**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.*

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.

**Отримані результати.** Підтверджено територіальну гетерогенність ЗВУР із піком у східних (10,0-17,6%) та південних (8,5-12,8%) областях (кумулятивний стрес). Верифіковано синергію плацентарної дисфункції (60%), токсикоманії (нікотин/етанол) та інфекційної агресії T. gondii. У кейсі встановлено ЗВУР III ст. (відставання >3 тиж.) та БПП <4 балів. Низький комплаєнс і відмова від стаціонару – незалежні предиктори негативного прогнозу, що нівелюють антенатальну корекцію.

**Висновки.** Персоніфікована тактика при критичному ЗВУР – комбінована терапія (антиагреганти, донатори NO, спіраміцин) та доплерометричний контроль кожні 10-14 днів. Регіональна специфіка, мультифакторний патогенез та низький комплаєнс – фундаментальні предиктори перинатальних наслідків. Поєднання ЗВУР III ст., низького БПП та дефекту комплаєнсу — критичний бар'єр та підстава для інтенсифікації моніторингу з метою запобігання антенатальній загибелі.

## ПІСЛЯПОЛОГОВА ДЕПРЕСІЯ: ВПЛИВ НА ФІЗИЧНИЙ, ЕМОЦІЙНИЙ ТА КОГНІТИВНИЙ СТАН

Перепечка Т.С.
Науковий керівник: к.мед.н. Онопченко С.П.
Кафедра акушерства і гінекології
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Період вагітності – це не лише фізіологічні зміни, пов'язані з розвитком плода, а й глибокі психологічні трансформації в житті кожної жінки. Вагітність розглядається як «критичний» або «перехідний» етап, коли організм і психіка пристосовуються до нових умов. Найпоширеніші емоційні стани у вагітних: тривожність, підвищена дратівливість, лабільність настрою, інколи депресивні реакції. Легка емоційна нестійкість вважається фізіологічною, проте надмірні прояви потребують уваги, адже можуть негативно впливати як на здоров'я матері, так і на перебіг вагітності та розвиток плода. Перинатальна депресія є поширеним та виснажливим ускладненням вагітності та пологів.

Існують докази того, що стрес, тривога, депресія під час вагітності негативно впливають на підтримку грудного вигодовування, нейророзвиток плода у постнатальному періоді, особливо протягом перших місяців життя, порушуючи емоційний, поведінковий, когнітивний, мовний зв'язок між матір'ю та дитиною. Важливо враховувати фактори ризику, такі як вік жінки, соціально-економічний статус, анамнез психічного здоров'я, сімейні розлади, несприятливі умови зовнішнього середовища.

Основними факторами ризику розвитку післяпологової депресії є гормональні зміни, психосоціальні стреси, недостатня соціальна підтримка, а частіше це відсутність її з боку партнера, родини або друзів; низький рівень освіти; самотність, матері з високою кількістю дітей; вагітність у молодому віці та низький дохід сім'ї. Інші фактори, такі як небажана вагітність, першонароджуючі жінки, перенесені передчасні пологи, подружні конфлікти та смерть членів сім'ї або втрата дитини, спадкова схильність до афективних розладів також є несприятливими наслідками.

**Мета дослідження**: вивчити психоемоційний стан жінки в післяпологовому періоді та оцінити прояви післяпологової депресії з метою своєчасної діагностики та вибору оптимальної стратегії підтримки і лікування.

**Матеріал та методи**: було досліджено інформацію про жінок у післяпологовому періоді. Застосовано скринінг за Единбурзькою шкалою постнатальної депресії ( EPDS ), оцінка симптомі за критеріями DSM-V, аналіз соціальних, психологічних та сімейних факторів, що впливають на стан пацієнтки. Единбурзька шкала післяпологової депресії (EPDS) – це клінічний скринінговий опитувальник, розроблений для виявлення симптомів депресії у жінок під час вагітності та в перший рік після народження дитини.