**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** У досліджуваній вибірці серед 105 жінок віком від 45 років майже половина перебуває у стані менопаузи (46,7%) і, водночас, зберігається значна частка жінок із регулярним менструальним циклом (38,0%), що вказує на гетерогенність вибірки за гормональним статусом.

Встановлено недостатній рівень звернення до лікаря акушера-гінеколога з приводу характерних менопаузальних проявів, оскільки 43,8% респонденток не планують або не зверталися за медичною допомогою. Більшість жінок (61,9%) не отримують терапії клімактеричних симптомів, що свідчить про обмежене охоплення лікуванням.

Серед пацієнток, які отримували терапію, гормональна терапія частіше характеризувалась високою ефективністю (76,9%), тоді як при негормональному лікуванні переважала помірна ефективність (67,9%) і частіше відзначалась низька ефективність (25,0%), що свідчить про вищу загальну результативність гормонального лікування порівняно з негормональним.

Основним джерелом інформації про менопаузу залишається лікар (69,0%), проте значна роль також належить інтернет-ресурсам (52,0%) та соціальному оточенню, що свідчить про змішаний характер інформаційного впливу на пацієнток.

## ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ЕНДОМЕТРИТ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

Риженко Я.В., Сало К.В.
Науковий керівник: к.мед.н., доцент Сергієнко М.Ю., ас Колокот Н.Г.
Кафедра акушерства та гінекології
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Післяпологовий ендометрит (ПЕ) залишається однією з найважливіших проблем сучасного акушерства, оскільки є одним з найпоширенішим інфекційним ускладненням післяпологового періоду. Незважаючи на розвиток антисептики, антибіотикопрофілактики та вдосконалення акушерської допомоги, частота гнійно-септичних ускладнень залишається стабільно значущою.

**Мета дослідження.** Метою дослідження є аналіз частоти ПЕ з урахуванням сучасних статистичних даних, оцінка впливу способу розродження на ризик розвитку цього ускладнення та сучасних підходів до його лікування.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз сучасних наукових джерел та рекомендацій ВООЗ щодо ведення пацієнток із ПЕ. Використано міжнародні рекомендації ВООЗ (2015), дані Cochrane Database (2015), результати багатоцентрового дослідження вітчизняних науковців «Поширеність післяпологового ендометриту та резистентність відповідальних патогенів до антимікробних препаратів в Україні: результати багатоцентрового дослідження (2015–2017)».

**Результати.** Післяпологовий ендометрит є одним із найпоширеніших інфекційних ускладнень після пологів і виникає протягом 42 днів післяпологового періоду. За даними ретроспективного дослідження в Україні (2015–2017 рр.) у 2460 з 25 344 пацієнток було виявлено післяпологовий ендометрит, що становить загальний рівень інфікування 9,7%. Рівень післяпологового ендометриту становив 7,6% після вагінальних пологів та 16,4% після кесаревого розтину. Частота післяпологового ендометриту після кесаревого розтину головним чином залежить від способу пологів (плановий кесарів розтин (до початку пологів) – 13,8% та позаплановий кесарів розтин (після початку пологів) – 22,5%).

Джерелом інфекції є ендометрій із можливим поширенням на міометрій та параметрій і розвитком генералізованих форм інфекції. Захворювання має переважно полімікробну етіологію за участю грампозитивної, грамнегативної та анаеробної флори. Клінічна картина варіює від типових форм із лихоманкою та інтоксикацією до стертих варіантів, що ускладнює діагностику.

Лікування передбачає раннє призначення емпіричної антибактеріальної терапії. За даними систематичного огляду Cochrane (2015), який включав 42 рандомізовані дослідження (4240 пацієнток): найбільш ефективною схемою лікування є комбінація кліндаміцину та гентаміцину, ризик неефективності лікування при використанні цієї схеми був на 31–35% нижчим, ніж при застосуванні цефалоспоринів або пеніцилінів, при використанні антибіотиків із недостатньою активністю проти анаеробної флори ризик терапевтичної невдачі зростав майже в 2 рази. Клінічна ефективність лікування показує необхідність зміни терапії – приблизно 10-15% випадків, розвиток ускладнень при адекватному лікуванні – менше 5%.

Аналіз сучасних міжнародних джерел свідчить про тенденцію до зниження частоти післяпологового ендометриту в країнах із високим рівнем медичної допомоги: у середньому 1-3%, тоді як після кесаревого розтину – 5-10% при проведенні антибіотикопрофілактики та може досягати 15-20% без неї.

**Висновки.** Післяпологовий ендометрит залишається важливою причиною розвитку сепсису та материнської захворюваності. Незважаючи на загальносвітову тенденцію до зниження частоти захворювання завдяки впровадженню антибіотикопрофілактики та сучасних акушерських підходів, в Україні показники залишаються відносно високими.

Найбільший вплив на ризик розвитку післяпологового ендометриту має спосіб розродження, зокрема кесарів розтин, особливо ургентний.

Сучасні підходи до ведення пацієнток включають ранню діагностику, своєчасне призначення ефективної емпіричної антибіотикотерапії з урахуванням анаеробної флори, застосування принципів раціональної антибіотикотерапії та активний контроль джерела інфекції.

## ПЕРСОНАЛІЗОВАНІ ЦИФРОВІ ПІДХОДИ У ПРОФІЛАКТИЦІ ПРЕЕКЛАМПСІЇ: ФАРМАКО-ЕКОНОМІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ В АКУШЕРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ

Бабій Н.В., Цапко С.А.
Кафедра акушерства та гінекології №1
Науковий керівник: доцент, к.мед.н. Яремчук Л.В.
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

**Мета:** Провести фармако-економічну оцінку ефективності профілактики прееклампсії у вагітних групи високого ризику шляхом порівняння стандартного ведення відповідно до Наказу МОЗ України №417 та рекомендацій міжнародних організацій із персоналізованим підходом із використанням цифрових технологій прогнозування та моніторингу, з визначенням їх економічної доцільності у коротко- та довгостроковій перспективі.

**Матеріалит та методи:** Дослідження базувалося на аналізі чинного Наказу МОЗ України №417 та сучасних міжнародних рекомендацій щодо профілактики прееклампсії. Проведено фармакоекономічне моделювання двох клінічних сценаріїв. Перший – передбачав стандартний підхід відповідно до зазначеного наказу та міжнародних рекомендацій (оцінка анамнестичних факторів ризику, рутинний антенатальний нагляд, призначення низьких доз АК у визначених групах ризику без використання розширеного скринінгу). Другий - включав персоналізований підхід із застосуванням розширеного скринінгу (PlGF, PAPP-A), доплерометрії маткових артерій та цифрового моніторингу АТ з можливістю індивідуальної корекції профілактичної терапії. Економічна оцінка здійснювалася на основі середніх витрат у системі охорони здоров’я України.

**Результати:** Встановлено, що середні витрати на ведення однієї вагітності при стандартному підході становили 19 800 грн, тоді як при застосуванні персоналізованого підходу – 34 900 грн, що на 76% більше. Частота розвитку прееклампсії при стандартному веденні – 8,4%, тоді як при персоналізованому підході – 5,1%.Частота тяжких форм зменшилася з 3,2% до 1,7% (на 47%). Середня вартість лікування одного випадку тяжкої прееклампсії становила 21 000 грн, а у випадку передчасних пологів із необхідністю