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

ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНИЙ КОЛІТ У ХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ: СУЧАСНА ДІАГНОСТИЧНА ТАКТИКА ТА ВИБІР МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ 209
Левицький В.С., Попадинець О.М.

POST-ICU SYNDROME: НОВА ПРОБЛЕМА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ 210
Лабиш А.Д., Дмитрук Т.О., Кес О.Ю.

ТРИВАЛИЙ ПОВІТРЯНИЙ ВИТІК ЯК КЛІНІЧНИЙ ФЕНОТИП ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРЕБІГУ В ТОРАКАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ 211
Кес О.Ю., Лабиш А.Д., Дмитрук Т.О.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МАГНІТНО-КОМПРЕСІЙНОГО АНАСТОМОЗУ ПРИ ЛІКУВАННІ АТРЕЗІЇ СТРАВОХОДУ 212
Бейреш Є.В., Супрун Т.І.

РЕЗУЛЬТАТИ ТОТАЛЬНОЇ ПОЗДОВЖНЬОЇ ПАНКРЕАТОЄЮНОДУОДЕНОСТОМІЇ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ З ПРОТОКОВОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ 213
Портний В.А.

РОЛЬ ВНУТРІШНЬОСУДИННОЇ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ (IVUS, OCT) У СУЧАСНІЙ СУДИННІЙ ХІРУРГІЇ 214
Краєвий І.А., Дмитрук Т.О., Кес О.Ю.

ПРОГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ NGAL У РАННІЙ ДІАГНОСТИЦІ ГОСТРОГО ПОШКОДЖЕННЯ НИРОК У КРИТИЧНИХ ПАЦІЄНТІВ 215
Боднарук Б.Б., Касіяник С.М.

БЕЗШОВНА ШЛУНКОВО-КИШКОВА ХІРУРГІЯ: БІОМЕХАНІЧНІ ПЕРЕВАГИ МАГНІТНИХ КОМПРЕСІЙНИХ АНАСТОМОЗІВ 216
Руденко М.В., Салейчук А.А.

ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕХАНІЧНОЇ ТА РУЧНОЇ КОМПРЕСІЇ ГРУДНОЇ КЛІТКИ ПРИ СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВІЙ РЕАНІМАЦІЇ 217
Литвин С.Ю.

АНАЛІЗ ЛІКУВАННЯ ТРЕТИННОГО ГІПЕРПАРАТИРЕОЗУ ШЛЯХОМ СУБТОТАЛЬНОЇ ПАРАТИРЕОЇДЕКТОМІЇ 218
Гаврильченко А.К.

ФЕРМЕНТНІ ПРЕПАРАТИ У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ РАН 219
Безверха Н.В.

РОЛЬ РЕЗИДУАЛЬНОЇ ВЕНОЗНОЇ ОБСТРУКЦІЇ У ФОРМУВАННІ ПОСТТРОМБОТИЧНОГО СИНДРОМУ 220
Симоненко М.С.

ОНКОЛОГІЯ 221

ВИЯВЛЕННЯ ВУЗЛИКІВ У ЛЕГЕНЯХ ЗА ДОПОМОГОЮ ШТУЧНОГО ІНТЕЛЕКТУ НА КТ-СКАНАХ 221
Осмоловська К.О., Бородій Т.Ю., Пустякова О.О.

ЗАСТОСУВАННЯ АЦЕЛЮЛЯРНИХ ДЕРМАЛЬНИХ МАТРИЦЬ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦІЇ ДЕФЕКТІВ ТКАНИН ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ МЕЛАНОМИ 222
Мельник Т.С.

ПРИРОДНІ ГЕОПАТОГЕННІ ЧИННИКИ ЯК ДЕТЕРМІНАНТИ ОНКОЛОГІЧНОГО РИЗИКУ ДЛЯ НАСЕЛЕННЯ ЗАПОРІЗЬКОГО КРАЮ 223
Півторапавло А. В., Біловоденко В. Ю., Цвіркун С. М.

ОСОБЛИВОСТІ ЛАБОРАТОРНОЇ ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ НЕЙРОЕНДОКРИННИХ ПУХЛИН ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ 224
Івановська В.І.

ВПЛИВ САРКОПЕНІЇ НА ЧАСТОТУ НЕБАЖАНИХ ЯВИЩ ВНАСЛІДОК ХІМІОТЕРАПІЇ 225
Кечеджиєв В. В.

ОСОБЛИВОСТІ ПІДХОДУ У ЛІКУВАННІ ІНВАЗИВНОГО ЛОБУЛЯРНОГО РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ: ВИБІР ПАЛІАТИВНОЇ СТРАТЕГІЇ, КЛІНІЧНИЙ КЕЙС 226
Івановська В. І.

ZERO-ISCHEMIA PARTIAL NEPHRECTOMY VS RADIOFREQUENCY ABLATION: REASSESSING FUNCTIONAL SAFETY IN LOCALIZED RENAL CELL CARCINOMA 227
Demianiuk M. S.

відбувається без накладання швів і значного пошкодження тканин, що знижує ризик крововтрати та зменшує тривалість хірургічної процедури, що не можна сказати про традиційні методи [Tannuri et al., 2020]. Важливою перевагою магнітної компресії є збереження власного стравоходу, що має значні функціональні переваги у довгостроковій перспективі. При використанні методу заміщення стравоходу шлунком чи кишківником, нерідко трапляються порушення рухливості, рефлюкс та дисфагія [Treccarichi et al., 2024]. В порівнянні з традиційними методами лікування атрезії частота виникнення стриктур в післяопераційному періоді при застосуванню магнітного анастомозу в 2 рази вища (40% проти 20%) [Kędzierska et al., 2023]. Також є поодинокі випадки зсуву магнітів та неповного формування анастомозу, що призводить до потреби у додатковому хірургічному втручанні, проте такі ускладнення є досить рідкісними і пов'язані з технічним аспектом проведення даної процедури [Reich et al., 2024].

Висновки: Магнітно-компресійний анастомоз є перспективною та інноваційною технологією у лікуванні атрезій стравоходу. Порівняно з традиційними методами застосування магнітної технології дозволяє: зменшити інвазивність оперативного лікування, зберегти власний стравохід пацієнта, зменшити тривалість операції та період реабілітації. Хоча метод супроводжується з утворенням анастомозних стриктур, більшість із них успішно коригуються ендоскопічними дилатаціями. Таким чином, за умов, дотримання технічних аспектів процедури магнітно-компресійний анастомоз демонструє високі показники ефективності та безпечності і може розглядатись як альтернатива традиційним методам лікування атрезії стравоходу.

РЕЗУЛЬТАТИ ТОТАЛЬНОЇ ПОЗДОВЖНЬОЇ ПАНКРЕАТОЄЮНОДУОДЕНОСТОМІЇ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ З ПРОТОКОВОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Портний В.А.
Науковий керівник: д.мед.н., проф. Клименко А.В.
Кафедра факультетської хірургії і онкології
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Мета дослідження. Хронічний панкреатит (ХП), ускладнений панкреатичною протоковою гіпертензією, залишається складною клінічною проблемою через прогресуючий перебіг, розвиток больового синдрому та екзокринної й ендокринної недостатності підшлункової залози. Органозберігаючі хірургічні втручання, зокрема дренуючі операції, спрямовані на декомпресію протокової системи, дозволяють зменшити біль та зберегти функціональний паренхіматозний резерв органа. Однак питання оцінки їх ефективності у віддаленому періоді та визначення прогностичних критеріїв результатів лікування залишаються недостатньо вивченими.

Матеріалим та методи. У дослідження включено 44 пацієнтів хворих на хронічний панкреатит з протоковою гіпертензією, ендокринною та/або екзокринною недостатністю яким виконано органозберігаюче хірургічне втручання - тотальну поздовжню панкреатоєюнодуоденостомію. Оцінка результатів проводилась у віддалені терміни після операції, а саме 5 і більше років. Досліджувалася якість життя за допомогою опитувальника EORTC QLQ-C30, наявність больового синдрому та залежність від знеболюючих, стан ендокринної функції оцінювався на основі рівня ендогенного інсуліну, глікованого гемоглобіну, С-пептиду, екзокринна функція – залежність від ферментних препаратів, рівень фекальної еластази-1.

Отримані результати. За даними дослідження встановлено: представлений метод оперативного втручання являється абсолютно ефективним відносно больового синдрому, що свідчить про ефективну декомпресію протокової системи підшлункової залози, з обстежених пацієнтів, залежних від анальгетиків, нестероїдних протизапальних чи

наркотичних засобів не виявлено. Згідно опитувальника пацієнти вважають себе здоровими, оперативне втручання на підшлунковій залозі абсолютно не впливає на рівень якості життя, не заважає займатися буденними справами чи займатися працею. Більшість пацієнтів оцінили свій стан здоров'я на 5-6 балів з 7, у більшості випадків це пов'язано з наявністю супутньої патології. Покращення якості життя у вигляді відсутності больового синдрому супроводжувалося стабілізацією або повільнішим прогресуванням екзокринної недостатності підшлункової залози. Водночас у частини хворих спостерігалося прогресування ендокринної недостатності. Прослідковується деяка кореляція з тривалістю захворювання до оперативного втручання та ступенем фіброзних змін паренхіми підшлункової залози. Достовірно встановлено, що раннє виконання органозберігаючої операції - тотальної поздовжньої панкреатоєюнодуоденостомії асоціюється з кращими функціональними (екзо та ендокринна функції) результатами у далеко віддаленому періоді. Аналізуючи дані пацієнтів до оперативного втручання можна виділити фактори що впливають на результативність лікування, а саме: ступінь фіброзу паренхіми підшлункової залози, стан ендо та екзокринної фунції, час з моменту початку захворювання, наявність вірсунголітіазу, спосіб життя (зловживання алкоголем як до так і після оперативного втручання). Отримані дані підтверджують доцільність індивідуалізованого підходу до вибору тактики лікування, вибору терміну оперативного втручання з моменту початку захворювання, вищеперелічені дані суттєво впливають на прогноз оперативного лікування.

Висновки. Хронічний панкреатит (ХП), ускладнений панкреатичною протоковою гіпертензією, залишається складною клінічною проблемою через прогресуючий перебіг. Віддалені прогностичні результати залежать від багатьох факторів найголовнішим з яких є функціональний стан підшлункової залози до оперативного лікування, ступінь фіброзу паренхіми, ступінь вірсунгоектазії. Тотальна поздовжня панкреатоєюнодуоденостомія – ефективне органозберігаюче оперативне втручання в віддаленому післяопераційному періоді до 5 років, результати лікування у терміни більше 5 років потребують подальшого вивчення. Раннє хірургічне втручання та індивідуалізація підходу до лікування є ключовими чинниками досягнення кращих віддалених результатів.

РОЛЬ ВНУТРІШНЬОСУДИННОЇ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ (IVUS, OCT) У СУЧАСНІЙ СУДИННІЙ ХІРУРГІЇ

Краєвий І.А., Дмитрук Т.О., Кес О.Ю.
Науковий керівник: асист. Левадний О.В.
Кафедра ендоскопічної та серцево-судинної хірургії
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Мета дослідження. Оцінити клінічну ефективність та особливості внутрішньосудинної візуалізації (IVUS, OCT) у судинній хірургії на основі аналізу сучасних наукових досліджень.

Матеріали та методи. Проведено аналітичний огляд наукових публікацій у базах PubMed, Scopus та Google Scholar.

Отриманні результати. Внутрішньосудинне ультразвукове дослідження (ВСУЗД) та оптична когерентна томографія (ОКТ) дають можливість детально оцінити структуру судини, зокрема морфологію судинної стінки та характер атеросклеротичного ураження, випереджаючи оптимізацію результатів втручань традиційної ангіографії. Метааналіз Stone et al., 2024, опублікований у The Lancet, який включає близько 20 рандомізованих контрольованих досліджень, задіяв понад 15 тис. пацієнтів, які мали судинну патологію (стенози, кальцифіковані бляшки тощо). За методом черезшкірних коронарних втручань вибірку умовно було поділено на дві групи: 1 - ангіографічно-керовані втручання (angiography-guided PCI); 2 - втручання під контролем внутрішньосудинної візуалізації