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.

ІНТРАОПЕРАЦІЙНІ ЕТАПИ ПРИ КРУГОВІЙ АБДОМІНОПЛАСТИЦІ 360°.

Кемкін В.В.
Науковий керівник к.мед.н. доц. Ярешко Н.О.
Кафедра загальної хірургії та післядипломної хірургічної освіти
Запорізький державний медико фармацевтичний університет

Мета дослідження: Проаналізувати та удосконалити результати основних етапів кругової абдомінопластики 360°.

Матеріал та методи: Проведений аналіз лікування 58 пацієнток з нижньою контурною деформацією тулуба. Середній вік склав 34±0,8 років. Проведенні основні клініко- біохімічні показники, інструментальні, променеві методи, оглянуті суміжними спеціалістами по показам.

Амбулаторно проходили обстеження, яке включало загальний аналіз крові, сечі, біохімічні показники: білірубін, протеінограма, коагулограма, а також променеві методи: рентгенографія грудної клітки та її органів, ультразвукове дослідження черевної порожнини, а також за потребами інших анатомо-функціональних областей, ЕКГ, огляд гінеколога, терапевта та інших профільних спеціалістів.

У 20 (34,5%) жінок був стан після пологів: відвислий живіт, діастаз прямих м'язів живота, скупчення жирового вмісту в поперековій та бокових областях живота.

У 12 (20,7%) пацієнток після проведення баріатричних операцій, а також внаслідок схуднення виник симптомокомплекс (надлишок шкіри та підшкірно-жирової клітковини навколо тулуба).

У 26 (44,8%) в зв'язку з віком та спадковою схильністю до повноти діагностований надлишок підшкірної клітковини в області живота, спини, сідниць.

Отримані результати: При виконанні оперативного втручання виділяємо наступні етапи: виконання розмітки, ліпосакція бокових та поперекових областей, сідниць, пластику діастазу прямих м'язів, пупка та ліфтинг живота.

Розмітку проводимо до початку оперативного втручання. Правильно зроблена розмітка є запорукою позитивного естетичного результату. На операційному столі вводимо розчин «Klein» в підшкірну клітковину для профілактики кровотечі під час оперативного втручання, а також для проведення «вологої» ліпосакції. При виконанні першого етапу пацієнтка знаходиться на животі, проводимо ліпосакцію в поперековій області, а також в області стегон. Кількість жирового вмісту склала 250 ± 50 мл. Згідно розмітки виділяємо надмірну щкіру та підшкірно – жирову клітковину, а також епідерміс по верхньому контуру поперекової області. Загальний вміст видаленої підшкірно-жирової клітковини склав 1300 ± 40 г. Далі нижній край лоскута фіксуємо вузловими швами до верхнього контуру поперекової області, причому нижній лоскут повинен лягти на поверхню видаленого епідермісу. Це дає можливість більш міцної фіксації та утворення естетичної талії та підтяжки сідниць. В подальшому додатково проводимо ліпосакцію поперекової ділянки по показам, з видаленням 350± 20 мл жирового вмісту.

Наступний етап - моделювання передньої черевної стінки. Моделювання передньої черевної стінки з ліпосакцією, мобілізацією з послідуючим видаленням шкіри та підшкірно-жирової клітковини передньої та бокових стінок живота. При ліпосакції видалено 2800 ± 30 мл жирового вмісту, підшкірно-жирової клітковини (передній фартух) 3400 ± 70 г. Пупок реамплантується.

Загальна кількість видаленого жирового вмісту склала 5300 ± 80 мл.

Тривалість оперативного втручання відповідно 4,23 ± 1,45 години. Зменшення довжини кола талії 8,5± 0,4 см.

В післяопераційному періоді пацієнтки знаходились в зігнутому положені «складного ножа». Компресійну білизну надягали на операційному столі і використовували протягом 2-3 місяців.

Висновки: Виконання послідовних вищезазначених етапів кругової абдомінопластики 360° дозволяє досягти естетичну корекцію нижньої половини тулуба в поєднанні з іншими анатомо-функціональними ділянками (стегна, сідниці).