

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

**МАТЕРІАЛИ XXV НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ УЧЕНИХ**

«НОВИНИ І ПЕРСПЕКТИВИ МЕДИЧНОЇ НАУКИ»

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

м. Дніпро
Журфонд
2025

Н73

Підготовлено до публікації 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](mailto:konf.dp@gmail.com)

Н73 **Новини і перспективи медичної науки** : зб. мат. XXV конф. студ. та мол. учених:
[під ред. Бондаренко Н.С.]. – Дніпро, Журфонд, 2025. – 180 с.

Електронне видання

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.

ISBN 978-966-934-684-1

© МОЗ України, 2025
© Журфонд, 2025

О.С.Бондаренко, В.В.Родіонова СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПНЕВМОКОНІОЗІВ	154
Л.А.Гарібова, Д.М.Чистяк, О.Ю.Коваленко АРТ-ТЕРАПІЯ У ПІДТРИМЦІ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я: МОЖЛИВІСТЬ ЗМЕНШЕННЯ ФАРМНАВАНТАЖЕННЯ І ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПОЛІПРАГМАЗІЇ	155
К.М.Годун, І.І.Грицюк, О.В.Барська, Н.В.Денесюк ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ТРИВОЖНИЙ РОЗЛАД, ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ВАЖКОГО ПЕРЕБІГУ COVID-19 У ПАЦІЄНТІВ ЛІТНЬОГО ВІКУ	156
К.М.Годун, В.О.Дібрівський, О.В.Барська, Н.В.Денесюк ВПЛИВ ДЕФІЦИТУ ВІТАМІНУ D3 НА ПЕРЕБІГ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ТРИВОЖНОГО РОЗЛАДУ У ЛЮДЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ	156
М.М.Гречаник, Л.А.Гарібова ГІПЕРТЕНЗИВНИЙ КРИЗ, РЕЗИСТЕНТНИЙ ДО МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ, ЯК ПЕРШИЙ ПРОЯВ СИМПТОМАТИЧНОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯ	157
А.Р.Захарова, А.Р.Самохліб, Є.О.Фролова ВПЛИВ ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ НИРОК НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ НИРКОВИЙ РЕЗЕРВ	158
Є.О.Калишко, Н.А.Саніна ПОРУШЕННЯ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ПАЦІЄНТІВ З ХОЗЛ	158
В.В.Котова КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ХВОРОЇ З ГРАНУЛЕМАТОЗОМ ІЗ ПОЛІАНГІТОМ (ХВОРОБА ВЕГЕНЕРА)	159
М.Г.Оберемок, О.Ю.Коваленко КЛІНІЧНА ПСИХОФАРМАКОЛОГІЯ ЗАСОБІВ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ ЛІКАРЯМИ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ	160
Н.А.Саніна, О.В.Пасько СІМЕЙНИЙ ВИПАДОК ХВОРОБИ АНДЕРСОНА-ФАБРІ. КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ	161
С.А.Сімонова ВИБІР АНТИТРОМБОЦИТАРНОЇ ТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ КОРОНАРНОГО СТЕНТУВАННЯ: КЛІНІЧНИЙ АНАЛІЗ ВИПАДКІВ	164
О.Г.Тітов, В.В.Дмитриченко ФАРМАКОГЕНЕТИКА, ЯК ОСНОВА ПЕРСОНІФІКОВАНОЇ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТА	165
С.А.Фільштинська, О.Ю.Коваленко ПРОБЛЕМА СЬОГОДЕННЯ: БЕЗПЕКА ЛІКАСЬКИХ ЗАСОБІВ В ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ	166
О.О.Khaniukov, L.V.Sapozhnychenko, O.V.Smolianova, I.D.Bashmakov PREDICTORS OF IMPAIRED MICROVASCULAR REPERFUSION AFTER PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION	166
УРОЛОГІЯ	
Rhenita Rajkumar, D.O.Bakum RARE CASE OF GIANT PROSTATIC ADENOMA MANAGED WITH ROBOT-ASSISTED LAPAROSCOPIC SIMPLE PROSTATECTOMY	168
Д.М.Гасанов, Р.М.Молчанов ВИКОРИСТАННЯ ІНДОЦІАНІНУ ЗЕЛЕНОГО ПРИ ВИКОНАННІ ТАЗОВОЇ ЛІМФАДЕНЕКТОМІЇ З ПРИВОДУ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ	168
ФАРМАКОЛОГІЯ, ФАРМАЦІЯ, ПРОМИСЛОВА ФАРМАЦІЯ	
Хінд Бакал, С.П.Кайдаш АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ ЩОДО ПОКАЗАНЬ ДО ПРИЗНАЧЕННЯ ТА БЕЗПЕКИ ВИКОРИСТАННЯ МЕДИЧНОГО КАНАБІСУ	170
Є.Баранець, С.П. Кайдаш ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ЛЗ ПРИ ВАГІТНОСТІ	170
Аззеддін Бенрханем, С.П.Кайдаш ПРОФІЛАКТИКА АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ	171
Ель Ауад Маріам, В.Ю.Слесарчук ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ДОСТУПНОСТІ ЕКСПРЕС-ТЕСТІВ В УКРАЇНІ ТА МАРОККО	172
А.О.Максименко, В.І.Опришко КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ АНТИГІСТАМІННИХ ПРЕПАРАТІВ ТА БЕЗПЕКА ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ У ВАГІТНИХ ТА ДІТЕЙ	172
А.М.Петрашенко, В.Ю.Слесарчук АНАЛІЗ ФАРМАКОЛОГІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ПРЕПАРАТІВ КВЕРЦЕТИНУ	173
Ю.В.Харченко, Л.С.Карпінчик АНАЛІЗ ВПЛИВУ ХРОНІЧНОГО М'ЯКОГО СТРЕСУ НА РУХОВО-ДОСЛІДНИЦЬКУ АКТИВНІСТЬ ЩУРІВ	173
Хіпалі Моуаффе, В.І.Опришко БРЕНДИ ТА ГЕНЕРИКИ: ЧИМ ПОВИНЕН КЕРУВАТИСЯ ФАРМАЦЕВТ В СВОЇХ РЕКОМЕНДАЦІЯХ	174
T.Yudina, Pal Varsha DAMAGE TO THE NERVOUS SYSTEM DUE TO COVID-19	175
ХІРУРГІЯ, ТРАВМАТОЛОГІЯ ТА ОРТОПЕДІЯ	
Rhenita Rajkumar, Marianna Kaminska SYSTEMATIC REVIEW ON COMPLICATIONS AND MODIFICATIONS OF THE NUSS PROCEDURE IN THE SURGICAL MANAGEMENT OF RECTUS EXCAVATUM	176
Д.В.Балик, А.О.Сінєлובה АНАЛІЗ ВПЛИВУ VAC-ТЕРАПІЇ НА ДИНАМІКУ ЗАГОЄННЯ РАН ПРИ ВОГНЕПАЛЬНИХ УШКОДЖЕННЯХ	177
І.С.Борзов, С.В.Шардін, С.Л.Маліновський НАШ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ АНАЛЬНИХ ТРИЩИН ЗА ДОПОМОГОЮ МАЗІ З НІФЕДІПІНОМ	177
М.С.Пересада, К.Д.Ямкіна, С.Л.Маліновський ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ МЕТОДИК В ЛІКУВАННІ ГЕМОРОЮ	178
В.В.Постовой, В.А.Дігтяр, М.О.Камінська ГАСТРОШИЗИС. ПРЕЗЕНТАЦІЯ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ	178
А.І.Мотуз, В.К.Хаустов, С.Л.Маліновський ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ СЕТОНУ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ПАРАПРОКТИТІВ	179
ВІЙСЬКОВА МЕДИЦИНА	
А.С.Дзюбенко, Є.А.Данченко МАЙБУТНЄ ПОРТАТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ВОЄННО-ПОЛЬОВІЙ МЕДИЦИНІ	183

амніотичних водах і не обмежені гризовим мішком. При виявленні антенатально сонографічних ознак гастрошизису необхідно провести диференційну діагностику з омфалоцеле. Додатково виконують обстеження нейросонографія та Ехо-графія серця. Після антенатально встановленого діагнозу «Гастрошизис» доцільно провести консилиум за участю дитячого хірурга, неонатолога, генетика, акушера-гінеколога. Необхідно вирішити питання про збереження вагітності, а також визначити лікарню, час і тактику проведення пологів. За відсутності тяжких супутніх множинних вад розвитку вагітність доцільно зберігати, оскільки на сьогоднішній день гастрошизис успішно корегується зі сприятливими результатами.

Хірургічне лікування спрямоване на переміщення евертованих органів у черевну порожнину і закриття дефекту черевної стінки. Усі операції можна розділити на дві групи: радикальні (одноетапні) та пластики зі збільшенням об'єму черевної порожнини (багатоетапні). Радикальна операція дозволяє усунути ваду одномоментно, однак її не можна використати при високій вісцеро-абдомінальній диспропорції. При неправильно обраній методиці операції у дитини різко підвищується внутрішньочеревний тиск, що призводить до порушення вентиляції легень, стиснення нижньої порожнистої вени і зменшення серцевого викиду, до порушення функції нирок, печінки, головного мозку і розвитку поліорганної недостатності. Крім того, порушується мікроциркуляція кишківника, що призводить до некрозів і перфорацій. Вказані зміни зумовлюють летальні наслідки після операцій.

Результати. Клінічний випадок дитина Василенко Богдан був народжений 11.09.2024 у КП "РМЦРЗ"ДОР" м. Дніпро. Дитина від 1 вагітності, яка перебігала на фоні хронічного пієлонефриту (в стадії ремісії); 1 оперативних пологів, в головному передлежанні, в терміні 38 тижнів. За шкалою Апгар 6/7 балів. У матері при УЗД антенатально виставлен діагноз : гастрошизис. Дитини при народженні: вага - 3800 гр., довжина - 52 см., ОГК-34 см. В пологовій залі проводились: обсушування, зігрівання, санація верхніх дихальних шляхів, вільний потік кисню, обкладання евертованого кишківника теплими пелюшками з фізіологічним розчином. Стан дитини при народженні був розцінений як тяжкий, обумовлений ВВР плода: гастрошизис, дихальними розладами у вигляді ретракцій грудної клітини, тахіпноє, помірною кисневою залежністю. У зв'язку з чим, для подальшого лікування, дитина була скерована до операційної в якій її чекала бригада хірургів під наглядом анестезіолога-дитячого. 11.09.2024р. виконана операція – одномоментне впралення та закриття дефекту черевної стінки. В ранньому післяопераційному періоді дитина планово отримувала атибактеріальну терапію (ванкоміцин), парацетамол та гемотран. По шлунковому зонду періодично відмічались патологічні домішки у вигляді "зелені". Дитина не годувалась до 12 днів, отримувала повне парентеральне харчування. 23.09.24 з метою стимуляції пассажа та перистальтики кишківника дитина ентерального отримала по 5 мл 0,9% фіз р-ну із подальшим поступовим введенням ентерального годування сумішшю Нутрілон "Мальабсорбція" починаючи з мінімально трофічного обсягу із поступовим збільшенням до фізіологічного, засвоював. У ранній та пізній післяопераційним період перебігав без ускладнень. 26.09.24 враховуючи стійке клінічне покращення, дитину було переведено до блоку субінтенсиву ВІТН ВНБ для подальшого лікування. У теперішній час скарг не має зі слів матері, дитина годується ентерально, вагу набирає, знаходиться на амбулаторному спостереженні дитячого хірурга.

Висновки. Гастрошизис це вада розвитку, що характеризується утворенням на етапі внутрішньоутробного розвитку дефекту всіх шарів передньої черевної стінки з евертацією вмісту черевної порожнини (шлунка, кишечника) у зовнішнє середовище. Представлене клінічне спостереження демонструє

важливість антенатальної діагностики, обов'язковий мультидисциплінарний підхід при підготовці та проведенні хірургічного лікуванні цієї патології.

А.І.Мотуз, В.К.Хаустов, С.Л.Маліновський
**ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ СЕТОНУ ПРИ ЛІКУВАННІ
ГОСТРИХ ПАРАПРОКТИТІВ**

Дніпровський державний медичний університет,
кафедра хірургії №1 та урології

Вступ. Гострий парапроктит – це гнійне запалення клітковини навколо прямої кишки, що зазвичай розвивається раптово, супроводжується інтенсивним болем, підвищенням температури тіла та симптомами загальної інтоксикації. Найчастішою причиною розвитку гострого парапроктиту є криптогенна інфекція, пов'язана із запаленням анальних залоз та крипт. Серед інших можливих етіологічних факторів виділяють травми періанальної області, анальні тріщини, запальні захворювання кишківника (хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт), а також інші інфекційні процеси в сусідніх органах.

Під час оперативних втручань з приводу транс- та екстрасфінктерних парапроктитів, з метою попередження розвитку анальної інконтиненції виконується лігатурна фістулектомія. В сучасній проктологічній практиці широкого застосування набула методика фістулектомії із застосуванням сетону. Сетон — це медичний інструмент, який широко використовується для лікування нориць прямої кишки, що виникають як наслідок гострих або хронічних форм парапроктиту. Він являє собою лігатуру, виготовлену з різних матеріалів, таких як латекс, шовк, нейлон або силікон. Існує два основних типи сетонів: 1.Дренувальні (незатягуєчі) сетони: використовуються для забезпечення тривалого дренажу гнійного вмісту з норицевого ходу, зменшення запалення та підготовки до подальшого хірургічного лікування. 2. Ріжучі (затягуєчі) сетони: застосовуються для поступового розсічення тканин, включаючи м'язи анального сфінктера, стимулюючи при цьому формування рубцевої тканини. Це дозволяє зберегти функцію сфінктера та запобігти анальній інконтиненції при лікуванні складних нориць.

Техніка встановлення сетону передбачає проведення лігатури через норицевий хід після розкриття гнійника та виявлення внутрішнього отвору нориці. Кінці сетону фіксуються (зав'язуються) навколо зовнішнього отвору. Ведення пацієнтів з встановленим сетоном включає регулярні перев'язки, ретельну гігієну періанальної області, застосування знеболювальних засобів за необхідності та контроль за процесом дренування та загоєння.

Мета дослідження. Оцінити результати лікування хворих з екстра- та транссфінктерними норицями при гострих парапроктитах за допомогою двох методів лігатурної фістулектомії (сетоном і шовковою ниткою).

Матеріал та методи дослідження. У відділенні колопроктології КНП «МКЛ №6» ДМР, що є базою кафедри хірургії №1 та урології ДДМУ, з 2022 року по 2025 рік проведено лікування 57 хворих з гострими екстра- та транссфінктерними парапроктитами. Хворі були поділені на 2 групи. Основну групу склали 14 пацієнтів, у лікуванні яких, в якості лігатури використовували гумовий сетон з круглим перерізом діаметром 1,5 мм. Групу порівняння склали 43 хворих, яким на сфінктер накладали 3 шовкові нитки зв'язані разом. Вік пацієнтів коливався від 19-71 років, частка чоловіків складала 64,9%, а жінок 35,1%, між групами не було значних відмінностей за характером основної та супутньої патології.

Результати дослідження. В основній групі на сфінктер щільно накладали сетон та зв'язували його зовні. Після цього пацієнти перебували в стаціонарі 3-4 дні та подальше спостереження за ними проводили амбулаторно.

У 96% пацієнтів сетон протягом 5-14 днів (в залежності від порції жому) відходив самостійно, без стороннього втручання, а у інших 4% пацієнтів під сетоном залишався «місток» із шкіри біля 1 см, який перетинали при амбулаторному огляді під місцевою анестезією.

Лікування хворих з шовковими лігатурами проводили в стаціонарі, тому що методика передбачала підтяжку лігатури. Підтяжку шовкової лігатури проводили під місцевим знеболенням після того, як лігатура послаблялась у зоні странгуляційної борозни. У більшості хворих лігатури відходили самостійно на 5-7 день. У 15 хворих знадобилось 2 підтяжки, у 6 пацієнтів – 3, що збільшувало термін лікування в стаціонарі. Багаторазові підтяжки та маніпуляції на сфінктері в рані спричиняли підвищення болісних відчуттів, що вимагало збільшення кратності введення ненаркотичних анагетиків.

При спостереженні за хворими в післяопераційному періоді у 3 (6,9%) пацієнтів групи порівняння із складними екстрасфінктерними норицями через 7, 9 та 11 міс. було виявлено розвиток хронічної прямокишкової нориці. Цим хворим були виконані повторні оперативні втручання з

висіченням нориць. При використанні гумових сетонів, рецидивів захворювання у термін до 19 міс. не було виявлено.

Висновки. Сетон є сучасним та ефективним методом лікування складних форм парапроктиту, що дозволяє забезпечити відтік гною, контроль інфекції та збереження функції анального сфінктера. Його застосування дозволяє поетапно та контрольовано підходити до вирішення проблеми, мінімізуючи ризик ятрогенної анальної недостатності, яка є одним з найсерйозніших ускладнень хірургічного лікування даної патології. Крім того, використання сетону сприяє кращому загоєнню тканин у післяопераційному періоді та зменшенню виразності больового синдрому, що позитивно впливає на якість життя пацієнтів. Правильне планування, дотримання техніки встановлення та ретельне післяопераційне спостереження забезпечують високу ефективність лікування, а також дають можливість знизити ймовірності виникнення рецидиву захворювання та зберегти задовільну функцію утримання кишкового вмісту