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.

Підгруповий аналіз свідчить про потенційну ефективність механічних пристроїв у специфічних клінічних ситуаціях: при тривалості СЛР понад 20 хвилин, під час транспортування пацієнтів у катетеризаційних лабораторіях під час проведення коронарних втручань, а також в умовах обмеженого кадрового ресурсу. Водночас критичним фактором є затримка початку компресій, пов'язана з встановленням пристрою, що може призводити до зниження коронарної та церебральної перфузії.

Окремі дослідження вказують на тенденцію до підвищення частоти травматичних ускладнень при механічній компресії (переломи ребер, ушкодження внутрішніх органів), однак ці результати залишаються гетерогенними та не мають однозначного впливу на кінцеві клінічні точки. Загалом результати свідчать, що при забезпеченні високої якості ручної СЛР її ефективність є порівнянною з механічною.

Висновок. Механічні пристрої для компресії грудної клітки забезпечують стандартизацію якості СЛР, однак не мають доведеної переваги над високоякісною ручною СЛР щодо виживаності та неврологічних наслідків. Їх застосовування є найбільш доцільним у ситуація, де забезпечення ефективної ручної компресії є ускладненим. Визначальним фактором успіху реанімаційних заходів залишається своєчасність початку та якість компресій грудної клітки незалежно від методу їх виконання.

АНАЛІЗ ЛІКУВАННЯ ТРЕТИННОГО ГІПЕРПАРАТИРЕОЗУ ШЛЯХОМ СУБТОТАЛЬНОЇ ПАРАТИРЕОЇДЕКТОМІЇ

Гаврильченко А.К.
Науковий керівник: д.м.н. проф., Завгородній С.М.
Кафедра загальної хірургії та післядипломної хірургічної освіти.
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Мета дослідження: Оцінити ефективність субтотальної паратиреоїдектомії у хворих із третинним гіперпаратиреозом за динамікою сироваткового інтактного паратгормону, загального та іонізованого кальцію, а також фосфору в ранньому післяопераційному періоді та при віддаленому спостереженні.

Матеріали і методи: Проведено ретроспективний аналіз 24 пацієнтів із підтвердженим третинним гіперпаратиреозом, яким у 2018–2025 рр. виконано субтотальну паратиреоїдектомію. Серед обстежених було 15 жінок (62,5 %) і 9 чоловіків (37,5 %); середній вік становив 47,9 ± 14,2 року. Усі пацієнти мали хронічну хворобу нирок V стадії та отримували тривалу програмну гемодіалізну терапію. Операція передбачала повне видалення трьох паращитоподібних залоз і часткову резекцію четвертої без аутотрансплантації. Визначали рівні інтактного ПТГ, загального та іонізованого кальцію, фосфору до операції, на 1-шу добу після втручання, через 6 і 12 місяців; статистично значущою вважали різницю при $p < 0,05$.

Отримані результати: Після операції у всіх пацієнтів відбулося різке зниження рівня ПТГ: з 2219,0 (1272,0; 2619,7) пг/мл до 66,1 (22,3; 198,2) пг/мл, тобто на 97,0 % від вихідного рівня, $p < 0,001$; у 100 % хворих досягнуто нормалізації або значного наближення рівнів ПТГ до референсних значень. Загальний кальцій знизився з 2,30 (2,08; 2,50) до 2,18 (2,10; 2,45) ммоль/л, $p < 0,01$, іонізований кальцій - з 1,35 ± 0,22 до 1,15 ± 0,18 ммоль/л, $p < 0,05$. У 4 пацієнтів (16,7 %) виникла транзиторна гіпокальціємія; мінімальний рівень загального кальцію становив 1,23 ммоль/л. Медіана фосфору зменшилася з 1,97 (1,64; 2,22) до 1,77 (1,12; 2,42) ммоль/л, $p < 0,05$; нормофосфатемію досягнуто у 8 (33,3 %) пацієнтів, транзиторну гіпофосфатемію відзначено у 3 (12,5 %), у 13 (54,2 %) фосфатемія залишалася дещо підвищеною. Через 6 місяців у 22 (91,7 %) пацієнтів рівень ПТГ не перевищував 80 пг/мл, у 2 (8,3 %) він перевищував 300 пг/мл. Через 12 місяців у 3 (12,5 %) хворих ПТГ підвищився до 110-712 пг/мл при збереженні загального кальцію в межах 2,3–2,5 ммоль/л, тоді як у 21 (87,5 %) пацієнта ПТГ залишався нижчим за 100 пг/мл.

Висновки: Субтотальна паратиреоїдектомія є високоефективним методом лікування третинного гіперпаратиреозу, що забезпечує швидке та значне зниження рівня ПТГ і нормалізацію кальцієвого обміну. Операція дозволяє усунути гіперкальціємію та стабілізувати рівень як загального, так і іонізованого кальцію у більшості пацієнтів. Післяопераційна гіпокальціємія носить переважно транзиторний характер і пов'язана з ремінералізацією кісткової тканини, що підтверджує відновлення кісткового метаболізму. У середньостроковому періоді у більшості хворих зберігається стійка біохімічна ремісія, однак можливість повторного підвищення ПТГ у частини пацієнтів свідчить про ризик рецидиву. Отже, субтотальна паратиреоїдектомія забезпечує ефективний контроль захворювання, але потребує тривалого динамічного спостереження з оцінкою показників кальцієво-фосфорного обміну.

ФЕРМЕНТНІ ПРЕПАРАТИ У ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ РАН

Безверха Н.В.
Науковий керівник: к.мед.н., доц. Жадинський А.М.
Кафедра хірургії та тактичної медицини
Черкаська медична академія

Мета дослідження Метою даної роботи є аналіз патофізіологічних механізмів загоєння ран та оцінка ефективності застосування ферментних препаратів (протеаз) різного походження як активної терапії. Дослідження спрямоване на вивчення ролі ензимів у корекції порушень фаз регенерації, зокрема при хронічних патологіях, та визначення перспектив використання біологічних секретів у сучасній клінічній практиці для прискорення очищення й відновлення тканин.

Матеріали та методи У роботі проведено системний аналіз сучасних терапевтичних підходів до лікування гострих і хронічних ран (венозних, діабетичних виразок, пролежнів). Матеріалом дослідження стали ферментні препарати, класифіковані за джерелом походження:

- **Бактеріальні:** колагенази Clostridium histolyticum (еталон ензиматичного дебридменту).
- **Рослинні:** папаїн (плоди папаї) та бромелайн (ананас), що мають некролітичну й протизапальну дію.
- **Тваринні та біологічні секрети:** серинові протеази личинок Lucilia sericata, металопротеази слизу риб, а також специфічні ферменти зміїної отрути (SVMPs та SVSPs).

Методологія базується на вивченні впливу цих агентів на чотири стадії загоєння: гемостаз, запалення, проліферацію та ремоделювання, а також на їхній здатності регулювати активність матричних металопротеїназ (MMPs).

Отримані результати

Встановлено, що ферментні препарати діють як універсальні біологічні регулятори на всіх етапах регенерації:

1. **Гемостаз та очищення:** Ферменти зміїної отрути здатні як стимулювати утворення фібринового згустка (тромбіноподібна дія), так і проявляти антикоагуляційні властивості, що критично для лікування діабетичних виразок. Бактеріальні колагенази забезпечують селективний дебридмент, руйнуючи виключно некротичні тканини.
2. **Контроль запалення:** Секрети личинок мух знижують рівень прозапальних цитокінів та нейтрофілів, запобігаючи хронізації процесу. Крім того, вони ефективно руйнують бактеріальні біоплівки S. aureus та P. aeruginosa.
3. **Стимуляція проліферації:** Слиз риб та екстракти личинок активують міграцію фібробластів і кератиноцитів, підвищуючи рівень фактора росту TGF-β. Це прискорює ангіогенез та формування грануляційної тканини. Дослідження показують, що компоненти слизу риб можуть скорочувати термін загоєння на 60%.