МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ



Збірник тез доповідей

Запоріжжя

9 червня 2026

Зміст

Рудиця А.В. Артеріовенозна мальформація: клініко-патологоанатомічне спостереження 4

Митровка С.С. Гастроінтестинальні розлади у пацієнтів з хронічним вертеброгенним болем: клінічні та психосоматичні аспекти. 6

Святун Д.В. Первинний гіперпаратиреоз як рідкісна причина резистентної злоякісної артеріальної гіпертензії: клінічний випадок 8

Дінков А.О. Складність диференціальної діагностики та вибору лікування аденокарциноми легень.....11

Reida A.I., Runcheva K.A. Clinical and electrophysiological features of amyotrophic lateral sclerosis with early bulbar onset: a case report 14

Лихасенко О.Ф. Маски резистентної гіпертензії у молодої пацієнтки: клінічний квест сімейного лікаря 17

Суперата М.А. Фібриляція передсердь як прояв субклінічної форми гіпертиреозу 19

Долженко І.О. Клініко-патологоанатомічне спостереження гліобластоми у пацієнта з множинною мієломою..... 22

Жигунов І.К. Клініко-патологоанатомічне спостереження ідіопатичного мієлофіброзу..... 25

Яловчак А.О., Олійник А.Є. Недиференційована плеоморфна саркома яєчка: клініко-патологоанатомічне спостереження 27

Завгородній С.М., Михальченко А.Д. Успішне ендоскопічне усунення високої кишкової непрохідності при синдромі Міріззі Va типу у пацієнтки старечого віку 29

Скаліуш Є.С., Крамарчук В.В. Синдром професійного вигорання серед лікарів-інтернів за фахом «загальна практика-сімейна медицина» – чи актуальна ця проблема?..... 31

УСПІШНЕ ЕНДОСКОПІЧНЕ УСУНЕННЯ ВИСОКОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ ПРИ СИНДРОМІ МІРІЗЗІ VA ТИПУ У ПАЦІЄНТКИ СТАРЕЧОГО ВІКУ

Завгородній С.М., Михальченко А.Д.

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Вступ. Синдром Міріззі – це грізне ускладнення жовчнокам'яної хвороби при якому великий камінь у шийці жовчного міхура або в його міхуровому протоці ззовні здавлює загальний печінковий протік, викликаючи часткову або повну обструкцію жовчовивідних шляхів. Якщо даний стан спостерігається тривалий час, то може сформуватися жовчнокам'яна нориця [1].

Основна частина. Пацієнтка Л., 89 років, поступила до КНП «Міська лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги» ЗМР 22.06.25 зі скаргами на болі в епігастрії, правому підребер'ї, блювоту. Хворіє протягом доби. Із анамнезу захворювання відомо, що хворіє на жовчно-кам'яну хворобу більше 20 років. Живіт при огляді здутий, пальпаторно відмічаються болі в правій підреберній ділянці. Аускультативно – шум плескоту шлунку.

Проведено забір загального та біохімічного аналізів крові: еритроцити – 4,57×1012/л, гемоглобін – 141 г/л, лейкоцити 11,6×109/л, загальній білірубін – 18 мкмоль/л, амілаза – 28,6 г/год×л (норма 28-100). Пацієнтці виконано УЗД органів черевної порожнини: жовчний міхур – деформований, стінки не потовщені – 2 мм. До жовчного міхура прилягає петля дванадцятипалої кишки в просвіті якої конкремент 20 мм, який обтурує просвіт та викликає гастростаз.

Пацієнтці виконано ендоскопічне обстеження: Відразу за воротарем весь просвіт цибулини дванадцятипалої кишки (ДПК) займає конкремент до 2,5 см у діаметрі. Провести відеогастроскоп у низхідну частину ДПК не є можливим. Ендоскопічною петлею вжиті спроби видалення конкременту у просвіт шлунку. Частково конкремент фрагментувався, що дозволило його зрушити з місця та перевести у шлунок. Поетапно проведено повне вилучення фрагментів конкременту зі шлунку. У цибулині ДПК, по передньо-нижній стінці виявлена холецисто-дуоденальна нориця з порожниною темного кольору.

Післяопераційний період пройшов без ускладнень. Рецидиву больового синдрому не визначалося. Пацієнтка знаходилася на стаціонарному лікуванні 7 ліжко-днів. Виписана з поліпшенням з повним регресом скарг.

Контрольний огляд хворої проведено через 3 місяці. Із анамнезу визначено, що епізодів больового синдрому не було. При об'єктивному огляді: загальний стан задовільний. Свідомість ясна. Живіт при огляді звичайної форми, пальпаторно безболісний у всіх відділах.

Висновки.

Описано рідкісний випадок успішного ендоскопічного лікування синдрому Міріззі типу Va у пацієнтки з ускладненням даного синдрому у вигляді високої кишкової непрохідності.

Клінічний випадок підкреслює важливість подальшої роботи наукової спільноти у напрямку стандартизації та розробки єдиних клінічних рекомендацій лікування пацієнтів з синдромом Міріззі.

Розробка ендоскопічних підходів до діагностики та лікування наразі є пріоритетними при даній патології, що вказує нам на необхідність покращення кваліфікації кадрів та матеріальної бази [2].

Література

1. Klekowski J, Piekarska A, Góral M, Kozula M, Chabowski M. The current approach to the diagnosis and classification of Mirizzi syndrome. Diagnostics [Internet]. 2021 Sep [cited 2025 Oct 12];11(9):1660.

2. Ministry of Health of Ukraine. Order No. 297 of 02.04.2010 "On approval of standards and clinical protocols of medical care in the specialty 'Surgery'" (Revision 01.09.2022) [Internet]. Kyiv: Ministry of Health of Ukraine; 2022 [cited 2025 Oct 12]. Available from: Available from: https://former.zakononline.com.ua/documents/show/75647_679329

Науковий керівник: завідувач кафедри загальної хірургії та післядипломної хірургічної освіти, доктор медичних наук, професор Завгородній Сергій Миколайович.