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

візуалізації позапечінкового жовчного дерева та підтвердження досягнення критеріїв безпеки Страсберга.

Флуоресцентне зображення дозволяє візуалізувати анатомію жовчних шляхів, хоча інтенсивна печінкова флуоресценція частково закриває контури позапечінкових проток.

Недавні модифікації включають пряме введення ICG у жовчний міхур, що потенційно покращує візуалізацію позапечінкових структур, зменшуючи фонову флуоресценцію печінки. Однак дані обмежені, потрібні додаткові дослідження для визначення оптимального шляху введення та факторів, що підвищують діагностичну ефективність.

Висновок. Флуоресцентна холангіографія з ICG є безпечним та ефективним методом візуалізації жовчних шляхів під час ЛХЕ, яка дозволяє ранню ідентифікацію анатомічних орієнтирів та знижує ризик ятрогенних пошкоджень.

І.А.Семеніхін, І.Л.Верхолаз, І.Ф.Полулях-Чорновол

РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Дніпровський державний медичний університет,
кафедра хірургії та урології

Актуальність: Гострий панкреатит (ГП) є однією із актуальних проблем сучасної абдомінальної хірургії. За частотою звернення він займає третє місце серед гострих захворювань органів черевної порожнини після гострого апендициту та гострого холециститу. Некротичні форми ГП спостерігаються у 15–20 % хворих. Загальна летальність при гострому некротичному панкреатиті та ураженні заочеревинної клітковини залишається дуже високою та в середньому складає 15–25 % при стерильному і 30–70 % — при інфікованому панкреонекрозі.

Мета дослідження: провести аналіз результатів лікування хворих на ГП.

Матеріали та методи: У КНП «Шоста міська клінічна лікарня» ДМР, яка є клінічною базою кафедри хірургії та урології, за період із 2024 по 2025 рр. перебували на лікуванні 388 пацієнтів із ГП. Чоловіків було 205 (52,8%), жінок — 183 (47,2%), середній вік пацієнтів становив 48,6 років. Легкий перебіг ГП діагностований у 285 (73,5%) пацієнтів, тяжкий — у 103 (26,5%) пацієнтів.

Результати: Діагноз ГП встановлювався на підставі скарг хворого, даних об'єктивного обстеження, лабораторних досліджень, даних ультразвукового дослідження та, за потребою, комп'ютерної томографії. Тільки консервативне лікування проводили у 312 (80,4 %) пацієнтів, з них одужали 301, померли 11 (3,5 %) — від виникнення масивного панкреонекрозу з прогресуванням поліорганної недостатності та розвитком панкреатогенного шоку. У 76 (19,6%) хворих виникли показання для хірургічного лікування з приводу розвитку місцевих деструктивних асептичних і гнійних ускладнень, які розвинулися. Хірургічне лікування передбачало застосування традиційних хірургічних операцій, міні-інвазивних (пункційно-дренуючих та ендоскопічних) втручань або поєднання міні-інвазивних і традиційних методів хірургічного лікування. Міні-інвазивні втручання використано у 54 хворих. Вони стали єдиним та достатнім методом хірургічного втручання у 42 (55,3 %) пацієнтів.

У 12 пацієнтів (15,8%) міні-інвазивні втручання не ліквідували ускладнення, що привело до комбінації з традиційними хірургічними втручаннями. Тільки традиційні хірургічні операції виконано у 22 (28,9%) хворих. Всього після операцій померло10 (13,1%) пацієнтів. Двоє хворих померли в перші дві доби з моменту надходження, після дренування черевної порожнини, при ферментативному перитоніті від панкреатогенного шоку та гострої поліорганної недостатності. Прогресування гнійно-запального процесу та поліорганна недостатність стали причиною смерті 8 хворих з інфікованим панкреонекрозом, летальність при цьому становить 23,5%.

Висновки: Традиційні відкриті операції у важких хворих на ГП мають високий рівень ускладнень та летальності. Використання міні-інвазивних методик при лікуванні панкреонекрозу може знизити рівень летальності та покращити загальні результати лікування.

П.Д.Старостенко, М.О.Ролдугіна, Н.В.Гудим, С.Л. Маліновський

НАШ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ГЕМОРОЮ У ВАГІТНИХ ТА ПОРОДІЛЬ

Дніпровський державний медичний університет,
кафедра хірургії і урології

Вступ. Гемороїдальна хвороба є однією з найчастіших причин звернення вагітних до лікаря-проктолога. За даними літератури, частота її виникнення під час вагітності становить 26–73%, а у III триместрі - до 85% жінок. Метою дослідження було оцінити ефективність та безпеку лікування гострого геморою у вагітних та породіль на основі власного клінічного досвіду.

Матеріали та методи. У дослідження включено 62 пацієнтки: вагітні – 38 (61,3%), породіллі – 24 (38,7%). Середній вік пацієнток становив 29,4 ± 4,8 років. Критерії включення: клінічно підтверджений гострий геморой; вагітність або післяпологовий період. Пацієнтки були розподілені на дві групи: Група 1 (консервативне лікування) – 48 пацієнток (77,4%); Група 2 (хірургічне лікування) – 14 пацієнток (22,6%). Консервативна терапія включала: нормалізацію випорожнень; місцеву терапію (мазі, протизапальні засоби); венотонік Нормовен 1000 (у II–III триместрі). Хірургічне лікування: тромбектомія; висічення тромбованого вузла. Тромбектомія виконувалась в перші 72 годин від появи симптомів, або після, при збереженні скарг. Висічення тромбованого вузла виконувалось при повторному тромбозі, протягом 3 діб від появи симптомів, або після, при збереженні скарг. Оцінювали: інтенсивність болю за шкалою ВАШ (0–10); ступінь набряку; тривалість симптомів; частоту рецидивів. Статистичний аналіз проводився з використанням t-критерію Стьюдента та χ^2, рівень значущості – $p<0,05$.

Результати. У перший день лікування інтенсивність болю в обох групах достовірно не відрізнялася: консервативна група: 7,8 ± 1,1 та хірургічна група: 8,1 ± 1,0 ($p>0,05$). На 3 добу: 4,2 ± 1,3 проти 2,6 ± 1,1 ($p<0,01$). На 7 добу: 1,9 ± 0,8 проти 0,9 ± 0,6 ($p<0,05$). Таким чином, хірургічне лікування забезпечувало швидший регрес больового синдрому, але консервативна терапія також демонструвала ефективність. Регрес набряку: консервативна терапія: 5,8 ± 1,6 днів, хірургічне лікування: 3,2±1,1днів ($p<0,01$). Тривалість симптомів: 12,4 ± 3,1 днів (консервативна) та 8,3 ± 2,7 днів (хірургічна) ($p<0,05$). Частота рецидивів (3 місяці): консервативна група - 22,9%, хірургічна група – 7,1% ($p<0,05$). Безпека лікування: побічні ефекти при консервативній терапії — 6,3%; ускладнення після хірургічного лікування — 14,2%.

Висновки. Консервативна терапія ефективна у 77,4% випадків гострого геморою у вагітних та породіль. Зменшення больового синдрому відбувається вже на 3–4 добу лікування ($p<0,01$). Застосування венотоніку Нормовен 1000, у складі комплексної терапії у II–III триместрі вагітності сприяє зменшенню венозного застою, покращенню мікроциркуляції та прискоренню регресу симптомів. Хірургічне лікування забезпечує швидший клінічний ефект і меншу частоту рецидивів ($p<0,05$), однак асоціюється з більшим ризиком ускладнень і має застосовуватися вибірково.