Міністерство охорони здоров'я України
Дніпровський державний медичний університет
Рада молодих вчених
Студентське наукове товариство

МАТЕРІАЛИ XXVI НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ УЧЕНИХ

«НОВИНИ І ПЕРСПЕКТИВИ МЕДИЧНОЇ НАУКИ»

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

м. Дніпро, Україна
2026

Підготовлено до друку оргкомітетом конференції

Голова конференції:
академік НАМН України, професор Перцева Т.О.

Програмний комітет:
професор Шпонька І.С.
професор Гудар'ян О.О.
професор Науменко Л.Ю.
професор Твердохліб І.В

Голова Ради молодих учених:
Бондаренко Н.С.

Матеріали конференції представлені на офіційному сайті
студентського наукового товариства
http://rmv.dmu.edu.ua
E-mail: konf.dp@gmail.com

Новини і перспективи медичної науки : зб. мат. XXVI конф. студ. та мол. учених : [під ред. Бондаренко Н.С.]. – Дніпро, 2026. – 89 с.

До збірника увійшли тези та статті наукових робіт, надані авторами та авторськими колективами вищих медичних навчальних закладів та науково-дослідних установ України. Наукові роботи висвітлюють сучасні проблеми, новітні технології, напрямки та перспективи розвитку у різних галузях медицини. Рекомендується для студентів, аспірантів, наукових працівників, викладачів вищих медичних навчальних закладів, лікарів.

©МОЗ України, 2026

ХІРУРГІЯ, ТРАВМАТОЛОГІЯ ТА ОРТОПЕДІЯ

С.М.Біла, К.П.Мояк, В.А.Федоренко, С.Л.Маліновський

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОГО ЗАСТОСУВАННЯ НІФЕДИПІНУ ТА БОТУЛОТОКСИНУ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОЇ АНАЛЬНОЇ ТРІЩИНИ

Дніпровський державний медичний університет,
кафедра хірургії та урології

Вступ. Анальна тріщина — це поширене проктологічне захворювання, яке супроводжується сильним болем, спазмом анального сфінктера та кровотечею. Традиційне лікування гострих анальних тріщин включає застосування місцевих анестетиків та протизапальних засобів. Водночас, в останні роки у фокус уваги потрапили препарати, що впливають на тонус сфінктера, зокрема блокатори кальцієвих каналів, такі як ніфедіпін. Клінічний ефект полягає у: покращенні локального кровообігу в зоні тріщини, полегшенню болю за рахунок зниження спазму та стимуляції загоєння слизової оболонки. При резистентності до топічної терапії сучасним методом є ботулінотерапія. Це перехідний етап між консервативним та оперативним лікуванням. Наша мета: оцінити ефективність застосування комбінації мазі з нифедіпіном та ботулотоксину в лікуванні хворих з гострою анальною тріщиною.

Матеріали та методи. У відділенні колопроктології КНП «МКЛ №6» ДМР, що є базою кафедри хірургії та урології ДДМУ, з 2024 року по 2025 рік проведено лікування 28 пацієнти з клінічно підтвердженим діагнозом «гостра анальна тріщина зі спазмом сфінктера». Середній вік пацієнтів складав 37 років, чоловіків було 16 (57%), жінок — 12 (43%). Пацієнтам призначали комбіновану терапію: дієта з підвищеним вмістом клітковини, гігієнічні ванночки з ромашкою, місцеве нанесення мазі з ніфедіпіном (Ніфекаїн) двічі на день протягом 3 тижнів та введення ботулотоксину 30 ОД інтрасфінктерно. Ін'єкції робили у дві точки (на 3 та 9 годинах) та безпосередньо в зону навколо тріщини.

Результати. У 25 з 28 пацієнтів (89,2%) відзначено істотне зменшення болю вже на 3–5 день лікування. Повне загоєння тріщини досягнуто у 24 пацієнтів (85,7%) протягом 3 тижнів. У 2 випадках спостерігалося часткове покращення — зменшення болю, але без повного закриття дефекту. У 2 пацієнтів виникла потреба в переході до хірургічного лікування через перехід гострої форми у хронічну. Цим хворим амбулаторно під місцевою анестезією виконана радіохвильова вапорізація анальних тріщин. У 4 пацієнтів відзначалась короткочасна гіпотензія після нанесення мазі — ці випадки вдалося скоригувати зменшенням дози. У 3 хворих спостерігалось тимчасове нетримання газів, але воно повністю пройшло після закінчення дії токсину.

Висновки. Використання комбінації ніфедипіну та ботулотоксину демонструє, що функціональне розслаблення внутрішнього анального сфінктера може бути високоефективною альтернативою сфінктеротомії, при цьому є потенційно безпечнішим щодо довгострокової якості життя пацієнта. Застосування такої комбінованої терапії дозволяє досягти повного загоєння тріщини у 85,7% хворих. Хірургічне лікування доцільно розглядати лише як крайній захід при неефективності консервативної терапії або при хронізації процесу з формуванням виражених рубцевих змін.

С.А.Калмикова, Д.А.Юткін, Б.І.Мішака, С.Л.Маліновський

ВИБІР ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ГОСТРОМУ ГЕМОРОЇ: ВЛАСНИЙ ДОСВІД ТА АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ

Дніпровський державний медичний університет,
кафедра хірургії та урології

Вступ. Сучасна проктологія розглядає гострий геморой як локальний тромбоз гемороїдального сплетіння з асептичним запаленням. Попри поширеність консервативних методів, активно дискутується доцільність ранньої тромбектомії (перші 72 години) для швидкого купірування болю та зниження ризику рецидивів, що визначає актуальність персоналізованого підбору терапії.

Мета. Оцінити ефективність різних підходів до лікування гострого геморою та визначити критерії вибору оптимальної тактики.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати лікування 456 пацієнтів із гострим гемороєм на базі проктологічного відділення КНП «МКЛ №6» ДМР (чоловіки — 268, жінки — 188; середній вік 47,6 ±12,3 років). Хворі були розподілені на дві групи: I група (n=262; 57,5%) отримувала консервативну терапію, II група (n=194; 42,5%) — хірургічне втручання, що включало тромбектомію (112), висічення тромбованого вузла (63) та радикальну гемороїдектомію (19). Дослідження базувалося на порівняльній оцінці інтенсивності больового синдрому, тривалості реабілітації та частоти рецидивів протягом 12 місяців спостереження.

Результати та їх обговорення. Вибір лікувальної тактики здійснювався за розробленим алгоритмом, що включав оцінку тяжкості клініки, термінів звернення (межа — 72 години), індивідуальних чинників та технічних можливостей закладу. Консервативна терапія (I група) передбачала дієтотерапію, флавоноїди, сидячі ванночки та поетапне місцеве лікування. Хірургічне лікування (II група) переважно проводилося в амбулаторних умовах. Радикальна гемороїдектомія виконувалася пацієнтам із поєднанням гострого процесу та хронічного геморою III–IV стадії.

Інтенсивність болю за шкалою ВАШ у першу добу не відрізнялася між групами. Уже на 3 добу спостерігалося достовірно швидше зниження болю у пацієнтів після хірургічного лікування (4,1±1,3 проти 2,3±1,0; p<0,001). Середня тривалість больового синдрому становила 5,9±1,8 днів у I групі та 3,1±1,2 днів у II групі (p<0,001). Частота рецидивів протягом 12 місяців становила: 25,4% у I групі та 6,4% у II групі (p<0,001).

Висновки. Універсальної тактики лікування гострого геморою не існує, проте активна хірургічна тактика (особливо в перші 72 години) забезпечує вдвічі швидшу реабілітацію та суттєве зниження ризику рецидивів. Ключовим принципом залишається персоналізований підхід, що базується на балансі між клінічною доцільністю, очікуваним результатом та участю пацієнта у прийнятті рішення.

І.А.Калниш, С.Л.Маліновський

ОПЕРАЦІЇ НА ШЛУНКУ. БАРІАТРИЧНА ХІРУРГІЯ

Дніпровський державний медичний університет
кафедра хірургії та урології

Актуальність. Баріатрична хірургія є найбільш обґрунтованим і ефективним методом лікування морбідного ожиріння. Вона забезпечує довготривале зниження індексу маси тіла та ремісію коморбідних станів цукрового діабету 2-го типу, артеріальної гіпертензії, неалкогольної жирової хвороби печінки. Ефективність