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

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