатрія. 2023;3(95):35-42. DOI: [10.15574/PP.2023.95.35](https://doi.org/10.15574/PP.2023.95.35)
6. Запопадна ЮМ. Клінічні симптоми порушень функції печінки у вагітних із HCV-інфекцією. Український журнал Здоров'я жінки. 2023;4(167):40-45. DOI: [10.15574/HW.2023.167.40](https://doi.org/10.15574/HW.2023.167.40)
7. Запопадна ЮМ. Особливості психологічного стану вагітних із HCV-інфекцією. Український журнал Здоров'я жінки. 2024;4(173):40-45. DOI: [10.15574/HW.2024.4\(173\).4045](https://doi.org/10.15574/HW.2024.4(173).4045)
8. Запопадна ЮМ. Вплив профілактичної імунної терапії в III триместрі на показники імунного статусу у вагітних із HCV-інфекцією. Український журнал Перинатологія і Педіатрія. 2025;1(101):31-36. DOI: [10.15574/PP.2025.1\(101\).3136](https://doi.org/10.15574/PP.2025.1(101).3136)

У дискусії взяли участь голова та члени спеціалізованої вченої ради:

1) Романенко Тамара Григорівна, професор, доктор медичних наук, професор кафедри акушерства і гінекології НУОЗ України імені П. Л. Шупика. Зауважень немає.

Запитання:

1. Яка наукова новизна і практичне значення отриманих у вашому дослідженні результатів?

Відповідь: На підставі отриманих результатів обстеження вагітних із хронічним гепатитом С запропоновано раціональну програму обстеження жінок, що дозволяє оцінити перебіг хронічного гепатиту С. Характеристика природного перебігу хронічного гепатиту С у вагітних дозволила продемонструвати незалежний негативний вплив вагітності на темпи прогресування гепатиту, що, безумовно, передбачає ретельне та всебічне обстеження пацієнток з наявністю anti-HCV які планують вагітність. Психометричне тестування вагітних з HCV-інфекцією дозволяє уточнити психологічний стан жінки, визначити потребу в

консультації лікаря-психотерапевта, яка доцільна при високому рівні тривоги або збереженні тривоги при повторному тестуванні, а також при вираженому зниженні якості життя. Підвищений рівень частоти акушерських ускладнень у вагітних з HCV-інфекцією, взаємозв'язок вірусного навантаження з розвитком плацентарної недостатності вимагають комплексного спостереження та ведення вагітності та пологів акушером-гінекологом спільно з інфекціоністом.

Отримані результати дослідження після проведеної прегравідарної підготовки, сприятимуть оптимізації тактики ведення вагітних жінок із хронічним гепатитом С, що передбачає зменшення ризику перинатального шляху передачі вірусу гепатиту С, зниження рівня тривоги та емоційної напруженості в період вагітності, і в результаті – покращення якості життя вагітних з хронічним гепатитом С.

Виконано розробку та впровадження комплексної прегравідарної підготовки та тактики ведення вагітності, що спрямована на зниження ускладнень вагітності, пологів та порушення стану новонароджених у вагітних із HCV-інфекцією.

Новизна нашого дослідження полягає в тому, що вперше застосовано комплексний підхід до визначення тактики прегравідарної підготовки та ведення вагітних з HCV-інфекцією. Отримані результати дозволили розробити алгоритм обстеження та ведення вагітних із хронічним гепатитом С, що враховує ризик прогресування захворювання, розвитку акушерських і перинатальних ускладнень. Вперше проведено аналіз психічного стану вагітних із наявністю HCV-інфекції за триместрами вагітності. Показано, що вагітні мають підвищений рівень тривоги, особливо за рахунок психічного компонента, та нижчі показники якості життя у всі періоди гестації. Науково обґрунтовано застосування комбінованого імунобіологічного інтерферон вмісного препарату у вагітних жінок з HCV-інфекцією у III триместрі вагітності та встановлена його ефективність у зниженні вірусного навантаження. Вперше вивчено клінічні симптоми функціонального стану печінки у вагітних із HCV-інфекцією.

На тлі отриманих даних розроблена система комплексного обстеження вагітних із HCV-інфекцією, рекомендована раціональна тактика прегравідарної підготовки, діагностичних та лікувально-профілактичних заходів під час вагітності та доведена її клінічна ефективність.

2) Голяновський Олег Володимирович, професор, доктор медичних наук, професор кафедри акушерства і гінекології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика. Зауважень немає.

Запитання:

1. До впровадження комплексного підходу і лікувально-діагностичних заходів, в ретроспективному дослідженні чи були тяжкі акушерські ускладнення?

Відповідь: У нашому ретроспективному дослідженні не було виявлено важких ускладнень перебігу вагітності і пологів, а саме HELLP-синдрому. Було виявлено лише випадки важкої преєклампсії.

2. Чи були зміни пульсаційного індексу при доплерометричному дослідженні?

Відповідь: Ми оцінювали всі параметри при доплерометричному дослідженні, зокрема і пульсаційний індекс. Але достовірно значимі відмінності між групами дослідження було виявлено лише для індексу резистентності. Що стосується пульсаційного індексу, то достовірно значимої різниці між групами дослідження встановлено не було.

3. Які нутрієнти входили до вітамінно-мінерального комплексу та чому саме вони вибрані в складі обраного вами алгоритму прегравідарної підготовки та акушерської тактики ведення вагітності у жінок з HCV-інфекцією?

Відповідь: Нами був обраний вітамінно - мінеральний комплекс, в складі якого: вітамін D 800 МО, фолієва кислота 800 мкг, кальцій 125 мг, залізо 60 мг. Зокрема, вітамін D відіграє важливу роль у регуляції функції імунної системи, хоріогенезі, ангіогенезі, що впливають на ранні стадії вагітності, а дефіцит вітаміну може призвести до надмірного запалення в ділянці нідатції плідного яйця, до відхилень формування фетоплацентарного комплексу, що реалізується розвитком гіпертензивних ускладнень вагітності. Дефіцит вітаміну D може призвести до підвищення запальної реакції, яка характеризує преєклампсію, а також ендотеліальну дисфункцію.

Щодо фолієвої кислоти, адекватний фолатний статус жінки знижує ризик перинатальних проблем, як невиношування вагітності, гестаційні ендотеліопатії, вроджені вади розвитку. Доведено, що підвищений рівень гомоцистеїну в крові є однією з багатьох патогенетичних причин виникнення гестаційної гіпертензії та ПЕ. А фолієва кислота може знижувати рівень гомоцистеїну в крові. Тому і відіграє важливу роль у формуванні плаценти та росту та розвитку плоду.

Ще одним з ймовірних патогенетичних чинників виникнення ендотеліальної дисфункції та зумовлених нею гестаційних ускладнень є хронічна гіпоксія, в тому числі пов'язана з анемією вагітності. Так наявність анемії, навіть легкого ступеня, знижується рівень загального білка крові що призводить до розвитку плацентарної дисфункції, що клінічно проявляється у 20% випадків внутрішньоутробною затримкою розвитку плоду, у 10% — невиношуванням вагітності.

4. Які були критерії включення вагітних в ваші групи дослідження?

Відповідь: Критерії включення в дослідження були наступні: 1. Інформована згода жінки на проведення дослідження. 2. Вік від 18 до 45 років. 3. Для вагітних із ХГС – підтвердження вірусної реплікації (методом ІФА та ПЛР). 5. Відсутність протівірусної та імуномодуючої терапії не менше 6 місяців до настання вагітності. 6. Відсутність гепатиту А, В, ВІЛ-інфекції, сифілісу.

3) Жданович Олексій Ігорович, професор, доктор медичних наук, професор кафедри репродуктивної і пренатальної медицини Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика. Зауважень немає.

Запитання:

1. Яке науково-практичне обґрунтування застосування в алгоритмі преєклавідарної підготовки гепатотоніку на основі LBL-комплексу?

Відповідь: Гепатотонік, який ми призначали досліджуваним пацієнткам, містить L-аргінін, бетаїн та L-карнітин.

У пацієнток з HCV-інфекцією L-аргінін підтримує синтез оксиду азоту, покращує гепатопортальну гемодинаміку та мікроциркуляцію, що сприяє оксигенації і регенерації гепатоцитів. На етапі підготовки до вагітності це забезпечує стабілізацію функціональних резервів печінки та знижує ризик ускладнень під час гестації.

Бетаїн чинить ліпотропну, антифібротичну й протизапальну дію, знижує ризик жирової дистрофії печінки та рівень гомоцистеїну. Це важливо для збереження судинної функції та профілактики плацентарних порушень, що формуються вже у ранні терміни вагітності.

L-карнітин покращує енергетичний обмін у гепатоцитах, зменшує мітохондріальну дисфункцію та підтримує детоксикаційну функцію печінки. Його застосування на преєклавідарному етапі сприяє оптимізації метаболічного фону, підвищенню витривалості та адаптаційних можливостей організму.

2. Які застосовувалися методики психокорекції і як було організовано їх проведення при вагітності?

Відповідь: Зустрічі з перинатальним психологом були індивідуальними, тривали 1,5 години та відбувалися один раз на тиждень протягом 8 тижнів. При цьому жінкам кожної з груп пропонувалася робота з визначеними тестами-опитувальниками, які заповнювалися ними самостійно згідно з наданими уніфікованими письмовими інструкціями. Заповнення тестів-опитувальників виконувалося в I триместрі вагітності, до початку роботи з перинатальним психологом – для основної групи, у II триместрі в терміні 18 – 22 тижні вагітності, для I групи – після завершення курсу психокорекційних заходів, у III триместрі в 28 – 32 тижні вагітності, та у післяпологовому періоді, під час перебування жінок у стаціонарі.

Робота з перинатальним психологом передбачала застосування методик когнітивно-поведінкової терапії та тілесно-орієнтованої терапії, на основі яких базувалася програма зустрічей, з додатковим навчання жінок технікам релаксації, які виконувалися жінками самостійного вдома.

Когнітивно-поведінкова терапія має відповідну доказову базу застосування для корекції депресивних та тривожних розладів у вагітних та породіль. Тілесно-орієнтовані практики, зокрема, техніки релаксації також широко використовуються при роботі з вагітними та демонструють ефективність у питаннях боротьби з тривожністю у пацієнток.

4) Лакатош Володимир Павлович, професор, доктор медичних наук, професор кафедри акушерства і гінекології № 1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Зауважень немає.

Запитання:

1. Чим обумовлена ефективність обраного алгоритму прегравідарної підготовки та тактики ведення вагітності на тлі HCV-інфекції?

Відповідь: Ефективність алгоритму обумовлена комплексним підходом, що здійснює вплив на виявлені у вагітних з HCV-інфекцією відхилення. До них належать порушення психологічного статусу, що стають фактором розвитку плацентарних порушень та підлягають корекції за допомогою психотерапевтичних підходів, імунологічний дисбаланс, що корегується адекватним призначенням інтерферону, та порушенням функції печінки, які корегуються за рахунок збалансованого вітамінно-мінерального комплексу.

2. Чому обрана доза ацетилсаліцилової кислоти склала 150 мг та чому прийом препарату продовжувався до кінця вагітності?

Відповідь: У вагітних із ХГС частіше спостерігаються плацентарна недостатність, затримка росту плода, прееклампсія ніж у загальній популяції, що пов'язано із хронічним запаленням, ендотеліальною дисфункцією та гепатоплацентарними порушеннями. Тому HCV-інфекцію можна трактувати як додатковий фактор ризику розвитку прееклампсії та плацентарних ускладнень, а вагітних з HCV-інфекцією розглядати як таких, що потребують профілактичної терапії ацетилсаліциловою кислотою в дозуванні 150 мг. Більшість сучасних досліджень говорять, що потрібно продовжувати прийом ацетилсаліцилової кислоти до 36 тижнів, але за останніми міжнародними рекомендаціями прийом ацетилсаліцилової кислоти можна продовжувати до пологів, оскільки вона незначно підвищує ризик акушерських кровотеч.

5) Скрипченко Наталія Юріївна, професорка, докторка медичних наук, завідувачка відділення сучасних медичних технологій в акушерстві та перинатології ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України. Зауважень немає.

Запитання:

1. Які з опитувальників варто включити до можливих скринінгових програм для оцінки психологічного статусу вагітних з HCV-інфекцією?

Відповідь: Оскільки серед вагітних з HCV-інфекцією було виявлено ознаки депресивних та тривожних розладів, до можливих скринінгових програм варто включити тест Спілбергера-Ханіна для диференційованої оцінки реактивної та ситуативної тривожності, та Единбурзьку шкалу післяпологової депресії, що вже передбачена до використання у вагітних згідно з чинними настановами. Також варто розглянути використання опитувальника самопочуття, активності і настрою, що також дозволяє виявити відхилення психологічного статусу на ранніх етапах і є простим в роботі, та шкалу якості життя, яка, однак, є більш складною для обробки та аналізу, але дозволяє оцінити вплив аспектів психічного здоров'я на щоденне функціонування жінки.

2. Яким є патогенетичний зв'язок розвитку акушерських ускладнень з порушеннями психологічного статусу вагітних з HCV-інфекцією?

Відповідь: Порушення психологічного статусу у вагітних з HCV-інфекцією асоційоване зі стійкою дисфункцією гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі. Це проявляється рядом гормональних змін, дисбалансом факторів імунної регуляції, змінами судинного тону і, як наслідок, порушенням формування і функціонування фетоплацентарного комплексу. Останнє і лежить в основі розвитку великих акушерських синдромів, таких як невиношування, передчасні пологи, затримка росту плода, гіпертензивні розлади під час вагітності.

3. У яких випадках варто розглянути скерування пацієнок до психіатра та чи були відповідні випадки?

Відповідь: Скерування пацієнок до психіатра доцільно розглянути у випадку ознак у вагітної бажання заподіяти собі шкоду, зокрема, при відповіді на запитання, а також, за прогресивного погіршення показників психологічного статусу, що не піддається корекції застосованими психотерапевтичними підходами. Таких випадків у групах дослідження не було виявлено.

Результати відкритого голосування:

«За» 5 членів ради,

«Проти» немає членів ради,

недійсних бюлетенів немає

На підставі результатів відкритого голосування разова спеціалізована вчена рада присуджує **Юлії Западній** ступінь доктора філософії з галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 Медицина.

Відеозапис трансляції захисту дисертації додається.

Голова разової спеціалізованої
вченої ради ДФ 26.613.240



Тамара РОМАНЕНКО
(підпис)
Учений секретар
20 25