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.

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 результи. 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 імуномодуляції (зсув Th1/Th2-відповіді), ендотеліальної дисфункції, гіперкоагуляційного стану та підвищеної продукції прозапальних цитокінів під час пологів. Найчастішими збудниками є Streptococcus групи А (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 установлюється 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.; ШКГ < 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.

Згідно з рекомендаціями Surviving Sepsis Campaign (SSC, оновлення 2018-2021 рр.) протягом першої години («Hour-1 Bundle») необхідно: (1) визначити рівень лактату; (2) взяти гемокультури до введення антибіотика; (3) розпочати емпіричну антибактеріальну терапію широкого спектра дії з обов'язковим охопленням GAS та E. coli; (4) розпочати інфузію кристалоїдів 30 мл/кг при гіпотензії або лактаті > 4 ммоль/л. Затримка введення першої дози антибіотика асоційована зі зростанням летальності приблизно на 7,7 % за кожну годину зволікання. Препаратами вибору є захищені пеніциліни, цефалоспорини III-IV поколінь та карбапенеми; безумовно протипоказані тетрацикліни, фторхінолони та хлорамфенікол унаслідок тератогенного впливу. Тривалість антибіотикотерапії зазвичай становить 7-10 діб із подальшою деескалацією за результатами посіву. При септичному шоку вазопресором першої лінії є норадреналін із цільовим середнім артеріальним тиском ≥ 65 мм рт. ст.; застосування гідроксиетильованого крохмалю протипоказане (рівень доказовості 1B).

Ключовим компонентом терапії є хірургічний контроль над джерелом інфекції. Це термінове розродження незалежно від терміну гестації; у тяжких випадках-гістеректомія. Органозберігальна тактика можлива лише за умови стабільної гемодинаміки, життєздатного плода, ефективної санації альтернативного вогнища та відсутності прогресування органної дисфункції.

Висновки. АС – стан із високою летальністю. Раннє застосування критеріїв Sepsis-3 (SOFA, qSOFA) у поєднанні із сучасними біомаркерами дозволяє своєчасно виявити органну дисфункцію навіть за відсутності лихоманки. Дотримання принципу «золотої години» SSC та своєчасна санація осередку є ключовими чинниками, що визначають виживання пацієнтки, а подальше впровадження сучасних біомаркерів і стандартизованих протоколів є пріоритетним напрямом удосконалення акушерської допомоги.

ЗАТРИМКА ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО РОЗВИТКУ ПЛОДА: КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ, ПЕРИНАТАЛЬНИХ НАСЛІДКІВ ТА ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

Лоза Є.К.
Науковий керівник: Сергієнко М.Ю., к.мед.н., доцент
Кафедра акушерства та гінекології
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Мета дослідження. На основі ретроспективного аналізу статистичних звітів МОЗ України за період 2020–2025 рр. встановити регіональні особливості поширеності затримки внутрішньоутробного розвитку плода (ЗВУР) з акцентом на критичне зростання показників у східних та південних областях; комплексно оцінити роль соціально-детермінованих, соматичних та інфекційних чинників у формуванні високої перинатальної смертності, а також, спираючись на аналіз складного клінічного випадку з високою коморбідністю та низьким медичним комплаєнсом, обґрунтувати тактику ведення вагітності, алгоритм інтенсивної терапії та мультидисциплінарного моніторингу для мінімізації антенатальних втрат.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз епідеміологічних даних МОЗ України, що охоплює динаміку ЗВУР у 24 областях та м. Києві за 2020-2025 рр. Досліджено нормативно-правову базу (Накази МОЗ №378, №1337, №417) та міжнародні протоколи FIGO. Клінічна частина базується на поглибленому аналізі історії хвороби вагітної високого ступеня перинатального ризику (37 років, коморбідний статус: ССЗ, варикозна хвороба, хронічна інтоксикація, активна фаза токсоплазмозу). Використано методи динамічної фетометрії, оцінки біофізичного профілю плода (БПП), доплерометрії кровотоку в системі «мати-плацента-плід» та верифікації інфекційних маркерів.