



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ

**85 ВСЕУКРАЇНСЬКОГО НАУКОВО-ПРАКТИЧНОГО КОНФЕРЕНЦІЇ
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ З
МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ - 2025»**

15-16 травня 2025 року



ЗАПОРІЖЖЯ – 2025

ТРОМБОЛІТИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ.....	164
<i>Горкавчук М.В., Буркало В.В., Попович Я.Я.</i>	
ХІРУРГІЧНА ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛОГЕНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ТРОМБОЗІ ПОВЕРХНЕВИХ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК	165
<i>Буркало В.В., Горкавчук М.В., Попович Я.Я.</i>	
АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ СУЧАСНИХ БІОЛОГІЧНИХ І СИНТЕТИЧНИХ МАТЕРІАЛІВ ПРИ КЛАПАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАЦІЯХ	166
<i>Степанець К.П.</i>	
ЗАСТОСУВАННЯ ГІДРОГЕЛЕВИХ ПОВ'ЯЗОК З ВКЛЮЧЕННЯМ НАНОКОМПОЗИТИВ ОКСИДУ ЦИНКУ ТА МІДІ ПРИ БОЙОВІЙ ТРАВМІ	166
<i>Музиченко А. Р., Загребельна А. І., Зелінський Ю. О.</i>	
ВИКОРИСТАННЯ ПРЕГАБАЛІНУ В СКЛАДІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПОРАНЕНИХ.....	167
<i>Горбань В.В., Васюта Я.А.</i>	
ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНА МЕМБРАННА ОКСИГЕНАЦІЯ ПРИ ГОСТРОМУ РЕСПІРАТОРНОМУ ДИСТРЕС-СИНДРОМІ	168
<i>Герзон А.М., Хоружий П.Г.</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ВАКУУМНОЇ ТЕРАПІЇ ГНІЙНИХ РАН В УМОВАХ ГІПОКОАГУЛЯЦІЇ.....	169
<i>Балаж Ю.П., Мінаєва А.І., Скрипинець І.Ю.</i>	
БОЙОВА ТРАВМА ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ	169
<i>Єгай Є. С.</i>	
ОПТИМІЗАЦІЯ ЗАСТОСУВАННЯ ВАЗОПРЕСОРІВ ПРИ СПІНАЛЬНІЙ АНЕСТЕЗІЇ ПІД ЧАС КЕСАРСЬКОГО РОЗТИНУ	171
<i>Сазонова С.О.</i>	
СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЗАСТОСУВАННЯ КЕТАМІНУ В АНЕСТЕЗІЇ ТА ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО БОЛЮ	171
<i>Кізлов М.Ю., Федорович І.О.</i>	
РЕКОНСТРУКЦІЯ ЛІВОГО ПЕРЕДСЕРДЯ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ГЕТЕРОТРАНСПЛАНТАТА ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ВИДАЛЕННЯ БЕЗСИМТОМНОЇ ГІГАНТСЬКОЇ МІКСОМИ СЕРЦЯ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.....	172
<i>Будагов Р. І.</i>	
НОРМАЛЬНА І ПАТОЛОГІЧНА ФІЗІОЛОГІЯ	173
МІТОХОНДРІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ ЯК КЛЮЧОВИЙ МЕХАНІЗМ НЕЙРОДЕГЕНЕРАЦІЇ	173
<i>Кишук Ю. О.</i>	
ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ СИНДРОМУ СИСТЕМНОЇ ЗАПАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ (SIRS)	173
<i>Білай А. С.</i>	
ВПЛИВ РАКЕТНИХ АТАК НА ПОШИРЕНІСТЬ РАКУ ЛЕГЕНЬ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ	174
<i>Хима В. Р., Капанюк Я. І.</i>	
СИНДРОМ КУШІНГА: МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ ТА ПАТОГЕНЕЗ	175
<i>Федоренко С.І.</i>	
РОЛЬ КЛІТИН ЕПІКАРДА У РЕМОДЕЛЮВАННІ МІОКАРДА	175
<i>Гамідова А.К.</i>	
ГЕНЕТИЧНІ ФАКТОРИ ЕЛЕКТРИЧНИХ СИНДРОМІВ СЕРЦЯ: РОЗКРИТТЯ МОЛЕКУЛЯРНО- ГЕНЕТИЧНИХ МЕХАНІЗМІВ ДЛЯ РАНОГО ВИЯВЛЕННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ РАПТОВОЇ СЕРЦЕВОЇ СМЕРТІ	176
<i>Атаходжаєва В.М.</i>	
ОЦІНКА СТАНУ ХАРЧУВАННЯ ТА АНАЛІЗ ЙОГО ВПЛИВУ НА ФУНКЦІОНУВАННЯ ОСНОВНИХ СИСТЕМ ОРГАНІЗМУ	176
<i>Лецишин Л.С., Галич В.О., Черевач Д.Р.</i>	
ULTRASTRUCTURAL CHARACTERISTICS OF ALVEOLAR MACROPHAGES AT LATE STAGES OF EXPERIMENTAL DIABETES.....	177
<i>Fedorchenko Yu.V., Zaiats L.M.</i>	
АНАЛІЗ МОРФОДЕНСИТОМЕТРИЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ЩУРІВ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ І НА ТЛІ ВВЕДЕННЯ АМІНОКИСЛОТ.....	178
<i>Голумбовська В.В.</i>	
ЗАЛЕЖНІСТЬ КОНЦЕНТРАЦІЇ УВАГИ ВІД РІВНЯ ГІДРАТАЦІЇ.....	178
<i>Добра К.В.</i>	
ОСОБЛИВОСТІ ДЕННОЇ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ	179
<i>Михайлів А. Р., Урядко Б. М.</i>	
АНАЛІЗ ВПЛИВУ ІНТРАЦЕРЕБРОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ВВЕДЕННЯ КОЛХІЦИНУ НА ПОКАЗНИКИ ЕКСПРЕСІЇ АПОПТОЗ-АСОЦІЙОВАНИХ БІЛКІВ В БАЗАЛЬНОМУ МАГНОЦЕЛЮЛЯРНОМУ ЯДРІ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ЩУРІВ.....	180
<i>Данукало М.В.</i>	

Висновок: У клінічній практиці реабілітація часто недооцінюється або впроваджується несистемно. Рання післяопераційна реабілітація є важливим компонентом комплексного лікування пацієнтів після торакальних операцій. Вона суттєво покращує клінічні результати, знижує ризик ускладнень, скорочує термін госпіталізації та сприяє швидшому поверненню до повсякденної активності. Отримані дані підкреслюють необхідність впровадження структурованих програм реабілітації в практику торакальних відділень.

ОСОБЛИВОСТІ ВАКУУМНОЇ ТЕРАПІЇ ГНІЙНИХ РАН В УМОВАХ ГІПОКОАГУЛЯЦІЇ

Балаж Ю.П., Мінаєва А.І., Скрипинець І.Ю.

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Скрипинець Ю.П.

Кафедра загальної хірургії

Медичний факультет ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Мета дослідження. Дослідити ризик розвитку кровотеч при застосуванні VAC-терапії гнійних ран у пацієнтів на тлі прийому гіпокоагулянтних препаратів.

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів застосування VAC-терапії гнійних ран у 22 пацієнтів, які проходили лікування на базі КНП «УМБКЛ» УМР у 2024–2025 рр. Критерії включення: наявність гнійних ран після хірургічної обробки; прийом антиагрегантних (12 осіб) і антикоагулянтних (10 осіб) препаратів; вихідні показники МНО у терапевтичному діапазоні (2,0–3,0); відсутність ознак кровотечі на момент початку лікування. Для VAC-терапії використовувався апарат HEACO NP32S (Корея) з мінімальними режимами розрідження (–75–120 мм рт. ст.) у переривчастому режимі. Фіксувалося виникнення кровоточивості з ран під час сеансів терапії. Усі пацієнти надали письмову інформовану згоду на лікування та обробку персональних даних.

Отримані результати. Підвищену кровоточивість ранової поверхні відзначено лише в одному випадку (4,5%) – у пацієнтки після розтину флегмони підшовної поверхні стопи на тлі цукрового діабету. Вона отримувала антикоагулянтну терапію клопідогрелем; режим розрідження VAC становив –120 мм рт. ст. Після зниження розрідження до –75 мм рт. ст. (мінімальний режим для даного апарата) кровотеча припинилася. У решти пацієнтів відзначено добру переносимість VAC-терапії без розвитку кровотеч і посилення болювого синдрому в рані.

Висновки. При виборі ран для VAC-терапії слід враховувати мінімальне натягнення країв, відповідність рани лініям натягу шкіри та належну адаптацію глибоких тканин. На тлі прийому антикоагулянтів і антиагрегантів рекомендується застосовувати мінімальні режими розрідження в переривчастому режимі VAC.

БОЙОВА ТРАВМА ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Єгай Є. С.

Наукові керівники: PhD, ас. Чмуть К. О., ст. лаб. Будагов Р. І.

Кафедра госпітальної хірургії

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Актуальність. Бойова травма підшлункової залози (БТПЗ) залишається однією з найскладніших проблем військової хірургії через поєднання важкодоступного анатомічного розташування, труднощів своєчасної діагностики при політравмі та високої схильності до розвитку неконтрольованого панкреонекрозу і системних ускладнень, що зумовлює високу летальність. Важка бойова травма, що супроводжується нестабільністю гемодинаміки, асоціюється із застосуванням у лікуванні БТПЗ методики DCS. Діагностика БТПЗ ускладнена, оскільки клінічне обстеження та стандартні методи візуалізації є ненадійними на ранній стадії травми. БТПЗ недостатньо досліджена. В літературі є доповіді щодо цивільної травми ПЗ внаслідок ножового поранення, вогнепального, але

вплив вибухових поранень на ПЗ є недостатньо дослідженим через брак літературних відомостей.

Мета роботи: вивчити особливості діагностики та хірургічного лікування бойових травм підшлункової залози, проаналізувати безпосередні результати застосування різних хірургічних тактик, включаючи Damage Control Surgery, та визначити фактори, що впливають на виникнення ускладнень і летальність у даній категорії поранених.

Матеріали та методи. Зважаючи на те, що в літературі є доповіді щодо цивільної травми ПЗ внаслідок ножового поранення, вогнепального, але вплив вибухових поранень на ПЗ є недостатньо дослідженим через брак літературних відомостей, матеріалу для дослідження цього питання, на жаль, обмаль. З огляду на вищесказане, за основу дослідження я взяла роботу військово-медичного клінічного центру Північного регіону (Харківського шпиталю) з теми «Резекційні методи лікування бойової травми підшлункової залози» (2024 р.), Damage Control Surgery травм живота, військово-польова хірургія за авторством Білого В. Я (2004 р.), вказівки з воєнно-польової хірургії за авторством проф. Заруцького Я. Л. (2014 р. та 2016 р.).

Було проведено вивчення механізму травми: при пораненні підшлункової залози (ПЗ) відбувається руйнування ациноцитів і порушення цілісності протоків залози. Як наслідок, при бойовій травмі підшлункової залози агресивні ферменти які вже пройшли фазу активації вивільняються не лише в тканини самої залози, а й у черевну порожнину. Це в свою чергу викликає важке запалення прилеглих тканин, некроз пошкодженої ділянки ПЗ (панкреонекроз) – який може викликати ускладнення у вигляді перитоніту, поліоргану недостатність внаслідок масивної кровотечі через пошкодження верхньої брижової артерії та вени, ворітної вени та загальної печінкової артерії (при пораненні головки ПЗ).

Отримані результати. Найбільший відсоток БТПЗ виникає внаслідок вибухових осколкових поранень, на другому місці за частотою є вибухова травма. Серед видів ушкоджень підшлункової залози найчастіше трапляється травма хвоста ПЗ, далі за частотою йде травма головки ПЗ, а потім – травма тіла ПЗ. Рідше зустрічаються множинні поранення ПЗ. Для підвищення рівня виживаності пацієнтів застосовують тактику Damage Control Surgery (DCS) з метою стабілізації стану пораненого та підготовки до повторних оперативних втручань. За видами оперативного втручання виділяють:

1. Дистальну резекцію підшлункової залози зі спленектомією / зі збереженням селезінки (спленозберігаючу дистальну резекцію).
2. Панкреатодуоденальну резекцію (ПДР) двоетапну.
3. Панкреатодуоденальну резекцію (ПДР) одноетапну.
4. Центральну резекцію підшлункової залози.
5. Панкреатодуоденальну резекцію (тільки резекційний етап).
6. Панкреатоєюностомію за Ру (Roux-en-Y).

Висновки. Підсумовуючи все вищезазначене, бойова травма ПЗ є однією з найбільш серйозних проблем сучасної військової хірургії, особливо в контексті нинішніх реалій в Україні. Застосування концепції Damage Control Surgery є важливим моментом для стабілізації тяжкопоранених з БТПЗ. На даний момент дана травма є недостатньо вивченою через її рідкість та високу летальність пацієнтів. Аналіз частоти різних видів БТПЗ показує переважання вибухових осколкових поранень ПЗ. Тактика DCS є найбільш ефективною для БТПЗ, оскільки першим етапом є саме стабілізація пацієнта з нестабільною гемодинамікою та проведення «First-look». Наступним етапом є «Second-look», що включає виконання всіх необхідних хірургічних втручань для остаточного вирішення проблеми бойової травми ПЗ.