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

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА РЕЗЕКТАБЕЛЬНОСТІ ХОЛАНГІОКАРЦИНОМИ ВОРІТ ПЕЧІНКИ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ІНФОРМАТИВНОСТІ СИСТЕМ BLUMGART, BISTMUSH-CORLETTE ТА TNM ЗА ДАНИМИ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ. ... 193
Атаходжаєва Валерія М.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ВАКУУМНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ПЕРФОРАЦІЇ СТРАВОХОДУ ... 194
А.К. Гамідова, О.С. Мельник, Ю.О. Кищук

ЗАСТОСУВАННЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ВАКУУМНОЇ ТЕРАПІЇ (ENDOVAC) У ХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ ... 195
Франко О. М., Шульгай С. Т.

МІНІМАЛЬНО ІНВАЗИВНИЙ ОСТЕОСИНТЕЗ (TEN) ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДОВГИХ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ... 196
Тітов О.С., Процик Ю.Ю., Покотило О.С.

УСКЛАДНЕНИЙ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНИЙ КОЛІТ: КЛІНІЧНІ РИЗИКИ ТА ПРОГНОСТИЧНІ АСПЕКТИ ... 197
Гаманіна А. О.

ЧИ Є РОБОТИЗОВАНА ХІРУРГІЯ НОВИМ СТАНДАРТОМ ПРИ ГОСТРОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ? ПОРІВНЯННЯ З ЛАПАРОСКОПІЧНОЮ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЄЮ ... 198
Шевчук В.ОКовальчук., К.В.,.Сульжик В.М.

ІНТРАОПЕРАЦІЙНІ ЕТАПИ ПРИ КРУГОВІЙ АБДОМІНОПЛАСТИЦІ 360^0. ... 199
Кемкін В.В.

НЕОБХІДНІСТЬ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ДІДЖИТАЛІЗОВАНОЇ ПЛАНІМЕТРІЇ НА ОСНОВІ ЦИФРОВИХ ФОТОГРАФІЙ ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ В РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКІЙ ВІЙНІ ... 200
Гонжак Б.І., Кербаж Н.Р.

РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНА ПЕРФОРАЦІЯ АДЕНОКАРЦИНОМИ ПЕЧІНКОВОГО КУТА ТОВСТОЇ КИШКИ, ЯК ПРИЧИНА ПІДШКІРНОЇ ЕМФІЗЕМИ ТА АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ ... 201
Приймак Д.В.

ТОТАЛЬНЕ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА ПРИ КОКСАРТРОЗІ ІІІ СТ.: ВІД ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОГО ПЛАНУВАННЯ ДО РАННЬОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ... 203
Литвин С.Ю., Литовченко А.С.

ВІД FAST ДО E-FAST: РОЗШИРЕННЯ МОЖЛИВОСТЕЙ УЛЬТРАСОНОГРАФІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ПНЕВМОТОРАКСУ ТА ГЕМОТОРАКСУ ... 204
Рогульська Є.І.

КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ РАННІХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ... 204
Подопригора М. Ю., Ткачук В. Р.

АЛГОРИТМИ ДОГОСПІТАЛЬНОГО ВЕДЕННЯ ПРИ СПОНТАННОМУ ВІДНОВЛЕННІ КРОВООБІГУ ПІСЛЯ ПРИПИНЕННЯ 205

СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВОЇ РЕАНІМАЦІЇ ... 205
Онуфрійчук Д.О.

МОНОАНАСТОМОЗНЕ ШУНТУВАННЯ ШЛУНКА: РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ ... 206
Атаходжаєва Владислава М.

ІМУННА ТОЛЕРАНТНІСТЬ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ: НОВІ СТРАТЕГІЇ ІНДУКЦІЇ ТОЛЕРАНТНОСТІ ЗА ДОПОМОГОЮ РЕГУЛЯТОРНИХ Т-КЛІТИН (TREG) ТА ТОЛЕРОГЕННИХ ДЕНДРИТНИХ КЛІТИН ... 207
Герасименко М.С.

ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ТРАНСКАТЕТЕРНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ ТА ХІРУРГІЧНОЇ ЗАМІНИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У ПАЦІЄНТІВ З АОРТАЛЬНИМ СТЕНОЗОМ ... 208
Мельник Т.С.

ЗАСТОСУВАННЯ ЖИРОВИХ ЕМУЛЬСІЙ ЯК МЕТОД ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ КРИТИЧНИХ ПЕРЕДОЗУВАННЯХ АНТИДЕПРЕСАНТАМИ ... 209
Онуфрійчук Д.О., Магас К.А.

Мета дослідження. Визначити вплив обсягу та етапності хірургічної обробки бойових ран на частоту розвитку інфекцій, асоційованих з мультикорезистентною флорою.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективне дослідження курації 38 поранених із мінно-вибуховими та вогнепальними ушкодженнями кінцівок, які проходили лікування на етапі спеціалізованої хірургічної допомоги. Критеріями включення були наявність глибоких ушкоджень м'яких тканин та необхідність первинної хірургічної обробки.

Пацієнтів розподілено на дві групи залежно від обраної тактики. У першій групі (n=20) виконувалась радикальна первинна хірургічна обробка із широким висіченням девіталізованих тканин, фасціотомією за показаннями, активним дренуванням та повторними ревізіями ран через 24-48 годин. Закриття рани проводилось відстрочено.

У другій групі (n=18) застосовувалась більш обмежена санація з мінімальним висіченням тканин та раннім ушиванням рани за відсутності явних ознак некрозу.

Усім пацієнтам проводилася стартова емпірична антибіотикотерапія з подальшою корекцією відповідно до результатів бактеріологічного дослідження ранового вмісту. Оцінювали частоту гнійно-септичних ускладнень, спектр мікрофлори, наявність множинної стійкості до препаратів та тривалість госпіталізації.

Результати. У першій групі інфекційні ускладнення виникли у 24% випадків, при цьому полірезистентні штами виділялись у 12% пацієнтів. Середній термін стаціонарного лікування становив 18±3 доби.

У другій групі гнійні ускладнення розвинулись у 48% поранених, з них у 33% висівались штами з множинною резистентністю до двох і більше груп антибактеріальних препаратів. Термін госпіталізації був достовірно довшим і становив 27±4 доби. У більшості цих випадків виникала потреба у повторних розширених некректоміях.

Висновки. Радикальна, етапна хірургічна тактика лікування зі відстроченим закриттям рани достовірно знижує частоту інфекцій, асоційованих з антибіотикорезистентністю. Хірургічна санація є визначальним фактором контролю інфекції при бойових пораненнях, тоді як антибіотикотерапія має допоміжний характер. Отримані дані свідчать, що недостатній обсяг первинної хірургічної санації створює умови для персистенції мікрофлори та виділення стійких штамів.

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА РЕЗЕКТАБЕЛЬНОСТІ ХОЛАНГІОКАРЦИНОМИ ВОРІТ ПЕЧІНКИ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ІНФОРМАТИВНОСТІ СИСТЕМ BLUMGART, BISTMUSH-CORLETTE ТА TNM ЗА ДАНИМИ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.

Атаходжаєва Валерія М.
Науковий керівник: д. мед. н. професор Клименко А.В.
Кафедра факультетської хірургії і онкології
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Мета: шляхом модифікованого метааналізу визначити діагностичні переваги та недоліки сучаних клінічних класифікацій холангіокарциноми у поєднанні з даними інстументальних методів дослідження, а також обгрунтувати їхню здатність прогнозувати резектабельність та обсяг оперативного втручання.

Матеріали та методи: проведено ретроспективний аналіз 180 релевантних статей, з яких відібрано 15 наукових публікацій, а також сучасних клінічних настанов ASCO (American Society of Clinical Oncology), протоколів ESMO (European Society for Medical Oncology).

Отримані результати: На основі проведеного аналізу встановлено, що трансабдомінальне УЗД є пріоритетним методом у визначення гемодинаміки у судинній системі печінки, адже дозволяє виявити ранні ознаки судинної інвазії та портальної гіпертензії. Система Bismuth-Corlette у поєднанні магнітно-резонансною холангіопанкреатографією або ЕРХПГ дозволяє визначити топічний рівень біліарної обструкції (від I до IV типу), а також поширення раку вздовж жовчних проток. Дана система має значний недолік, оскільки не дозволяє візуалізувати судини, їх прохідність, стан стінки, а також зв'язок з пухлиною. Система TNM дозволяє оцінити поширеність первинної пухлини, ураження регіональних лімфатичних вузлів та оцінку метастазів у навколишніх органах і тканинах, проте не дозволяє визначити локалізацію судинної інвазії та можливе проростання пухлини в судини печінки, тому її недостатньо для визначення резектабельності. За даними опрацьованих джерел розбіжність між даними МРТ/КТ та інтраопераційними даними коливається 30-40% у зв'язку з наявністю мікросудинної інвазії, а також дрібними перитонеальними метастазами. Система Blumgart у поєднанні з МСКТ-ангіографією дозволяє візуалізувати судини, їх прохідність, а також поширеність пухлини, ангіоінвазію та найголовніше резектабельність пухлини. Аналіз показав, що при однаковому позначенні стадій T1-T3 вони мають клінічну розбіжність і відповідно різні шляхи оперативного втручання. Критерій T2 за TNM інвазія судини в паренхіму не є абсолютним показником нерезектабельності пухлини, тоді як T2 за Blumgart тобто проростанння пухлини з того ж боку вказує на необхідність гемігепатектомії. Провідною ознакою судинної інвазії є кут охоплення пухлиною судини понад 180 градусів, тоді як оклюзія (повне циркуляторне охоплення судини пухлиною) прямопропорційно нерезектабельності пухлини. Клінічний діагноз холангіокарциноми воріт печінки шляхом єдності трьох складових: Bismuth-Corlette визначає ступінь пошкодження та межу резекції жовчних проток, тоді як Blumgart – спроможність збереження магістрального кровотоку. У той же час класифікація TNM визначає експансію, ступінь її поширення та залучення навколишніх структур.

Висновок: На підставі аналізу сучасних наукових джерел обґрунтовано доцільність застосування комплексного дооперацийного обстеження. На початковому етапі застосування трансабдомінального УЗД з доплерографією ворітної вени як скринінговий метод. Подальше уточнення анатомії жовчних проток МРХПГ чи ЕРХПГ (відповідно до класифікацій Bismuth-Corlette), тоді як мульфазна МСКТ-ангіографія дозволяє оцінити ступінь судинної інвазії за Blumgart. А також доповнення цього комплексу діагностичною лапароскопією та інтрапопераційним УЗД підвищує точність виявлення резектабельності та дозволяє уникнути майже половині випадків експлоративних лапаротомій.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ВАКУУМНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ПЕРФОРАЦІЇ СТРАВОХОДУ

А.К. Гамідова, О.С. Мельник, Ю.О. Кищук
Науковий керівник: асистент Разлог Д.Г.
Кафедра хірургії №2
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Мета дослідження: Проаналізувати ефективність використання ендоскопічної вакуумної терапії при перфорації стравоходу.

Матеріали та методи: Було проаналізована близько 20 різних статей закордонної та вітчизняної літератури з PubMed, Web of Science, Scopus.

Отримані результати: У систематичному огляді та метааналізі 2024 року, який включив 366 пацієнтів**,** загальний рівень клінічного успіху EVAC для дефектів стравоходу становив 87,95%**.** У підгрупі саме трансмуральної перфорації стравоходу