



**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
<i>Вакуленко А.І.</i>	
КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗАКРЕПІВ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ	155
<i>Брецько Ю.Ю.</i>	
РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я, АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ	156
РОЛЬ ВАГІНАЛЬНОЇ МІКРОБІОТИ У ПІДТРИМЦІ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНКИ	156
<i>Митчик І.І.</i>	
ПСЕВДОМІКСОМА ОЧЕРЕВИНИ, АСОЦІЙОВАНА З МУЦИНОЗНОЮ ПУХЛИНОЮ ЯЄЧНИКА: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ТА РОЛЬ ЦИТОРЕДУКТИВНОЇ ХІРУРГІЇ В ПОЄДНАНІ З ГІПЕРТЕРМІЧНОЮ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОЮ ХІМІОТЕРАПІЄЮ(НІРЕС) У МЕНЕДЖМЕНТІ ЗАХВОРЮВАННЯ.....	157
<i>Дем'янюк А.С.</i>	
ФЕТАЛЬНА ХІРУРГІЯ ЯК НОВІТНІЙ МЕТОД ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ	158
<i>Курач К. В., Ревуцький Ю.О.</i>	
ВПЛИВ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ	159
<i>Дем'янишина А.О., Соломка К.А.</i>	
ВПЛИВ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ НА РИЗИК РОЗВИТКУ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ	159
<i>Віват О.С., Князєвич А.О., Мінаєва П.О.</i>	
СУЧАСНА МОЛОДЬ І КОНТРАЦЕПЦІЯ: ЗНАННЯ, ВИБІР ТА БЕЗПЕКА	160
<i>Герчик Д.В.</i>	
ВРОСТАННЯ ПЛАЦЕНТИ: ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ЯК СУЧАСНИЙ ПРІОРИТЕТ	161
<i>Шишко В.С.</i>	
ВАГІНАЛЬНІ ПОЛОГИ ПІСЛЯ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ, РИЗИКИ ТА ПЕРЕВАГИ	162
<i>Тимошенко Є.О.</i>	
ПРОБЛЕМИ ШКІРИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ ТА ПІСЛЯ ПОЛОГІВ. ЯК ЗБЕРЕГТИ КРАСУ ПІД ЧАС ТА ПІСЛЯ ВАГІТНОСТІ?	164
<i>Макушенко К.О.</i>	
АНОМАЛІЇ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ТАКТИКИ	165
<i>Здорик Д.В., Русова М.О.</i>	
АКУШЕРСЬКИЙ СЕПСИС: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ	167
<i>Павленко С.А.</i>	
ЗАТРИМКА ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ ПЛОДА: КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ, ПЕРИНАТАЛЬНИХ НАСЛІДКІВ ТА ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ	168
<i>Лоза Є.К.</i>	
ПІСЛЯПОЛОГОВА ДЕПРЕСІЯ: ВПЛИВ НА ФІЗИЧНИЙ, ЕМОЦІЙНИЙ ТА КОГНІТИВНИЙ СТАН.....	169
<i>Передача Т.С.</i>	
ПРЕКОНЦЕПЦІЙНА ПІДГОТОВКА ПАЦІЄНТОК З ЕНДОМЕТРІОЗОМ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА УСПІХ ВАГІТНОСТІ	170
<i>Попадинець О.М., Левицький В.С.</i>	
ПСИХОЕМОЦІЙНІ БАР'ЄРИ ПІД ЧАС ПЕРШОГО ВІЗИТУ ДО ГІНЕКОЛОГА У МОЛОДИХ ЖІНОК ..	171
<i>Іванчо Д.В.</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ЗВЕРНЕННЯ ЖІНОК ЗА МЕДИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ В ПЕРІОД МЕНОПАУЗИ: РЕЗУЛЬТАТИ КОГОРТНОГО АНКЕТНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	172
<i>Сохацька А.В.</i>	
ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ЕНДОМЕТРИТ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ.....	173
<i>Риженко Я.В., Сало К.В.</i>	
ПЕРСОНАЛІЗОВАНІ ЦИФРОВІ ПІДХОДИ У ПРОФІЛАКТИЦІ ПРЕЕКЛАМПСІЇ: ФАРМАКО-ЕКОНОМІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ В АКУШЕРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ	174
<i>Бабій Н.В., Цапко С.А.</i>	

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 чутливість 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.

Результати. Аномалії пологової діяльності виникають унаслідок порушення складної системи регуляції, яка включає взаємодію між центральною нервовою системою, ендокринною системою та самою маткою. Важливу роль відіграє не тільки рівень гормону окситоцину, але й чутливість рецепторів міометрія до нього. Їх кількість значно зростає наприкінці вагітності, а недостатня активність може призводити до слабкості пологової діяльності навіть при нормальному рівні гормону. Регуляція пологів здійснюється на трьох основних рівнях. Міогенний рівень забезпечує здатність м'язових волокон матки до скорочення. Нейрогенний рівень пов'язаний із впливом центральної та вегетативної нервової системи, зокрема емоційного стану жінки. Ендокринний рівень включає гормональну регуляцію за участю естрогенів, прогестерону, окситоцину та простагландинів.

Окрім основних форм аномалій пологової діяльності сучасні протоколи ACOG та WHO окремо розглядають поняття "затяжна латентна фаза" та "зупинка активної фази", де критерієм початку активної фази вважається розкриття шийки матки на 6 см.

Слабкість родової діяльності є найпоширенішою формою аномалій, яка становить до 70% усіх випадків. Вона характеризується зниженням сили, тривалості та частоти перейм. Згідно з критеріями ACOG, у активній фазі першого періоду пологів вона діагностується при уповільненні розкриття шийки матки менше ніж 1 см на годину або при відсутності прогресу протягом 4 годин при адекватній скорочувальній діяльності чи 6 годин при неадекватній. Лікування включає амніотомію, ефективність якої становить 40-60%, а також застосування окситоцину з ефективністю до 70-85%. Найкращі результати досягаються при їх комбінованому використанні – до 90%. Згідно з даними метааналізів Cochrane рання амніотомія дозволяє скоротити тривалість пологів на 1-2 години, а контрольована стимуляція знижує ризик інфекційних ускладнень на 15-20%. Важливим є принцип своєчасності (Концепція «вікна ефективності»): якщо протягом 2-4 годин стимуляції відсутній ефект, необхідно переглянути тактику ведення пологів, оскільки подальше очікування може призвести до ускладнень (затяжні пологи, хоріоамніоніт, гіпоксія плода).

Надмірно сильна родова діяльність зустрічається приблизно у 1-3% випадків, але має високий ризик ускладнень. За даними FIGO вона може призводити до гіпоксії плода (до 30%), травматичних ушкоджень (до 25%) та передчасного відшарування плаценти (до 10%). Своєчасне застосування токолітичних препаратів ефективно у 60-75% випадків.

Дискоординована родова діяльність є однією з найбільш складних. Згідно з міжнародними рекомендаціями, методом вибору у таких випадках є епідуральна аналгезія, ефективність якої становить близько 70-80%. Вона дозволяє зменшити больовий синдром до 90% та нормалізувати скорочувальну діяльність матки. У разі неефективності консервативного лікування протягом 2-3 годин показане оперативне розродження.

Класичним інструментом моніторингу першого періоду пологів є партограма. Сучасною альтернативою партограмі є Labor Care Guide, рекомендований WHO, який враховує не лише клінічні показники, але й стан жінки, її біль та психологічний комфорт. Використання цього підходу дозволяє зменшити кількість необґрунтованих втручань на 20-30%.

Європейський досвід (зокрема протоколи Дублінської школи акушерства) базується на концепції «Активного ведення пологів» (Active Management of Labour), що передбачає безперервну підтримку жінки (one-to-one care) та чіткий алгоритм дій при виявленні відхилень від партограми. Доведено, що вертикальні позиції під час пологів дозволяють скоротити їх тривалість приблизно на одну годину. Присутність партнера знижує ризик кесаревого розтину приблизно на 25%, а використання гідротерапії зменшує потребу в знеболенні на 10–15%.

Висновки. Аномалії пологової діяльності є важливою медичною проблемою, що значною мірою визначає перебіг пологів та їх результат. Найбільш поширеною формою є слабкість родової діяльності, яка потребує чіткої діагностики та своєчасної корекції.

Комплексний підхід, що включає як медикаментозні, так і немедикаментозні методи, дозволяє значно знизити ризик ускладнень та покращити результати для матері та дитини.

АКУШЕРСЬКИЙ СЕПСИС: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Павленко С.А.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Сергієнко М.Ю., ас. Рослік О.А.

Кафедра акушерства і гінекології

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Вступ. Акушерський сепсис (АС) залишається одним із найтяжчих ускладнень вагітності, пологів і післяпологового періоду та провідною причиною материнської смертності у світі. За даними ВООЗ, інфекційні ускладнення посідають третє місце серед причин материнських втрат, становлячи близько 10,7 % усіх випадків, переважно у країнах із низьким і середнім рівнем доходу. Результати систематичного огляду й мета-аналізу 2025 року (44 дослідження, понад 141 мільйон вагітних із 24 країн) свідчать, що сумарна частота АС становить 13,16 на 10 000 вагітностей; за даними Global Burden of Disease у 2021 році зареєстровано 19,05 млн нових випадків материнських інфекцій та близько 17,7 тис. смертей на рік.

Мета. З'ясувати сучасні підходи до діагностики та лікування АС.

Матеріали та методи. Аналіз вітчизняних та зарубіжних фахових джерел.

Отримані результати. Відповідно до консенсусу Sepsis-3 (2016), сепсис розглядається як загрозлива для життя органна дисфункція, спричинена дизрегульованою відповіддю організму на інфекцію. Ключовими компонентами діагнозу є підтверджений або підозрюваний інфекційний процес та гостре зростання балу за шкалою SOFA ≥ 2 . У вагітних ризик генералізації інфекції підвищений унаслідок фізіологічної імунomodulaції (зсув Th1/Th2-відповіді), ендотеліальної дисфункції, гіперкоагуляційного стану та підвищеної продукції прозапальних цитокінів під час пологів. Найчастішими збудниками є Streptococcus групи A (GAS) та Escherichia coli; меншу частку становлять Klebsiella pneumoniae, Staphylococcus aureus, Enterococcus spp. і анаероби (Bacteroides, Clostridium). Первинним осередком у більшості випадків виступає матка (гнійно-некротичний ендометрит, хоріоамніоніт), що нерідко поєднується з тромбофлебітом вен малого таза. Патогенетичний каскад включає локальну інфекцію, масивне вивільнення медіаторів запалення, ушкодження ендотелію, порушення мікроциркуляції, тканинну гіпоксію та розвиток синдрому поліорганної недостатності, який у 70-80 % випадків супроводжується ураженням нирок.

Діагностика акушерського сепсису ускладнена тим, що більшість класичних ознак (тахікардія 90-100 уд/хв, задишка до 20/хв, лейкоцитоз до 16 000/мкл, а під час пологів – до 25 000/мкл) є фізіологічними для вагітності. Тому вирішальне значення має раннє клінічне мислення та застосування сучасних критеріїв оцінки органної дисфункції. Згідно з концепцією Sepsis-3, діагноз устанавлюється при гострому підвищенні показника шкали SOFA ≥ 2 балів на тлі підозрюваної або підтвердженої інфекції; при такому значенні внутрішньолікарняна летальність перевищує 10 %. Для швидкого скринінгу використовується шкала qSOFA (тахіпное ≥ 22 /хв; АТ сист. ≤ 100 мм рт. ст.; ШКТ < 15), де наявність ≥ 2 критеріїв свідчить про високий ризик несприятливого перебігу. За даними аудиту MBRRACE-UK, до 73 % жінок, які загинули від сепсису, не мали лихоманки, а приблизно 1 із 8 пацієнток із тяжким сепсисом є «SIRS-негативними», що підкреслює обмеженість застарілих критеріїв.