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.

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 екпульсія 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

матці після попереднього втручання. З огляду на зростання частоти останнього, питання вибору оптимальної тактики розродження у наступних вагітностях набуває особливої актуальності.

Мета дослідження: оцінити можливість, ризики та переваги ВПКР.

Матеріали та методи. Аналіз вітчизняних та зарубіжних фахових джерел.

Отримані результати. В Україні частота кесаревого розтину становить 18-25% і не має тенденції до зниження; у 2015–2020 рр. вона зросла на 26,3% (з 18,5% до 25,1%). Провідною причиною операції є наявність кесаревого розтину в анамнезі; серед інших – дистрес плода, ускладнені пологи та акушерські ускладнення. Одним із найчастіших показань до повторного кесаревого розтину залишається наявність рубця на матці. Водночас ВПКР розглядається як потенційно безпечна альтернатива за умови ретельного відбору пацієнток. КР асоціюється з підвищеним ризиком розвитку ускладнень у наступних вагітностях. Серед найбільш значущих: ектопічна вагітність, передлежання плаценти, аномалії прикріплення плаценти (зокрема приростання), відшарування плаценти, прееклампсія, народження дитини з малою масою для гестаційного віку, розрив матки. Водночас успішна спроба ВПКР супроводжується низьким рівнем материнської захворюваності, тоді як невдала (з переходом до ургентного КР) – з найвищими ризиками.

ВПКР не рекомендовані у випадках, коли існують абсолютні або відносні протипоказання до вагінальних пологів. До них належать: передлежання плаценти та інші стани, що унеможливлюють вагінальні пологи, неправильне положення плода, попередній корпоральний КР (ризик розриву матки 200-900/10000), Т- або J-подібний розріз на матці (ризик розриву матки 190/10000), розрив матки в анамнезі, попередні реконструктивні втручання на матці (міомектомія з проникненням у порожнину, гістеротомія тощо), тазове передлежання плода, розташування плаценти в ділянці рубця, більше одного КР в анамнезі, відмова жінки від спроби ВПКР.

Розрив матки є одним із найсерйозніших ускладнень ВПКР. Його ризик зростає при наявності короткого інтервалу між вагітностями (менше 24 місяців), макросомії плода, багатоплідній вагітності, попередньому КР до 37 тижнів, септичних ускладненнях після попереднього КР, типу ушивання матки. Жінки, що мають в анамнезі КР у терміні до 37 тижнів, мають у два рази більший ризик розриву матки при наступній вагітності та у 1,6 рази – у випадку спроби ВПКР.

Вірогідність успішного завершення ВПКР зростає при: наявності попередніх вагінальних пологів або ВПКР, спонтанному початку пологів, зрілій шийці матки, відсутності повторюваних показань до попереднього КР, віці жінки до 40 років, бажанні пацієнтки народжувати вагінально. До негативних прогностичних факторів успішності ВПКР належать: ожиріння (ІМТ більше 30 кг/м2), індукція або стимуляція пологів, макросомія плода, прееклампсія, багатоводдя, затримка внутрішньоутробного розвитку плода, вік понад 40 років, повторювані показання до кесаревого розтину. За наявності цих факторів частота успіху може знижуватися до 30-50%.

Загальний рівень успішності ВПКР становить близько 73-76%. Переваги: зниження частоти післяопераційних ускладнень, інфекцій та кровотеч, ризику ускладнень у майбутніх вагітностях, материнської смертності, частоти респіраторних порушень у новонародженого, коротший термін госпіталізації.

Незважаючи на переваги, існують певні ризики: можливість невдалої спроби з переходом до ургентного кесаревого розтину, підвищення імовірності крововтрати та інфекцій, розриву матки (22-74 випадки на 10 000), перинатальної смертності, ризику гіпоксично-ішемічної енцефалопатії (8/10000).

Висновки. ВПКР є обґрунтованою та безпечною альтернативою повторному кесаревому розтину за умови ретельного відбору пацієнток і належного моніторингу під час пологів. Ключовим є індивідуалізований підхід, оцінка факторів ризику та поінформований вибір жінки. Успішні ВПКР сприяють зниженню акушерських ускладнень як у поточній, так і в наступних вагітностях.