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.

ПРОБЛЕМИ ШКІРИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ ТА ПІСЛЯ ПОЛОГІВ. ЯК ЗБЕРЕГТИ КРАСУ ПІД ЧАС ТА ПІСЛЯ ВАГІТНОСТІ?

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

Під час вагітності в організмі жінки відбувається виражена гормональна перебудова, що супроводжується підвищенням рівня естрогенів, прогестерону та інших гормонів і безпосередньо впливає на стан шкіри, зумовлюючи зміну її чутливості, структури, пігментації та функції сальних залоз; більшість цих змін є фізіологічними та не потребують лікування, однак правильний догляд дозволяє зменшити їх прояви та покращити самопочуття жінки.

Мета дослідження: дослідити зміни шкіри під час вагітності таможливості їх корекції.

Матеріали та методи. Аналіз вітчизняних та зарубіжних фахових джерел.

Отримані результати. Гормональні фактори відіграють провідну роль у розвитку шкірних змін: естрогени сприяють покращенню мікроциркуляції та можуть надавати шкірі характерного «сяйва», тоді як прогестерон стимулює активність сальних залоз, що часто призводить до появи акне, а підвищення рівня меланоцитстимулюючого гормону зумовлює розвиток гіперпігментації.

На тлі цих змін посилюється кровопостачання шкіри, вона набуває більш рожевого або еритематозного відтінку, підвищується її жирність та реактивність до зовнішніх факторів. Частота фізіологічних змін є досить високою: гіперпігментація спостерігається приблизно у 70-90% вагітних, мелазма – у 50-70%, стрії – у 60-90%, акне – у 40-60%, судинні зміни (телеангіектазії, еритема) – у 30–60%, свербіж шкіри – до 20-30% випадків.

Одним із найпоширеніших проявів є мелазма, що характеризується появою темних плям на обличчі внаслідок поєднання гормонального впливу та ультрафіолетового випромінювання, що обґрунтовує необхідність фотозахисту. Стрії формуються внаслідок механічного розтягнення шкіри та змін колагенових волокон, спочатку мають червонувато-фіолетове забарвлення, а з часом світлішають, не зникаючи повністю. Акне вагітних пов’язане з гіперсекрецією шкірного сала та закупоркою пор, частіше виникає у першому триместрі, але може зберігатися протягом усієї вагітності. Судинні зміни проявляються у вигляді телеангіектазій, варикозного розширення вен і долонної еритеми внаслідок збільшення об’єму циркулюючої крові та гормонального впливу на судинну стінку.

Свербіж шкіри є частою скаргою вагітних і зазвичай пов’язаний із сухістю та розтягненням шкіри, однак у разі його інтенсивності може бути проявом внутрішньопечінкового холестазу, що потребує обов’язкового медичного контролю.

Окрім фізіологічних змін, виділяють специфічні дерматози вагітних, які можуть супроводжуватися висипами, свербежем і системними проявами, серед яких атопічний дерматит вагітних, поліморфний дерматоз, пемфігоїд вагітних та внутрішньопечінковий холестаз; частина з них є відносно безпечною, тоді як інші можуть становити загрозу для матері та плода і потребують своєчасної діагностики та лікування. При появі інтенсивного свербежу, висипань або бульозних елементів необхідна консультація лікаря для виключення патологічних станів.

Після пологів відбувається різке зниження рівня гормонів, що може супроводжуватися сухістю шкіри, загостренням акне та випадінням волосся, однак ці явища зазвичай мають тимчасовий характер і самостійно регресують протягом кількох місяців.

Сучасна косметологія пропонує ефективні методи корекції шкірних змін, проте під час вагітності пріоритет надається безпечному догляду та профілактиці, зокрема

застосуванню сонцезахисних засобів, препаратів із азелаїновою кислотою, ніацинамідом та вітаміном С, а також регулярному зволоженню шкіри та профілактиці стрій за допомогою емолієнтів.

У післяпологовому періоді спектр косметологічних втручань розширюється, однак терміни їх початку залежать від методу: неінвазивний догляд та поверхневі пілінги можливі через 4-6 тижнів після пологів, мезотерапія та біоревіталізація – зазвичай через 2-3 місяці (після завершення активної лактаційної адаптації), апаратні методики, такі як RF-ліфтинг і мікротоки – через 1-2 місяці, лазерні процедури та глибокі пілінги – не раніше ніж через 3-6 місяців і за відсутності протипоказань.

До основних процедур належать пілінги, які забезпечують контрольоване відлущування та оновлення шкіри, біоревіталізація для глибокого зволоження та підвищення пружності, мезотерапія з використанням біологічно активних речовин для покращення стану шкіри та волосся, RF-ліфтинг для стимуляції синтезу колагену та підтяжки тканин, мікротокова терапія для лімфодренажу та зменшення набряків, а також лазерні методики для лікування пігментації та постакне. При цьому важливо враховувати протипоказання під час вагітності, зокрема уникати ретиноїдів, агресивних процедур і більшості лазерних втручань, та забезпечувати індивідуальний підхід до кожної пацієнтки.

Висновки. Вагітність є «випробуванням» для шкіри, вона змінює її чутливость до впливу екзо та ендогенних факторів, структуру, пігментацію, функцію сальних залоз. Більшість цих змін є фізіологічними та не потребують лікування. Сучасна косметологія має ефективні методи корекції шкірних змін під час вагітності та після пологів, пріоритет надається безпечному догляду та профілактиці.

АНОМАЛІЇ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ТАКТИКИ

Здорик Д.В., Русова М.О.
Наукові керівники: к.мед.н., доц. Сергієнко М.Ю., ас. Кириченко М.М.
Кафедра акушерства та гінекології
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Актуальність. Аномалії пологової діяльності на сьогодні залишаються однією з найбільш актуальних проблем сучасного акушерства. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (WHO), порушення скорочувальної діяльності матки виникають приблизно у 10-20% усіх пологів, при цьому саме слабкість родової діяльності є причиною до 30-50% випадків кесаревого розтину. Згідно з даними American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), близько 60% первинних кесаревих розтинів виконуються через так звану «відсутність прогресу пологів» або «зупинку пологової діяльності». Значна частина цих випадків пов'язана не з істинною патологією, а з неправильною оцінкою фізіологічного перебігу пологів. У рекомендаціях National Institute for Health and Care Excellence (NICE) зазначено, що до 25-30% втручань у пологах є потенційно необґрунтованими та можуть бути зменшені за рахунок правильного моніторингу та індивідуалізації ведення пологів. Відповідно до рекомендацій ACOG та International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), аномалії пологової діяльності асоціюються з підвищеним ризиком гіпоксії плода, внутрішньочерепних крововиливів, післяпологових кровотеч та травматизму родових шляхів.

Мета дослідження. Метою даної роботи є узагальнення сучасних уявлень про аномалії пологової діяльності, оцінка ефективності лікувальних підходів відповідно до міжнародних рекомендацій.

Матеріали та методи. Було проаналізовано сучасні наукові джерела: клінічні рекомендації WHO, ACOG, FIGO та NICE, результати систематичних оглядів і метааналізів.