isu-conference.com

ISU
INTERNATIONAL SCIENTIFIC UNITY

COLLECTION OF SCIENTIFIC PAPERS



7th International Scientific and Practical Conference

GLOBAL TRENDS IN SCIENCE, TECHNOLOGY AND ECONOMY

October 28-30, 2026
Graz, Austria



INTERNATIONAL SCIENTIFIC UNITY

5th International Scientific and Practical Conference

«Global Trends in Science, Technology and Economy»

Collection of Scientific Papers

October 28-30, 2026
Graz, Austria

Мовлянова Н., Камінський В., Башкірова Л.
ТЕХНОЛОГІЇ ІНТЕРАКТИВНИХ ВІРТУАЛЬНИХ ПАЦІЄНТІВ У РОЗВИТКУ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ..... 410

Назарук В., Затварницька В.
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ДИНАМІКИ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ В ДІЛЯНЦІ ПОПЕРЕКУ ПІД ВПЛИВОМ КЛАСИЧНОГО МАСАЖУ ТА КОМБІНОВАНИХ МІОФАСЦІАЛЬНИХ ТЕХНІК..... 414

Андрущенко В.В., Чумаченко Л.В.
КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ТА МЕНЕДЖМЕНТ ГЕМОЛІТИЧНОЇ ХВОРОБИ ПЛОДА І НОВОНАРОДЖЕНОГО ПРИ РЕЗУС-КОНФЛІКТІ: СУЧАСНІ СТАНДАРТИ АНТЕНАТАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ..... 417

Волков О.В., Рейзвіх О.Е., Сухомейло К.О., Сухомейло Д.О.
КОРЕКЦІЯ БІОХІМІЧНИХ ЗМІН У СИРОВАТЦІ КРОВІ ЩУРІВ ЗА УМОВ ТРИВАЛОГО СТРЕСУ ЗА ДОПОМОГОЮ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО КОМПЛЕКСУ..... 420

Новакова Л., Давибіда Н., Дячина Д.
ТЕРАПЕВТИЧНІ ВПРАВИ ЯК ЗАСІБ РОЗВИТКУ ГНУЧКОСТІ ТА РУХЛИВОСТІ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА..... 423

Ворожейкін О.І., Чирков А.О., Веснін В.В., Фадєєв О.Г.
П'ЄЗОЕЛЕКТРИЧНІ ВЛАСТИВОСТІ КІСТОК, ТА ЇХ ВПЛИВ НА РЕГЕНЕРАЦІЮ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ..... 426

Давибіда Н., Назарук В., Козирев І.
ОСОБЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ВПРАВ ПРИ ПОПЕРЕКОВІЙ РАДИКУЛОПАТІЇ..... 428

Sagimbekova D., Yerseitova A., Madikyzy B., Pazylbek A.
ADVANCES IN THE DIAGNOSIS AND PERSONALIZED MANAGEMENT OF ALLERGIC DISEASES IN PEDIATRIC AND ADULT POPULATIONS..... 432

Нікульченко О.В., Науменко О.М., Стадник В.С., Кравченко А.С.
МАНІФЕСТАЦІЯ ВРОДЖЕНОЇ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДИТИНИ РАННЬОГО ВІКУ НА ТЛІ ГОСТРОЇ COVID-19: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК..... 438

Систематичні огляди засвідчують потенційну користь міофасціального розслаблення щодо болю або функціональних обмежень, однак результати неоднорідні. Наявних даних недостатньо, щоб зробити висновок про стабільну перевагу міофасціальних технік над класичним масажем саме за показником інтенсивності болю. Найбільш обґрунтованим є використання обох методик як допоміжних компонентів комплексної фізичної терапії, що включає терапевтичні вправи, освітні заходи та індивідуалізоване управління фізичною активністю.

Список використаних джерел

1. Вакуленко Л. О. Реабілітаційний масаж. Тернопіль : Укрмедкнига, 2018. 524 с.
2. Внукова Н., Рубан Л. Сучасний підхід до масажної терапії: оновлений погляд на давню практику. Актуальні питання сучасного масажу. Харків : ХДАФК, 2023. № 1 (8). С. 23–32
3. Осіпов В. М. Особливості техніки та методики виконання прийомів класичного масажу для відновлення працездатності спортсменів-футболістів. Спортивні ігри. Харків : ХДАФК, 2018. № 3 (9). С. 66–73
4. Осіпов В. М. Внесок І. В. Заблудовського, О. Ф. Вербова та І. М. Саркізова Серазіні в розвиток і становлення класичної системи масажу. Актуальні питання сучасного масажу. Харків : ХДАФК, 2019. С. 41–47.
5. Harris R. Manual Lymphatic Drainage // Modalities for Massage and Bodywork / ed. by E. Stillerman. Mosby, 2014. P. 112–130.

КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ТА МЕНЕДЖМЕНТ ГЕМОЛІТИЧНОЇ ХВОРОБИ ПЛОДА І НОВОНАРОДЖЕНОГО ПРИ РЕЗУС-КОНФЛІКТІ: СУЧАСНІ СТАНДАРТИ АНТЕНАТАЛЬНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ

Андрущенко Віра Віталіївна
асистент
Кафедра педіатрії №2
Чумаченко Людмила Василівна
здобувач вищої освіти
Медичний факультет
Харківський національний медичний університет, Україна

Вступ. Гемолітична хвороба плода і новонародженого (ГХПН) - це імунологічно зумовлений стан, що виникає внаслідок трансплацентарного перенесення материнських антитіл класу IgG, спрямованих проти еритроцитарних антигенів плода. Однією з основних причин захворювання є RhD-алоімунізація, яка розвивається внаслідок сенсибілізації RhD-негативної жінки еритроцитами RhD-позитивного плода. Руйнування еритроцитів може

спричиняти анемію, гепатоспленомегалію, водянку плода, серцеву недостатність і внутрішньоутробну загибель. У новонароджених можливі тяжка гіпербілірубінемія, білірубінова енцефалопатія та неврологічні ускладнення. Своєчасний скринінг еритроцитарних антитіл і застосування антирезусного імуноглобуліну в неімунізованих RhD-негативних вагітних дають змогу знизити ризик RhD-алоімунізації та пов'язаних із нею ускладнень [1-3].

Мета. Проаналізувати клінічне значення RhD-алоімунізації, сучасні підходи до антенатального скринінгу та ведення вагітності, а також роль антирезусного імуноглобуліну в профілактиці гемолітичної хвороби плода і новонародженого.

Матеріали та методи. Проведено огляд міжнародних клінічних рекомендацій і наукових публікацій за 2021–2025 роки, присвячених профілактиці, антенатальній діагностиці та веденню гемолітичної хвороби плода і новонародженого. Пошук літератури здійснювали в базах PubMed/MEDLINE та Google Scholar.

Результати та обговорення. Резус-конфлікт виникає внаслідок контакту крові RhD-негативної жінки з RhD-позитивними еритроцитами плода. Потенційно сенсибілізувальними подіями є пологи, кровотечі під час вагітності, втрата вагітності, позаматкова вагітність, травма живота та інвазивні акушерські процедури[1, 6, 7]. Утворені материнські антитіла класу IgG проникають через плаценту та спричиняють гемоліз еритроцитів плода. Крім анти-D-антитіл, клінічно значущу ГХПН можуть спричиняти антитіла анти-c та анти-K, тому лабораторний скринінг має охоплювати не лише RhD-несумісність, а й інші еритроцитарні антитіла, здатні викликати ураження плода [1, 3].

Важливим етапом антенатального ведення є визначення групи крові за системою ABO, RhD-належності та скринінг еритроцитарних антитіл на початку вагітності з повторним дослідженням приблизно на 28-му тижні гестації. У RhD-негативних вагітних без імунних анти-D-антитіл необхідно оцінити показання до профілактики після потенційно сенсибілізувальних подій і планової антенатальної профілактики. Може застосовуватися неінвазивне визначення RhD-статусу плода за вільною фетальною ДНК у плазмі матері. Якщо достовірно встановлено, що плід RhD-негативний, це дає змогу уникнути непотрібного введення антирезусного імуноглобуліну [1, 2].

Антирезусний імуноглобулін є основним засобом первинної профілактики RhD-алоімунізації [1, 6, 7]. Його застосовують у неімунізованих RhD-негативних вагітних у межах планової антенатальної профілактики та після пологів, якщо новонароджений RhD-позитивний або його RhD-статус невідомий. Після пологів препарат слід ввести якомога раніше, зазвичай протягом 72 годин. Дозування та необхідність додаткового введення визначають відповідно до чинного протоколу, інструкції препарату, терміну вагітності й обсягу фетоматеринської кровотечі. Важливо розрізняти профілактичне введення препарату та ведення вже при сенсибілізованій вагітності: антирезусний імуноглобулін не усуває сформовані імунні анти-D-антитіла та не є методом лікування наявної RhD-алоімунізації [1, 2].

При виявленні клінічно значущих еритроцитарних антитіл необхідне уточнення їхньої специфічності, оцінка концентрації або титру відповідно до

типу антитіл, урахування попереднього акушерського анамнезу та визначення потреби в консультації перинатолога.

Для оцінювання ризику анемії плода застосовують ультразвукову доплерометрію пікової систолічної швидкості кровотоку в середній мозковій артерії [1, 2].Показник понад 1,5 MoM (1,5 від медіани для відповідного терміну гестації) свідчить про підвищений ризик помірної або тяжкої анемії та потребує спеціалізованого обстеження. За відповідними клінічними показаннями розглядають інвазивну діагностику та внутрішньоутробне переливання еритроцитів. Тактика й термін розродження визначаються індивідуально з урахуванням стану плода, гестаційного віку та результатів моніторингу [1, 2].

Після народження дитини за наявності материнських антитіл оцінюють RhD-належність, рівень гемоглобіну та білірубіну; прямий антиглобуліновий тест виконують за відповідними показаннями. Лікування залежить від ступеня анемії та гіпербілірубінемії й може включати фототерапію та, за показаннями, обмінне переливання крові. Внутрішньовенний імуноглобулін не рекомендується застосовувати рутинно при Rh- або ABO-опосередкованій ГХПН; можливість його використання розглядають лише в окремих клінічних ситуаціях відповідно до спеціалізованих рекомендацій. Подальше спостереження необхідне для своєчасного виявлення анемії та інших ускладнень, які можуть проявитися після народження або виписки [4, 5].

Висновки. Сучасний менеджмент гемолітичної хвороби плода і новонародженого при RhD-несумісності ґрунтується на ранньому скринінгу еритроцитарних антитіл, своєчасній профілактиці антирезусним імуноглобуліном і спеціалізованому моніторингу вагітностей із підтвердженою алоімунізацією. Принципове значення має розмежування первинної профілактики, спрямованої на запобігання формуванню імунних анти-D-антитіл, і ведення вже сенсибілізованих вагітних, для яких визначальними є оцінювання ризику анемії плода та своєчасне спеціалізоване лікування. Дотримання цих принципів сприяє зниженню ризику тяжких ускладнень і покращенню перинатальних результатів.

Список використаних джерел

1. Regan F., Veale K., Robinson F. et al. Guideline for the investigation and management of red cell antibodies in pregnancy: A British Society for Haematology guideline. Transfusion Medicine. 2025. Vol. 35, No. 1. P. 3–23. DOI: https://doi.org/10.1111/tme.13098.
2. de Winter D. P., Kaminski A., Tjoa M. L., Oepkes D. Hemolytic disease of the fetus and newborn: systematic literature review of the antenatal landscape. BMC Pregnancy and Childbirth. 2023. Vol. 23. Article 12. DOI: https://doi.org/10.1186/s12884-022-05329-z.
3. Rodrigues M. M. O., Mattos D., Almeida S., Fiegenbaum M. Hemolytic disease of the fetus and newborn—a perspective of immunohematology.