МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

КООРДИНАЦІЙНА РАДА З НАУКОВОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ, АСПІРАНТІВ, ДОКТОРАНТІВ І МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
СТУДЕНТСЬКА РАДА

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ

86 ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ - 2026»

14-15 травня 2026 року



ЗАПОРІЖЖЯ – 2026

РАННЯ ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ У ДІТЕЙ 154
Вакуленко А.І.

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗАКРЕПІВ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ 155
Брецко Ю.Ю.

РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я, АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ 156

РОЛЬ ВАГІНАЛЬНОЇ МІКРОБІОТИ У ПІДТРИМЦІ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ 156
Митчик І.І.

ПСЕВДОМІКСОМА ОЧЕРЕВИНИ, АСОЦІЙОВАНА З МУЦИНОЗНОЮ ПУХЛИНОЮ ЯЄЧНИКА: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ТА РОЛЬ ЦИТОРЕДУКТИВНОЇ ХІРУРГІЇ В ПОЄДНАНІ З ГІПЕРТЕРМІЧНОЮ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОЮ ХІМІОТЕРАПІЄЮ(НІРЕС) У МЕНЕДЖМЕНТІ ЗАХВОРЮВАННЯ..... 157
Дем'янюк А.С.

ФЕТАЛЬНА ХІРУРГІЯ ЯК НОВІТНІЙ МЕТОД ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ 158
Курач К. В., Ревуцький Ю.О.

ВПЛИВ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ 159
Дем'янишина А.О., Соломка К.А.

ВПЛИВ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ НА РИЗИК РОЗВИТКУ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ 159
Віват О.С., Князєвич А.О., Мінаєва П.О.

СУЧАСНА МОЛОДЬ І КОНТРАЦЕПЦІЯ: ЗНАННЯ, ВИБІР ТА БЕЗПЕКА 160
Герчик Д.В.

ВРОСТАННЯ ПЛАЦЕНТИ: ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ЯК СУЧАСНИЙ ПРІОРИТЕТ..... 161
Шишко В.С.

ВАГІНАЛЬНІ ПОЛОГИ ПІСЛЯ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ, РИЗИКИ ТА ПЕРЕВАГИ 162
Тимошенко Є.О.

ПРОБЛЕМИ ШКІРИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ ТА ПІСЛЯ ПОЛОГІВ. ЯК ЗБЕРЕГТИ КРАСУ ПІД ЧАС ТА ПІСЛЯ ВАГІТНОСТІ? 164
Макушенко К.О.

АНОМАЛІЇ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ТАКТИКИ 165
Здорик Д.В., Русова М.О.

АКУШЕРСЬКИЙ СЕПСИС: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ 167
Павленко С.А.

ЗАТРИМКА ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ ПЛОДА: КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ, ПЕРИНАТАЛЬНИХ НАСЛІДКІВ ТА ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ..... 168
Лоза Є.К.

ПІСЛЯПОЛОГОВА ДЕПРЕСІЯ: ВПЛИВ НА ФІЗИЧНИЙ, ЕМОЦІЙНИЙ ТА КОГНІТИВНИЙ СТАН..... 169
Перепечка Т.С.

ПРЕКОНЦЕПЦІЙНА ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТОК З ЕНДОМЕТРІОЗОМ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА УСПІХ ВАГІТНОСТІ 170
Попадинець О.М., Левицький В.С.

ПСИХОЕМОЦІЙНІ БАР'ЄРИ ПІД ЧАС ПЕРШОГО ВІЗИТУ ДО ГІНЕКОЛОГА У МОЛОДИХ ЖІНОК.. 171
Іванчо Д.В.

ОСОБЛИВОСТІ ЗВЕРНЕННЯ ЖІНОК ЗА МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ В ПЕРІОД МЕНОПАУЗИ: РЕЗУЛЬТАТИ КОГОРТНОГО АНКЕТНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ 172
Сохацька А.В.

ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ЕНДОМЕТРИТ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ..... 173
Риженко Я.В., Сало К.В.

ПЕРСОНАЛІЗОВАНІ ЦИФРОВІ ПІДХОДИ У ПРОФІЛАКТИЦІ ПРЕЕКЛАМПСІЇ: ФАРМАКО-ЕКОНОМІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ В АКУШЕРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ 174
Бабій Н.В., Цапко С.А.

частка молоді не використовує жодного виду захисту або застосовує малоефективні методи. Рівень використання сучасних високоефективних методів та подвійного захисту залишається низьким.

Висновки: Отримані результати свідчать про недостатній рівень сімейної комунікації та медичного супроводу, а також домінування неформальних джерел інформації у формуванні контрацептивної поведінки молоді. Це зумовлює розрив між теоретичною обізнаністю та реальною поведінкою. Необхідним є впровадження комплексних освітніх і профілактичних програм із залученням сім'ї та медичних працівників з метою підвищення рівня репродуктивної грамотності молоді.

ВРОСТАННЯ ПЛАЦЕНТИ: ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ЯК СУЧАСНИЙ ПРІОРИТЕТ

Шишко В.С.
Науковий керівник: к.мед.н., доц. Сергієнко М.Ю.
Кафедра акушерства і гінекології
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Вростання плаценти є однією з найскладніших і найнебезпечніших акушерських патологій, що супроводжується високим ризиком масивної кровотечі, геморагічного шоку, материнської захворюваності та смертності. За сучасними даними, частота виникнення даного захворювання становить приблизно 1 випадок на 272 випадки пологів. Встановлено чітку залежність ризику розвитку вростання плаценти від кількості попередніх кесаревих розтинів: близько 3% у жінок без рубця на матці, 11% після одного кесаревого розтину, 40% після двох, 61% після трьох і до 67% після чотирьох оперативних розроджень. В Україні основною тактикою лікування у більшості випадків залишається перипартальна гістеректомія (надпіхвова ампутація або екстирпація матки), яка, незважаючи на свою ефективність у запобіганні масивної крововтрати, призводить до повної втрати репродуктивної функції. У сучасних умовах, з огляду на демографічні виклики та зростання частоти оперативних пологів, проблема збереження фертильності у жінок із вростанням плаценти набуває особливої медико-соціальної значущості.

Мета дослідження: Аналіз сучасних підходів проведення органозберігаючого оперативного лікування вростання плаценти.

Матеріали та методи. Аналіз вітчизняних та зарубіжних фахових джерел.

Отримані результати. Найбільш поширеним і клінічно значущим органозберігаючим оперативним втручанням є кесарів розтин із метропластикою, вперше описаний у 2004 році. Метод полягає у висіченні ділянки патологічної інвазії плаценти з подальшою реконструкцією стінки матки, що дозволяє зберегти орган і репродуктивну функцію пацієнти. Даний підхід успішно застосовувався в клініках Туреччини й США та впроваджений у практику окремих центрів України, зокрема з 2023 року в клініці «Лелека», м. Київ.

Ключовим елементом успіху таких втручань є адекватний інтраопераційний гемостатичний контроль, який дозволяє мінімізувати крововтрату та виконати реконструктивний етап без критичних ускладнень. Серед основних методів гемостазу виділяють комплексний компресійний гемостаз із двобічним накладанням турнікетів на широкі зв'язки матки, що забезпечує тимчасове зниження маткового кровотоку, його вдосконалений варіант з одночасним УЗД-моніторуванням (2019 р.), а також проксимальний судинний контроль (2018 р.), який включає тимчасове лігування загальних клубових артерій після попереднього зменшення тазового кровотоку за допомогою пневматичних протишокових штанів, що дозволяє виконати, радикальне висічення ураженої ділянки з подальшою реконструкцією.

Окреме місце в органозберігаючих підходах займає консервативна тактика із застосуванням метотрексату при залишенні плаценти in situ після розродження. Вона спрямована на пригнічення проліферації трофобластичної тканини, індукцію її некрозу, зменшення васкуляризації та поступову інволюцію плаценти.

За даними проспективного дослідження Zhejiang University (Китай, 2015), застосування метотрексату при залишенні плаценти in situ демонструє варіабельну ефективність: повна експульсія плаценти досягалася у 33% пацієнток, у 45% випадків виникала потреба в додаткових втручаннях (переважно кюретаж порожнини матки у зв'язку з частковою інволюцією плаценти та інфекційними ризиками), тоді як у 21% відзначено неефективність терапії з розвитком прогресуючої кровотечі, інфекційних ускладнень і відсутністю регресії трофобластичної тканини, що завершувалося гістеректомією. Середній термін повної резорбції плаценти становив 5-7 місяців.

У серії клінічних випадків Antwerp University Hospital (Бельгія, 2021) метотрексат застосовувався як у вигляді монотерапії, так і в комбінації з емболізацією маткових артерій. У частини пацієнток вдалося досягти збереження матки, тоді як в інших випадках спостерігалися відстрочені ускладнення, зокрема масивні кровотечі, інфекційні процеси (ендометрит, сепсис), необхідність повторних госпіталізацій і подальших інвазивних втручань аж до гістеректомії. Окремо відзначено ризик системної токсичності метотрексату, включаючи гепатотоксичність, мієлосупресію та гастроінтестинальні прояви (нудота, блювання, діарея, стоматит).

За даними окремих клінічних повідомлень у США при placenta percreta з інвазією в сечовий міхур застосування метотрексату сприяло частковій регресії плацентарної тканини та зменшенню ступеня інвазії. Однак у більшості випадків повної інволюції досягти не вдавалося, що зумовлювало необхідність подальшого хірургічного лікування, включаючи гістеректомію. Водночас у ряді спостережень вдавалося уникнути резекції сечового міхура, що свідчить про потенційну роль метотрексату у зменшенні екстрагенітального ураження.

Висновки Світовий досвід демонструє, що органозберігаючі підходи дозволяють у значної частини пацієнток уникнути гістеректомії та зберегти репродуктивну функцію жінок.

Найбільш ефективними є мультидисциплінарні стратегії, що включають метропластику з попереднім контролем кровотоку та сучасні методи оперативного гемостазу.

Застосування метотрексату при залишенні плаценти *in situ* показує варіабельні результати та є перспективним у разі екстрагенітальних уражень.

ВАГІНАЛЬНІ ПОЛОГИ ПІСЛЯ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ, РИЗИКИ ТА ПЕРЕВАГИ

Тимошенко Є.О.
Науковий керівник: к.мед.н., доц. Сергієнко М.Ю.
Кафедра акушерства і гінекології
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Відзначається глобальне зростання частоти кесаревого розтину (КР): з 12,1% у 2000 р. до 21,1% у 2015 р. (дані «The Lancet»). Причини зростання є багатофакторними, при цьому значна частина операцій виконується без достатніх клінічних показань. За даними ВООЗ, лише 10–15% пологів потребують КР, перевищення цього показника асоціюється із підвищенням материнських і неонатальних ускладнень. У 106 із 169 країн оптимальний рівень (10–15%) дотримується, однак у деяких він перевищує 40% (Домініканська Республіка, Бразилія, Єгипет, Туреччина). У Великій Британії частота КР зросла з 19,7% до 26,2% (2000–2015 рр.). Вагінальні пологи після кесарева розтину (ВПКР) – це розродження через природні пологові шляхи у жінок, які мають рубець на