



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

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ

**85 ВСЕУКРАЇНСЬКОГО НАУКОВО-ПРАКТИЧНОГО КОНФЕРЕНЦІЇ
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ З
МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ - 2025»**

15-16 травня 2025 року



ЗАПОРІЖЖЯ – 2025

ПЛАЦЕНТАРНИЙ МІКРОБІОМ ТА ЙОГО ЗВ'ЯЗОК ІЗ НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ: НОВІ ДАНІ ТА СУПЕРЕЧНОСТІ.....	116
<i>Бескровна Ю.С., Гуляєв В.Ю.</i>	
ОГЛЯД НА КОНСЕРВАТИВНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ PLACENTA PERCRETA.....	116
<i>Вербіцька А.Ю., Годлевська В.Р.</i>	
ЗМІНИ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ ПІД ЧАС ФІЗІОЛОГІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ.....	117
<i>Трачук Р.Р., Потерлевич М.С.</i>	
ОЖИРІННЯ ЯК ФАКТОР ПОРУШЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ У ЖІНОК.....	117
<i>Гонишнюк Д.А., Шелест М.І.</i>	
POSTPROCEDURAL COMPLICATIONS FOLLOWING UTERINE ARTERY EMBOLIZATION: A RETROSPECTIVE ANALYSIS	118
<i>Zelča A.</i>	
ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПІД ЧАС ФІЗІОЛОГІЧНИХ ПОЛОГІВ.....	119
<i>Фільо Е.Є.</i>	
ВПЛИВ СПОСОБУ ЖИТТЯ НА РОЗВИТОК СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ	119
<i>Чабан Ю. А.</i>	
МАТЕРИНСЬКА СМЕРТНІСТЬ, ПОВ'ЯЗАНА З COVID-19	120
<i>Титарова У. А., Філонова Є. О.</i>	
ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНИЙ ЕНДОМЕТРІОЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО РУБЦЯ МАТКИ.....	121
<i>Белінська Н.В., Тащук А.І.</i>	
ВПЛИВ МІНІМАЛЬНО ІНВАЗИВНИХ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕДУР НА РЕПРОДУКТИВНУ ФУНКЦІЮ ЖІНКИ.....	121
<i>Енеді А.В.</i>	
АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РАНЬОГО ГЕСТОЗУ ТА МОДЕЛЮВАННЯ РИЗИКУ ЙОГО РОЗВИТКУ У ВАГІТНИХ	122
<i>Харченко В.В., Турупалов Р.Ю.</i>	
THE RIGHT SUBCLAVIAN ARTERY – IS IT WORTH LOOKING FOR IN FETAL ULTRASOUND EXAMINATION?.....	123
<i>Gondek A., Karaś R.</i>	
ГЕМОРАГІЧНИЙ ШОК ТА ДВЗ-СИНДРОМ В АКУШЕРСТВІ.....	123
<i>Тирлич Д. І.</i>	
МОДИФІКАЦІЇ СТИЛЮ ЖИТТЯ ПРИ СИНДРОМІ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ: ПЕРШІ КРОКИ ДО ОДУЖАННЯ	124
<i>Войтова Л.В.</i>	
КОНСУЛЬТУВАННЯ ЖІНОК З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ	125
<i>Павловська В.М.</i>	
РАК ШИЙКИ МАТКИ: МОЖЛИВОСТІ ДЛЯ НЕБАЙДУЖИХ.....	125
<i>Детюкова К.Д.</i>	
ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ВАГІТНИХ З ГІПЕРТЕНЗИВНИМИ РОЗЛАДАМИ	126
<i>Кириченко М. М.</i>	
РІВЕНЬ МАРКЕРУ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ БІЛКА ТЕПЛОВОГО ШОКУ 70 (HSP 70) В ПУПОВИННИЙ КРОВІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ	127
<i>Воєводіна В.В.</i>	
НІТРОЗУЮЧИЙ СТРЕС В ГЕНЕЗІ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ.....	127
<i>Соловійова Н. М., Рослік О. А.</i>	
ВИПАДОК ДОНОШЕНОЇ ВАГІТНОСТІ У ВАГІТНОЇ З ВЕЛИЧЕЗНОЮ	128
ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ, ПРООПЕРОВАНОЮ ПІД ЧАС ДАНОЇ ВАГІТНОСТІ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)	128
<i>Лохматова К.О.</i>	
МІКРОБІОТА НОВОНАРОДЖЕНИХ ПІСЛЯ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ: ВАГІНАЛЬНИЙ ЗАСІВ І АЛЬТЕРНАТИВНІ МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ.....	128
<i>Кравченко Г.В.</i>	
ОНКОЛОГІЯ, ТРАВМАТОЛОГІЯ, УРОЛОГІЯ, ОФТАЛЬМОЛОГІЯ.....	129
OPTIMIZING NEPHRON-SPARING STRATEGIES IN LOCALIZED RENAL CANCER: A COMORBIDITY PERSPECTIVE.....	129
<i>Demianiuk M.S.</i>	
ПРОГНОЗУВАННЯ ТУБУЛОІНТЕРСТИЦІАЛЬНИХ ЗМІН ПАРЕНХІМИ НИРКИ ПРИ ГОСТРІЙ ОБСТРУКЦІЇ ВЕРХНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ У ХВОРИХ НА СЕЧОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ	130
<i>Довбиш І. М.</i>	
PERCUTANEOUS INTERNAL OSTEOSYNTHESIS IN PELVIC RING FRACTURES.....	131
<i>Peelery Shyam Mohan</i>	
ВПЛИВ МІКРОБІОМУ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ІМУНОТЕРАПІЇ.....	132
<i>Вельган О.В., Стебловська І. В.</i>	

THE RIGHT SUBCLAVIAN ARTERY – IS IT WORTH LOOKING FOR IN FETAL ULTRASOUND EXAMINATION?

Gondek A., Karaś R.

Scientific supervisor: dr n. med. Tomasz Lepich

Department of Anatomy

Medical University of Silesia, Poland

Introduction: The right subclavian artery typically arises from the brachiocephalic trunk. However, in approximately 1% of cases, it originates directly from the aortic arch and is referred to as an aberrant right subclavian artery (ARSA). ARSA can be detected during prenatal fetal examination and is sometimes considered a marker for congenital anomalies. ARSA courses posterior to the esophagus in 80–84% of cases, between the esophagus and trachea in 12.7–15%, or anterior to the trachea in 4.2–5%. The first description of ARSA was published by Hunauld in 1735.

Aim: The aim of this study was to conduct a detailed analysis of fetal cases with ARSA detected during prenatal ultrasound, focusing on the coexistence of congenital anomalies, chromosomal aberrations, and other abnormalities.

Material and Methods: A retrospective analysis was performed on 16 fetal cases with ARSA diagnosed via prenatal ultrasound. The youngest patient was 20 years old and the oldest was 42. The examinations were performed using a Voluson E8 ultrasound machine.

Results: The mean age of the examined patients was 32.8 ± 5.65 years. Isolated ARSA was found in 10 out of 16 cases (62.5%). A normal karyotype was confirmed in 13 cases (81.25%). Among the three cases (18.75%) with abnormal karyotypes, one had trisomy 21, one had a deletion on chromosome 18, and one had tetrasomy 9p. Cardiac anomalies were observed in 5 cases (31.25%). A two-vessel umbilical cord was present in 2 of the 16 fetuses with ARSA (12.5%). In non-isolated ARSA, the risk of chromosomal abnormalities was significantly higher ($p = 0.036$). Maternal age was not a significant factor in determining whether ARSA was isolated or not ($p = 0.175$).

Conclusions: ARSA may serve as a useful additional marker for fetal congenital anomalies. Prenatal detection of ARSA may positively influence the management and treatment of newborns in cases where symptoms related to ARSA are present.

Keywords: aberrant right subclavian artery, echocardiography, prenatal diagnosis, fetal, ultrasound

ГЕМОРАГІЧНИЙ ШОК ТА ДВЗ-СИНДРОМ В АКУШЕРСТВІ

Тирлич Данило Іванович

Наукові керівники: асистенти Рослік О.А. та Онопченко С.П.

Кафедра акушерства і гінекології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Геморагічний шок – це гостра серцево-судинна недостатність, яка обумовлена невідповідністю об'єму циркулюючої крові ємності судинного русла, яка виникає в результаті крововтрати та характеризується дисбалансом між потребою тканин у кисні і швидкістю його реальної доставки. Геморагічний шок виникає внаслідок зменшення внутрішньо-судинного об'єму через крововтрату до такого ступеня, що неможливо задовольнити потребу тканин у кисні. У результаті мітохондрії більше не здатні підтримувати аеробний метаболізм для виробництва кисню і перемикаються на менш ефективний анаеробний метаболізм, щоб задовольнити потребу клітин в АТФ. При кровотечі при самостійних пологах або в післяпологовому періоді обсяг крововтрати визначається шляхом зважування. Визначення об'єму крововтрати під час кесаревого розтину має труднощі, обумовлені значним розведенням крові амніотичної рідиною, а також затримкою великої кількості крові в піхві або порожнині матки. Синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові (ДВЗ-синдром) є патологічним

синдромом, в основі якого лежить активація судинно – тромбоцитарного або коагуляційного гемостазу (зовнішнього або внутрішнього), в результаті чого кров спочатку згортається в мікроциркуляторному руслі, блокує його фібрином і клітинними агрегатами, а після втрати потенціалу згортаючої та протизгортаючої систем, втрачає здатність до згортання, що проявляється профузною кровотечею та розвитком синдрому поліорганної недостатності. Діагностика під час ДВЗ-синдрому полягає в проведенні лабораторних тестів та підставі наявності прогресивного зниження кількості тромбоцитів і фібриногену, подовження протромбінового часу (ПЧ) і активованого часткового тромбoplastинового часу (АЧТЧ), збільшення продуктів розпаду фібриногену, розпаду фібрину та концентрації D-димеру. В лікуванні використовують антикоагулянти - фраксиперин, клексан та інші, в профілактичній дозі 0,2 мл підшкірно. Хірургічне втручання виконують своєчасно і в повному обсязі, а саме екстирпацію матки та перев'язку внутрішніх клубових артерій.

МОДИФІКАЦІЇ СТИЛЮ ЖИТТЯ ПРИ СИНДРОМІ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ: ПЕРШІ КРОКИ ДО ОДУЖАННЯ

Войтова Л.В.

Науковий керівник: доц. Павлюченко М.І.

Кафедра акушерства і гінекології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Синдром полікістозних яєчників є поширеним ендокринним порушенням у жінок репродуктивного віку, в розвитку якого значну роль відіграють чинники способу та стилю життя. Модифікації, зокрема раціональне харчування, регулярна фізична активність, поліпшення якості сну, сприяють підвищенню чутливості до інсуліну, нормалізації маси тіла та зменшенню гіперандрогенемії. Крім того дані свідчать, що зміни стилю життя сприяють відновленню овуляції та нормалізації показників менструального циклу, підвищуючи репродуктивні шанси у жінок з ановуляторним синдромом полікістозних яєчників та ожирінням. Саме ожиріння розглядається як один з ключових патогенетичних факторів розвитку синдрому полікістозних яєчників, що асоціюється зі зниженням рівня глобуліну, який зв'язує статеві гормони (Park YJ, 2020), інсулінорезистентністю та ризиком розвитку цукрового діабету 2 типу. Аналіз 12 рандомізованих клінічних досліджень (608 учасниць) показали ефективність, щодо зменшення кількості підшкірного жиру, при комбінації зміни стилю життя та прийомом метформіну (у порівнянні з комбінацією зміни стилю життя та прийомом плацебо) (Naderpoor N, 2015). Найчастіше під зміною стилю життя передбачається підвищення саме фізичної активності. Сучасні дослідження, зосереджені на ролі фізичної активності в здоров'ї жінки, свідчать про те, що впровадження в схему лікування синдрому полікістозних яєчників індивідуально розробленої, контрольованої програми фізичних вправ підвищують ефективність лікування та знаходять все більшу підтримку, як серед лікарів, так і серед пацієнтів. Метааналізи підтверджують, що динаміка результатів лікування, значно більш залежна від інтенсивності вправ, ніж від номенклатури самих вправ. Програми з високоінтенсивними навантаженнями (наприклад, 60-хвилинні сеанси тричі на тиждень протягом восьми тижнів) демонструють значне покращення інсулінової чутливості (Woodward A, 2020). Навіть помірні аеробні навантаження (150 хв/тиждень) позитивно впливають на метаболічні показники, а інтенсивні аеробні та силові тренування знижують рівень андрогенів (Stepto NK, 2020; Escobar-Morreale HF, 2018).