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

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОКОЛІВ «RANDOM START» ТА СТАНДАРТНИХ СХЕМ КОНТРОЛЬОВАНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ ЯЄЧНИКІВ У ПРОГРАМАХ ЗБЕРЕЖЕННЯ ФЕРТИЛЬНОСТІ ОНКОХВОРИХ ПАЦІЄНТОК 175
Баширова К.Б., Боброва А.О.

ВПЛИВ СТРЕСОВИХ ФАКТОРІВ НА РЕГУЛЯЦІЮ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛУ У ЖІНОК МОЛОДОГО ВІКУ 176
Ватаман К.Ю., Томчук А.Ю.

ЗМІНИ ЧОЛОВІЧОЇ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ В УКРАЇНІ 177
Воронцова Л.Л., Коваленко В.А., Козачук О.С.

ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ ТОКСИКОЗУ ВАГІТНИХ – СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ 178
Мельник Т.С.

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН СЕКСУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ЖІНОК ПРИ ТРИВАЛОМУ ЗАСТОСУВАННІ КОМБІНОВАНИХ ОРАЛЬНИХ КОНТРАЦЕПТИВІВ 179
Дмитрук Т.О., Кес О.Ю., Лабиш А.Д.

ВПЛИВ РЕВМАТИЧНИХ ТА АУТОІМУННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ МАТЕРІ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ, ПЛАЦЕНТАЦІЮ ТА ВНУТРІШНЬОУТРОБНИЙ РОЗВИТОК ПЛОДА 180
Сізова А.О.

ОПТИМІЗАЦІЯ ПЕРИНАТАЛЬНИХ НАСЛІДКІВ У ВАГІТНИХ ГРУП ВИСОКОГО РИЗИКУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ ШЛЯХОМ ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМИ ПАЦІЄНТ-КЕРОВАНОГО ДИСТАНЦІЙНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО МОНІТОРИНГУ ОБҐРУНТУВАННЯ КОМБІНОВАНОЇ ЕКСПРЕСІЇ ГЕНІВ VEGF ТА ANG-1 ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТРУКТУРНОЇ СТАБІЛІЗАЦІЇ НЕОСУДИН ПРИ КРИТИЧНІЙ ІШЕМІЇ КІНЦІВОК 182
Ткачук В. В., Швабська А. Н., Косовська М. А.

ОЦІНКА РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ У ЖІНОК З КЛІНІКОЮ НЕВИНОШУВАННЯ В РАННЬОМУ ТЕРМІНІ ВАГІТНОСТІ 183
Копос Д.М.

ІНТЕГРОВАНІ СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФАРМАКОТЕРАПІЇ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ТА ГЕСТАЦІЙНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ: КЛІНІКО-ФАРМАКОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ, ОПТИМІЗАЦІЯ ТЕРАПЕВТИЧНИХ СТРАТЕГІЙ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ПЕРСОНАЛІЗОВАНОГО ЛІКУВАННЯ 184
Матлюк М.П., Тимофійчук М.Р.

АНАЛІЗ СТАНУ НИРКОВОЇ ГЕМОДИНАМІКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СХЕМИ КОНТРОЛЬОВАНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ ЯЄЧНИКІВ 185
Лецин Д.В.

ПРЕЕКЛАМПСІЯ: ВІД ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ДО СИСТЕМНОГО ЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО УРАЖЕННЯ ТА ДОВГОТРИВАЛИХ НАСЛІДКІВ ДЛЯ МАТЕРІ ТА ДИТИНИ 186
Педченко С.О.

ОЦІНКА ДІАГНОСТИЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДІВ СКРИНІНГУ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ 187
Івоняк М.М., Марочканич Г.В.

ГЕМОРОЙ У ПРАКТИЦІ АКУШЕРА-ГІНЕКОЛОГА: ВІД ГЕСТАЦІЙНИХ ЗМІН ДО ПІСЛЯПОЛОГОВОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ 188
Мотузко О. О.

ВПЛИВ ГЕСТАЦІЙНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА ФЕТОПЛАЦЕНТАРНИЙ КОМПЛЕКС: КОНЦЕПЦІЯ СИНДРОМУ «ШОКОВОЇ ПЛАЦЕНТИ» ТА ЙОГО НАСЛІДКИ 189
Кошкалда Ю.М.

АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ, ХІРУРГІЯ, ТРАВМАТОЛОГІЯ 191

ДВОБІЧНИЙ ПОДОВЖЕНИЙ ESP-BLOCK ЯК КОМПОНЕНТ ERAS У ПАЦІЄНТІВ КАРДІОХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ 191
Таран Р. М.

ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕГІОНАРНОГО ЗНЕБОЛЕННЯ В КОНТРОЛІ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ТА «СТРЕС-ВІДПОВІДІ» У ПОРАНЕНИХ НА ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ 192
Тимчишин Д.О., Черненко В.О., Кисса С. Г.

РОЛЬ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ У ЗАПОБІГАННІ ПОШИРЕННЮ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНИХ ІНФЕКЦІЙ ПРИ БОЙОВИХ ПОРАНЕННЯХ 192
Глібко В.О.

Другий період пологів є потужним тригером декомпенсації гемороїдальних вузлів через різке підвищення внутрішньочеревного тиску (до 80-120 мм рт. ст.), що призводить до тромбозу (до 40% випадків), випадіння вузлів та кровотеч. Розроблено диференційовану тактику лікування залежно від триместру: I триместр – переважно немедикаментозні методи + обмежений перелік місцевих засобів, II триместр – «золота середина» для розширення терапії, III триместр – акцент на профілактику гострих ускладнень під час пологів. Визначено абсолютні показання до хірургічного втручання під час вагітності, такі як некротичний тромбоз, профузна кровотеча, ішемія невправних вузлів та оптимальні терміни планового оперативного лікування після пологів (3-6 місяців). А також обґрунтовано комплекс післяпологової реабілітації, що включає профілактику запорів, гігієнічний режим, ранню активізацію та вправи Кегеля для відновлення тонусу м'язів тазового дна.

Висновки: геморой у практиці акушера-гінеколога вимагає активного виявлення та системного підходу до лікування. Пологи є критичним періодом для декомпенсації геморою, що потребує превентивних заходів уже в III триместрі. Комплексна післяпологова реабілітація та планове лікування знижують частоту рецидивів у наступних вагітностях на 70%. Інтеграція проктологічних знань в акушерську практику є необхідною умовою покращення якості життя вагітних і породіль та запобігання ускладненням.

ВПЛИВ ГЕСТАЦІЙНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА ФЕТОПЛАЦЕНТАРНИЙ КОМПЛЕКС: КОНЦЕПЦІЯ СИНДРОМУ «ШОКОВОЇ ПЛАЦЕНТИ» ТА ЙОГО НАСЛІДКИ

Кошкалда Ю.М.
Науковий керівник: к.мед.н., доцент ЗВО Сергієнко Марина Юріївна
Кафедра акушерства і гінекології
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Актуальність: гіпертензивні розлади під час вагітності залишаються однією з найбільш гострих проблем охорони здоров'я, охоплюючи близько 10% усіх вагітностей у світі. За даними статистики, кожні 7 хвилин у світі одна жінка помирає від ускладнень, пов'язаних із гіпертензією, що робить цю патологію провідною причиною материнської та перинатальної смертності. А тому кожен випадок гестаційної гіпертензії несе потенційну загрозу життю як матері, так і плода через непередбачуваність прогресування патології.

Мета: дослідити патоморфологічну трансформацію плаценти в «шоковий орган» під впливом гестаційної гіпертензії, розкрити каскадний зв'язок між ішемією плаценти і антенатальним станом плода, обґрунтувати значення маркерів ангіогенезу для раннього виявлення плацентарної дисфункції.

Матеріали і методи: комплексний аналіз сучасних наукових джерел, включаючи статистичні дані ВООЗ та нормативні документи МОЗ України. Пошук інформації здійснювався у наукових базах даних (PubMed, Google Scholar).

Результати: гестаційна артеріальна гіпертензія не є лише клінічним симптомом, а являє собою глибокий патоморфологічний процес, у якому плацента трансформується у первинний «шоковий орган», запускаючи каскад системних ускладнень в організмі матері та плода. Аналіз отриманих даних підтверджує, що гіпертензивні розлади, які охоплюють близько 10% усіх вагітностей, призводять до глибокої перебудови плаценти, яка виступає первинною мішенню. Фундаментальною ланкою патогенезу є неадекватна інвазія трофобласта та дефекти ремоделювання спіральних артерій, що призводять до їхньої патологічної реактивності, стійкого вазоспазму та критичного зниження плацентарної перфузії. Концепція синдрому «шокової плаценти» об'єднує процеси ішемії, сладж-феномен та вивільнення у материнський кровотік антиангіогенних факторів, що індукує генералізовану ендотеліальну дисфункцію. Формування синдрому «шокової плаценти»

супроводжується глибокою деструкцією органа на макро- та мікрорівнях: об’єм функціонально активної тканини скорочується до 27%, тоді як майже 70% плаценти виключається з обміну через ішемічні інфаркти та тромбози. Ультраструктурні зміни, зокрема деструкція мітохондрій синцитіотрофобласта та набряк базальної мембрани, свідчать про енергетичний колапс клітин та параліч транспортної функції органа. Вплив на плід характеризується переходом від хронічної плацентарної недостатності з асиметричною затримкою росту до гострої гіпоксії та високого ризику антенатальної загибелі. Сучасна стратегія запобігання цим станам має базуватися на ранньому скринінгу з використанням доплерометрії маткових артерій та визначення співвідношення біомаркерів sFlt-1/PlGF, що дозволяє вчасно розпочати профілактичні заходи.

Висновки: гестаційна артеріальна гіпертензія трансформується з клінічного симптому в системну патологію через формування «шокової плаценти», яка стає джерелом ендогенної інтоксикації. Значимість патоморфологічної деструкції плацентарного бар'єра та мікроциркуляторного колапсу диктує необхідність переходу від очікувальної тактики до раннього прогнозування. Пріоритетним напрямком у сучасному акушерстві має стати моніторинг ангіогенного балансу та плацентарної перфузії, що дозволить виявити критичні порушення плацентації на доклінічному етапі.