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

лікування залежить від мультидисциплінарного підходу та дотримання пацієнтом рекомендацій щодо способу життя.

Мета та завдання. Провести комплексний аналіз сучасних методів баріатричної хірургії, спрямованих на анатомо-функціональну модифікацію шлунково-кишкового тракту (ШКТ) для корекції метаболічного профілю пацієнтів.

Матеріали та методи. Здійснено систематичний огляд наукової літератури та клінічних настанов у базах даних PubMed, Cochrane Library, Scopus та Google Scholar за ключовими запитами: «лапароскопічна резекція шлунку», «метаболічна хірургія», «біліопанкреатичне шунтування».

Отримані результати. Баріатрична хірургія базується на зміні анатомічної архітектоніки ШКТ для досягнення стійкого негативного енергетичного балансу. Втручання показані при ІМТ >40 або ІМТ >35 за наявності асоційованих патологій (дисліпідемія, СОАС, дегенеративні ураження суглобів).

Внутрішньошлунковий балон (IGB): Метод тимчасової рестрикції, що полягає в ендоскопічному встановленні силіконової сфери. Механізм дії базується на стимуляції механорецепторів n. vagus, що ініціює ранню постпрандіальну ситість та сповільнює евакуацію хімусу. Застосовується при ІМТ 27–30 кг/м² або як «міст-терапія» перед радикальною операцією при ІМТ >50 кг/м². Головний недолік - ризик рецидиву ваги після експлантації (через 6 місяців) та низька радикальність (32% пацієнтів потребують повторних операцій).

Регульоване шлункове кільце (AGB): Передбачає імплантацію силіконового манжета навколо кардіального відділу шлунка з формуванням «pouch-резервуара» (15–30 мл). Патофізіологічний ефект зумовлений механічним обмеженням пасажу їжі. Переваги: відсутність резекції органів та повна оборотність. Проте метод втрачає актуальність через ризики міграції бандажа, ерозії стінок шлунка та нижчу метаболічну ефективність порівняно з іншими методами.

Лапароскопічна рукавна гастректомія (LSG): Передбачає поздовжню резекцію ~80% шлунка вздовж великої кривизни. Окрім механічної рестрикції, операція має потужний ендокринний ефект: видалення фундального відділу призводить до різкого зниження секреції греліну, що пригнічує апетит на рівні гіпоталамуса. LSG характеризується відсутністю мальабсорбції та демпінг-синдрому, що робить її методом вибору для пацієнтів з анеміями або хворобою Крона.

Шлункове шунтування Roux-en-Y (RYGB): «Золотий стандарт» метаболічної хірургії. Комбінує рестрикцію (малий мішечок шлунка) та мальабсорбцію (виключення дванадцятипалої кишки). Це призводить до зміни інкретинового фону (підвищення GLP-1), що забезпечує ремісію діабету 2-го типу навіть до суттєвої втрати ваги. Потребує довічної вітамінної підтримки та контролю білкового обміну.

Висновки. Баріатрична хірургія забезпечує стабільну редукцію надлишкової маси тіла на 70–75%. Ефект досягається через синергію рестриктивного та гормонального впливів, що гарантує ремісію метаболічних розладів. Вибір методики має бути персоналізованим, базуючись на коморбідному статусі та цільових показниках ІМТ пацієнта.

А.А.Галаган, К.С.Козлова, С.С.Сіроух

ЛІКУВАННЯ ГЕМАНГІОМ ПРОПРАНОЛОЛОМ

Дніпровський державний медичний університет,
кафедра дитячої хірургії

Вступ. Інфантильні гемангіоми (ІГ) є найпоширенішими доброякісними судинними пухлинами дитячого віку. За даними сучасної літератури, їх поширеність становить до 10-12% серед немовлят. Попри доброякісний характер, ІГ можуть мати агресивний проліферативний ріст, що призводить до функціональних порушень органів, розвитку виразок, кровотеч, рубцевих змін та виражених косметичних дефектів. Особливо небезпечними є гемангіоми периорбітальної ділянки, дихальних шляхів, печінки, промежини та великих анатомічних зон.

З 2008 року після відкриття терапевтичного ефекту неселективного β-адреноблокатора Пропранолол - препарат став терапією першої лінії при лікуванні інфальтивної гемангіоми, що пов'язано з його високою ефективністю та відносно безпечним профілем.

Матеріали та методи. Було проведено аналіз сучасних наукових публікацій, клінічних рекомендацій та систематичних оглядів, опублікованих протягом останніх років, присвячених патогенезу інфантильних гемангіом та застосування Пропранололу для лікування.

Результати. Встановлено, що терапевтичний ефект Пропранололу при ІГ реалізується через комплекс взаємопов'язаних механізмів, які впливають на судинний тонус, ангіогенез, проліферацію клітин та апоптоз ендотеліальних клітин. Одним із перших ефектів Пропранололу є вазоконстрикція судин гемангіоми через блокування β2-адренорецепторів, що призводить до зниження рівня цАМФ у гладком'язових клітинах судинної стінки, підвищення їх тонусу та звуження судин. У результаті зменшується кровонаповнення пухлини, знижується внутрішньосудинний тиск, зменшується об'єм та напруженість гемангіоми. Клінічно це проявляється вже у перші дні лікування у вигляді збліднення гемангіоми та зменшення її розмірів.

Зменшення кровотоку призводить до формування відносної гіпоксії в тканині пухлини, що додатково пригнічує її подальший ріст.

Другим важливим механізмом дії Пропранололу є пригнічення ангіогенезу через пригнічення експресії основних факторів ангіогенезу (VEGF, bFGF, MMP) які забезпечують проліферацію ендотеліальних клітин та формування нових судин.

Ще одним важливим механізмом дії Пропранололу є індукція апоптозу ендотеліальних клітин, що формують судинну структуру гемангіоми. Препарат впливає на баланс про- та антиапоптичних білків родини Bcl-2, знижуючи експресію антиапоптичного білка Bcl-2 та підвищуючи експресію проапоптичного білка Bax. Це призводить до активації мітохондріального шляху апоптозу з вивільненням цитохрому С та активацією каспазного каскаду (каспаза-9, каспаза-3), що спричиняє загибель ендотеліальних клітин.

Висновки: Інфантильні гемангіоми є поширеною патологією дитячого віку, яка може призводити до функціональних та косметичних ускладнень і потребує своєчасного лікування. Пропранолол є препаратом першої лінії терапії інфантильних гемангіом завдяки високій ефективності та відносно безпечному профілю. Механізм дії пропранололу включає вазоконстрикцію, пригнічення ангіогенезу, інгібування проліферації ендотеліальних клітин та індукцію апоптозу.

С.Л.Маліновський, О. Д.Крекнін, К. Ю.Тищенко

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНОЇ РЕКОНСТРУКЦІЇ РЕКТОВАГІНАЛЬНОЇ ПЕРЕГОРОДКИ З ДРЕНУЮЧИМ СИТОНОМ ПРИ ЛІКУВАННІ РЕКТОВАГІНАЛЬНИХ НОРИЦЬ

Дніпровський державний медичний університет,
кафедра хірургії та урології

Вступ. Ректовагінальні нориці є складною патологією, що суттєво знижує якість життя пацієнток та призводить до соціальної дезадаптації. Патологія характеризується утворенням патологічного сполучення між прямою кишкою

та піхвою, що супроводжується неконтрольованим виділенням газів і кишкового вмісту, хронічним запальним процесом, подразненням слизової оболонки та формуванням вторинних ускладнень. Найчастіше ректовагінальні нориці виникають після акушерських травм, оперативних втручань, запальних захворювань або травматичних ушкоджень.

Традиційні методи лікування складних ректовагінальних нориць передбачають формування захисної колостоми, що дозволяє зменшити навантаження на зону реконструкції та створити сприятливі умови для загоєння. Однак формування стоми супроводжується додатковими хірургічними втручаннями, підвищенням ризику ускладнень, подовженням періоду реабілітації та зниженням якості життя пацієнток. У зв'язку з цим актуальним є пошук альтернативних методів лікування без формування колостоми.

Метою дослідження було оцінити ефективність комбінованої реконструкції ректовагінальної перегородки із застосуванням дренуючого ситону без формування колостоми.

Матеріали та методи. У 2024–2025 роках на базі проктологічного відділення НКП «МКЛ №6» ДМР виконано оперативне лікування 4 пацієнток із ректовагінальними норицями різної етіології. Вік пацієнток становив 27–34 роки. Перед оперативним втручанням проводилося клінічне та інструментальне обстеження.

Застосовувалася комбінована реконструкція, що включала висічення нориці, мобілізацію тканин піхви та прямої кишки, пластику слизового клаптя прямої кишки, задню кольпорафію з леваторопластикою, встановлення дренуючого ситону та тимчасової ректальної трубки для декомпресії прямої кишки. Післяопераційне ведення включало антибактеріальну терапію, профілактику тромбоемболічних ускладнень та динамічне спостереження.

Результат. Післяопераційний період перебігав без значних ускладнень. Ректальна трубка видалялася на 5 добу, виписка проводилася на 10–12 добу. Ситон поступово підтягували під час амбулаторних оглядів, що сприяло формуванню контрольованого рубця. Видалення ситону проводилося через 1,5–2 місяці після операції.

У всіх пацієнток досягнуто повного загоєння без рецидиву ректовагінальної нориці. Функція анального сфінктера залишалася задовільною. Пацієнтки відзначали покращення якості життя після проведеного лікування.

Висновки. Комбінована реконструкція ректовагінальної перегородки із застосуванням дренуючого ситону є ефективним методом лікування ректовагінальних нориць. Методика дозволяє уникнути формування захисної стоми, забезпечує надійне загоєння післяопераційної рани та відновлення анатомії тазового дна.

А.Р.Мельникова, В.А.Дігтяр

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ОМФАЛОЦЕЛЕ

Дніпровський державний медичний університет,
кафедра дитячої хірургії, ортопедії, травматології та оториноларингології

Актуальність. Омфалоцеле — це вроджена вада передньої черевної стінки в ділянці пупкового кільця, що характеризується утворенням грижового мішка, у якому містяться органи черевної порожнини, які випинаються назовні. На основі досліджень, поширеність омфалоцеле становить приблизно 2,2 випадки на 10 000 народжень з міжрегіональною варіабельністю — вищою в Африці та нижчою в Європі та Північній Америці.

Мета. Проаналізувати клінічний випадок омфалоцеле у дитини для покращення обізнаності про це захворювання.

Клінічний випадок. Дівчинка Г. народився 15.04.25 у КП "РМЦРЗ"ДОР". Дитина від 3 вагітності, яка протікала на фоні анемії, тютюнопаління, в 32 тиж було діагностовано ВВР плода-омфалоцеле. Треті термінові пологи в 40 тиж., в головному передлежанні.За шкалою Апгар 7/7 балів. При народженні, стан дитини був тяжкий. В подальшому, дитина була переведена до ВАІТН з метою подальшого дообстеження та лікування.В неврологічному статусі: дитина була в свідомості, реакція на огляд слабким криком, переважав синдром пригнічення. St.localis: дефект черевної стінки до 5 см в діаметрі, з випинанням до 7 см в ділянці пупка, вкрите тонкою прозоро-сіруватою оболонкою. 15.04.2026р., на першу добу захворювання, було виявлено в загальному аналізі крові виражений лейкоцитоз із нейтрофільним зсувом вліво. Аналіз кислотно-лужного стану показав респіраторний ацидоз pH - 7.271; pO2 -39, pO2(T) - 38; $\%SO_2$ -65.3. Інші дослідження відхилень від норми не показали. Дитині показано оперативне втручання в обсязі: видалення омфалоцеле, пластика пупка. Інтраопераційно, з метою підтримання скоротливої здатності серця та центральної гемодинаміки, дитині було призначено 0,5% Добутамін в дозуванні 10 мкг/кг/хв. Проведено висічення оболонки мішка . Вміст мішка ревізовано: життєздатний, ознак ішемії чи некрозу не виявлено. Кишки занурено в черевну порожнину поетапно, без натягу. Проведено відновлення передньої черевної стінки: фасції ушито вузловими швами.

Результати. Друга доба захворювання. Стан дитини важкий, обумовлений плином післяопераційного періоду, в динаміці стабільний. На восьму добу з метою відновлення пасажу кишківника, дитині було призначено 0,9% фіз. р-н по 5 мл х 8 р/добу із подальшим відновленням ентерального харчування сумішшю Нутрілон "Мальабсорбція". З 10 доби по 16 добу щодня поступово збільшувався обсяг харчування. 17доба: стан дитини середнього ступеня важкості, стабільний. Дихання самостійне. 21 доба: стан дитини задовільний, стабільний. Післяопераційний рубець ведеться відкритим способом, без ознак запалення. Продовжено ентеральні годування сумішшю Нутрілон "Мальабсорбція" по 55-60 мл засвоює, Оглянута хірургами, може бути виписана додому.

Висновок. Своєчасне хірургічне втручання запобігло погіршення стану дитини, та виникнення важких ускладнень.

І.О.Овсієнко, С.О.Якушев

ФАКТОРИ РИЗИКУ НЕЗРОЩЕННЯ ПЕРЕЛОМІВ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ ПІСЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗУ

Дніпровський державний медичний університет,
кафедра травматології та ортопедії

Вступ. Незрощення переломів великогомілкової кістки (ВГК) після остеосинтезу є одним із найактуальніших ускладнень сучасної травматології. ВГК — найбільш часто пошкоджуваний сегмент нижньої кінцівки з найвищою частотою порушень репаративного остеогенезу. Ризик формування несправжнього суглоба після переломів діафіза ВГК становить 4–9%, а при відкритих травмах зростає у 19 разів. Витрати на лікування незрощень удвічі перевищують витрати при неускладненому зрощенні. Більшість постраждалих — особи працездатного віку (30–55 років), що визначає значний соціально-економічний тягар патології. Своєчасне виявлення та ранжування пацієнтозалежних факторів ризику дає змогу прогнозувати перебіг репаративного остеогенезу та оптимізувати тактику лікування вже на етапі первинного втручання.

Мета. Визначити та кількісно оцінити вплив пацієнтозалежних факторів ризику на формування незрощення переломів ВГК після остеосинтезу та провести їх ранжування за прогностичною значущістю.

Матеріали та методи. Дослідження виконане на базі кафедри травматології та ортопедії ДДМУ у 2009–2022 рр. З 165 пацієнтів із порушеннями репаративного остеогенезу