

Всеукраїнський
форум
молодих
вчених
з міжнародною участю



ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**І ВСЕУКРАЇНСЬКИЙ ФОРУМ
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

**22-23 ЧЕРВНЯ 2023 РОКУ
М. ОДЕСА**

ЗБІРКА ТЕЗ



**Одеса
ОНМедУ
2023**

Всеукраїнський
форум
молодих
вчених
з міжнародною участю



ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

І ВСЕУКРАЇНСЬКИЙ ФОРУМ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

**22-23 ЧЕРВНЯ 2023 РОКУ
М. ОДЕСА**

ЗБІРКА ТЕЗ



**Одеса
ОНМеду
2023**

УДК 61(043.2)
П26

Організаційний комітет:

Андрій Добровольський

Олена Філоненко

Аліна Зарецька

Анастасія Лисенко

Олександр Чорній

Наталя Гніда

Альбіна Белінська

І Всеукраїнський форум молодих вчених з між-
П26 народною участю. 22–23 червня 2023 року, м. Одеса :
збірка тез. [Електронне видання]. – Одеса : ОНМедУ,
2023. – 104 с.

ISBN 978-966-443-125-2

Збірка тез І Всеукраїнського форуму молодих вче-
них з міжнародною участю, що відбувся в Одесі 22–23
червня 2023 року, містить тези доповідей молодих на-
уковців – учасників форуму.

УДК 61(043.2)

ISBN 978-966-443-125-2

© Одеський національний
медичний університет,
2023



Всеукраїнський
форум
молодих
вчених

з міжнародною участю



ДОПОВІДАЧІ ФОРУМУ



QR-CODE НА ПРОГРАМУ

стерігався больовий синдром та які пройшли радикальне оперативне лікування в обсязі “shaving” / резекція кишківника з накладанням анастомозу «кінець в кінець» на базі БМЦ ОНМедУ. У дослідженні не оцінювались супутні ендометріюїдні ураження. Оцінка больового синдрому проводилась через 2 роки після операції. Жінки пройшли анкетування. Больовий синдром оцінювався за шкалою від 0 до 10, де 1–4 – слабкий біль (ІІІ група), 5–7 – помірний біль (ІІ група), 8–10 – сильний біль (І група).

Результати. До оперативного лікування: І група – лікування 40 жінок мали сильний біль під час менструації, диспауренію, у деяких відмічалась дисхезія, сильний біль оцінювався як 8–10 балів; ІІ група – 50 жінок мали симптоми помірного болю (5–7 балів); ІІІ група – 10 жінок відмічали слабкий біль (1–4 бали).

Після проведеного оперативного лікування: І група – 20 жінок відмічали відсутність болю (50 %), 18 жінок відмічали періодичний слабкий біль (до 2–3 балів) (45 %), у 2 пацієнток спостерігались болі за шкалою до 5 балів (5 %), що відповідає середньому болю; ІІ група – 39 жінок відмічали відсутність болю (78 %), 11 жінок – періодичний біль за шкалою до 2–3 балів (22 %), ІІІ група – 7 жінок відмічали відсутність болю (70 %), 3 жінки – біль за шкалою болю 2–3 бали (30 %).

Висновки. Радикальні хірургічні операції з приводу глибокого колоректального ендометріозу показують значний результат у пацієнток з больовим синдромом. Однак потрібні подальші дослідження для конкретизації даних результатів та оцінки супутніх ендометріюїдних уражень та їх рецидивуючих форм.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК: ЕНДОМЕТРІОЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО РУБЦЯ

Ібрагімова Л. І., Волянюк А. В., Фам Нгок Фіонг Янг

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Вступ. Ендометріоз післяопераційного рубця (ЕПР) належить до рідкісних форм екстрагенітального ендометріозу, а в медичній літературі опубліковані окремі клінічні спостереження чи незначні серії

випадків. Найчастіше ЕПР діагностують після кесарева розтину, але описані випадки виникнення даної патології після трансабдомінальних гінекологічних та хірургічних втручань.

Мета дослідження полягала у визначенні особливостей клінічного перебігу ендометріозу післяопераційного рубця.

Матеріали та методи. У відділення інвазивних методів діагностики і лікування Багатопрофільного медичного центру ОНМедУ звернулася пацієнтка 41 років, зі скаргами на хронічні болі внизу живота, рефрактерні до прийому знеболюючих препаратів, які підсилювались під час менструацій, вторинне безпліддя. В анамнезі пацієнтки двоє пологів шляхом кесаревого розтину (останній в 2015 році). Болі мали незвичну локалізацію зліва над лобковою кісткою, каудально від ділянки післяопераційного рубця, та набували агресивного характеру. При пальпації нижче ділянки післяопераційного рубця зліва над лоном виявлено пухлиноподібне утворення, болюче, малорухоме. За даними ультразвукового дослідження діагностовано аденоміоз, рубець на матці без ознак істмоцеле, наявність в лівій надлонній ділянці на глибині 2 см під м'язовим шаром кісти розмірами 21,7x11 мм з колоїдним вмістом. Враховуючи скарги хворої, дані клініко-лабораторних методів обстеження, за письмовою згодою пацієнтки, виконано оперативне втручання в об'ємі: лапароскопія. Ексцизія вогнищ ендометріозу. Висічення ендометріюїдної кісти післяопераційного рубця. Після операції виставлено діагноз Зовнішній генітальних ендометріоз II ступеня. Ендометріюїдна кіста післяопераційного рубця. Виписана в задовільному стані на 7-му післяопераційну добу.

Результати і обговорення Наведений приклад клінічного випадку демонструє, що ендометріоз не можна вважати лише гінекологічним захворюванням, як у діагностичному, так і в лікувальному процесі він виходить далеко за межі гінекологічної спеціальності, а лікування його нерідко потребує хірургічної тактики. Найчастіше екстрагенітальні форми ендометріозу локалізуються в ділянці кишечника та післяопераційного рубця. Поява клінічних проявів дискомфорту та пухлиноподібного утвору в ділянці післяопераційної рани є головними клінічними ознаками ендометріозу рубця.

Висновок. Лікування пацієнток з ендометріозом потребує індивідуального підходу, оптимального поєднання хірургічного та медикаментозного лікування. У випадках екстрагенітального ендометрію-

зу, зокрема ендометріозу післяопераційного рубця, методом вибору є хірургічне лікування, спрямоване на видалення уражених тканин. Подальше спостереження включає відновлення фертильності або гормональну терапію за показаннями.

ВАГІТНА ЖІНКА У ТВОРАХ ЖИВОПИСУ

Куліш Т. А.

Одеський національний медичний Університет, Одеса, Україна

Мета: проаналізувати зображення вагітної жінки та самого факту вагітності у митців різних епох – від епохи Високого і Пізнього Відродження до сьогодення.

Методи дослідження, матеріал: у роботі представлено 35 картин, їх аналіз з позиції мистецтвознавців і самого автора щодо зображення вагітної жінки та самого факту вагітності у жінок різних епох та соціального статусу.

Зміст. Мотивація доповіді: автор вважає, що лікар має бути не тільки фахівцем у своїй професії, а високо ерудованою особистістю. Однією із складових цього напрямку є знайомство з творами мистецтв. Останнє формує у людини почуття прекрасного, доброго, щирого, а найголовніше – здатність до співчуття та співучасті, що вкрай необхідно лікарю. Майбутня мати носить у собі таємницю. Змінюється не лише її тіло та обличчя, але і душа. Малюючи саме життя, художники минулих століть підносили делікатну тему вагітності по-різному: від радісного передчуття до цілковитого відчаю. З плином часу змінювалось зображення цієї події в житті самої жінки та всього світу. По-різному зображені Біблейські Марія та Єлизавета в картинах Великого Відродження Ван дер Вейдена; горді та статні королівські жінки у фламандських митців; засмучена Смеральда у Ботічеллі; покинуті жінки – селянка Катерина у Шевченко та покоївка у Трассера; щаслива Саскія у Рембрандта; впевнена в собі донна Гравида Рафаеля; сповнена надій, таємнича та неоднозначна у сприйнятті вагітна у Клімта; беземоційна, але натуральна вагітна зображена Мухіка; сучасна жінка для якої вагітність – мрія, надія та великий подарунок долі у Бейн.

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПОЄДНАННЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ТА ЕКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ЛЕЙОМІОМАТОЗА Дробот Д. І., Кормілець О. Ю.	47
ОЦІНКА БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТОК З КОЛОРЕКТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ Очеретна Ю. С., Купрій Я. С.	48
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК: ЕНДОМЕТРІОЗ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙНОГО РУБЦЯ Ібрагімова Л. І., Волянчук А. В., Фам Нгок Фіонг Янг.....	49
ВАГІТНА ЖІНКА У ТВОРАХ ЖИВОПИСУ Куліш Т. А.	51
ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА: Частина 1	53
ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ХВОРИХ НА СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕХОКАРДІОСКОПІЇ ТА КАРТУВАННЯ СЕРЦЯ Январьова О. Ю, Сухіна Ю. О., Майстренко М. С.	54
АНТИКОАГУЛЯНТНА ТЕРАПІЯ ПОСТІЙНОЇ ФОРМИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ ЯК «НАРІЖНИЙ КАМІНЬ» ПРОФІЛАКТИКИ ІНСУЛЬТУ В ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ Угненко С. О.	55
КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ РЕСИНХРОНІЗУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ Сухіна Ю. О., Алавацька Т. В., Январьова О. Ю.	56