



НАУКОВО-ПРАКТИЧНА
КОНФЕРЕНЦІЯ
З МІЖНАРОДНОЮ
УЧАСТЮ



СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

для здобувачів вищої освіти
другого (магістерського) рівня

23–24 квітня 2026 року

Тези доповідей

Одеса • ОНМедУ • 2026



НАУКОВО-ПРАКТИЧНА
КОНФЕРЕНЦІЯ
З МІЖНАРОДНОЮ
УЧАСТЮ



СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

для здобувачів вищої освіти
другого (магістерського) рівня

23–24 квітня 2026 року

Тези доповідей

УДК 06.091.5:061.3:61-057.875
С91

Головний редактор:

в. о. ректора, член-кореспондент НАМН України,
професор Станіслав ШНАЙДЕР

Редакційна рада:

професор Валерія МАРІЧЕРЕДА
професор Людмила ВЕНГЕР
професор Алла ВОЛЯНСЬКА
професор Олег ГЕРАСИМЕНКО
професор Володимир ГОРОХІВСЬКИЙ
професор Ніна МАЦЕГОРА
професор Ярослав РОЖКОВСЬКИЙ
професор Олена СТАРЕЦЬ
професор Ольга ЮШКОВСЬКА
доцент Катерина НІТОЧКО

Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини для С91 здобувачів вищої освіти другого (магістерського) рівня [Електронне видання] : наук.-практ. конф. з міжнар. участю. Одеса, 23–24 квітня 2026 року : тези доп. — Одеса : ОНМедУ, 2026. — 132 с.
ISBN 978-966-443-142-9

У тезах доповідей міжнародної науково-практичної конференції здобувачів другого (магістерського) рівня освіти наведено матеріали учасників зібрання, а також іменний покажчик доповідачів.

УДК 06.091.5:061.3:61-057.875

вативна терапія є ефективною у більшості пацієнтів із неускладненою спайковою кишковою непрохідністю та може застосовуватися за умови ретельного клінічного моніторингу. Водночас лапароскопічні втручання демонструють кращі короткострокові результати порівняно з відкритими операціями, зокрема за рахунок зниження частоти післяопераційних ускладнень, летальності та тривалості госпіталізації. При розвитку странгуляційних форм, ішемії або некрозу кишечника методом вибору залишається невідкладне відкрите хірургічне втручання. Таким чином, індивідуалізований підхід із урахуванням клінічного стану пацієнта та сучасних можливостей діагностики є ключовим фактором покращення результатів лікування кишкової непрохідності.

Література

1. Ten Broek R. P. G. et al. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction. *World Journal of Emergency Surgery*. 2018.
2. Maung A. A. et al. Small bowel obstruction: clinical practice guidelines. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2012.
3. Wiggins T. et al. Laparoscopic adhesiolysis for acute small bowel obstruction: meta-analysis. *Surgical Endoscopy*. 2015.
4. Krielen P. et al. Laparoscopic versus open adhesiolysis: systematic review. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2020.
5. Maienza E. et al. Management of adhesive small bowel obstruction. *International Journal of Colorectal Disease*. 2023.

ПЕРШИЙ ДОСВІД ЛАЗЕРНОГО ДРОБЛЕННЯ КОНКРЕМЕНТІВ ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ

Березюк Яна

Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Холедохолітіаз трапляється у 15 % хворих на жовчнокам'яну хворобу. У літньому віці частота холедохолітіазу може зростати до 30–40 %.

У наш час «золотим стандартом» видалення каменів з жовчних проток є ендоскопічний метод: ендоскопічна ретроградна холедохопанкреатографія (ЕРХПГ) і сфінктеропапілотомія (СПТ). Потім спеціальними кошиками захоплюють і видаляють конкременти з протоки. Після повного видалення каменів з протоки через кілька тижнів виконують лапароскопічну холецистектомію. Такий двоетапний підхід до лікування холедохолітіазу має низку недоліків: значно подовжуються терміни лікування, сумуються ускладнення ЕРХПГ та СПТ і лапароскопічної холецистектомії. Крім того, у 10–15 % пацієнтів ендоскопічний метод неможливий через серйозні

технічні складнощі. Так, ЕРХПГ + СПТ супроводжуються важкими ускладненнями, такими як кровотеча, холангіт, перфорація стінки дванадцятипалої кишки. Летальність сягає 0,2–0,5 %, тому наразі в багатьох сучасних клініках проводять видалення конкрементів під час лапароскопічної холецистектомії. Для цього використовуються спеціальні фіброхоледохоскопи, які дають змогу під контролем зору захопити конкремент спеціальними кошиками і вилучити його з протоки. Такі втручання доволі складні і не завжди вдається витягти конкременти через їхній розмір, кількість, вклинення конкрементів в ампулу фатерового сосочка. Для цих цілей в наш час використовують лазерне дроблення каменів. Тонкий світловід діаметром 100–150 мкм під контролем зору підводять до конкременту, вмикають лазерне випромінювання в імпульсному режимі, що допомагає подрібнювати камені різної величини. У клініці хірургії № 1 накопичений певний досвід лазерного дроблення складних жовчних конкрементів. Для цього використовується Гольмійовий імпульсний лазер з довжиною хвилі 2100 нм, лазерне випромінювання потужністю від 2 до 20 Дж, з частотою 10–20 Гц через волокно, підведене до конкременту, при цьому відбувається нагрівання каменя до 150–200 °С, камінь розпадається на фрагменти і випаровується.

Методика лазерної літотрипсії використовувалася у 65 хворих з тяжкою формою холедохолітіазу. У 44 хворих для повного видалення знадобилося від 2 до 4 сеансів. У 17 пацієнтів вдалося повністю зруйнувати конкременти в жовчних протоках під час виконання лапароскопічної холецистектомії. Ускладнень при виконанні лазерної літотрипсії не було.

Таким чином, лазерна літотрипсія є високо-ефективним методом, що дає змогу в особливо тяжких випадках видалити повністю конкременти з жовчних проток. Найкращі результати отримані у групі хворих, яким лазерна літотрипсія виконувалася під час лапароскопічної холецистектомії.

Література

1. Choledochoscopic Holmium Laser Lithotripsy for Difficult Bile Duct Stones <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28048950/>
2. Combination of Electronic Choledochoscopy and Holmium Laser Lithotripsy for Complicated Biliary Calculus Treatment: A New Exploration. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29668665/>
3. Holmium laser lithotripsy improves the rate of successful transcystic laparoscopic common bile duct exploration. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6935391/>
4. Laparoscopic Common Bile Duct Exploration and Laser Lithotripsy: A Novel Approach to Management of Common Bile Duct Stones.

<https://www.sages.org/meetings/annual-meeting/abstracts-archive/laparoscopic-common-bile-duct-exploration-and-laser-lithotripsy-a-novel-approach-to-management-of-common-bile-duct-stones/>

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО РЕАЛІЗАЦІЇ ТРЕТЬОЇ ФАЗИ DAMAGE CONTROL SURGERY ПРИ БОЙОВИХ УШКОДЖЕННЯХ ТАЗОВОЇ ДІЛЯНКИ

Бистриця Едуард

*Одеський національний медичний університет,
Одеса, Україна*

Актуальність. Бойова травма тазової ділянки залишається одним із найскладніших викликів сучасної військово-польової хірургії через летальність, що може сягати 46,5 %. Впровадження тактики Damage Control Surgery (DCS) допомагає стабілізувати стан пораненого, проте ключовим етапом відновлення є третя фаза — проведення відстрочених радикальних та реконструктивних операцій після корекції фізіологічного стану.

Мета. Покращити результати лікування шляхом оптимізації хірургічних втручань під час третьої фази тактики DCS у поранених із бойовою травмою м'яких тканин та органів таза.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати лікування 44 поранених з вогнепальними та мінно-вибуховими ушкодженнями тазової ділянки на базі Військового-медичного клінічного центру Південного регіону. Розподіл уражень був таким: сечовий міхур — 25 випадків (56,8 %), уретра — 5 (11,4 %), пряма кишка — 4 (9,1 %), статеві органи — 3 (6,8 %), магістральні судини — 1 (2,3 %) та комбіновані травми — 6 (13,6 %).

Результати. Багатоетапна хірургічна тактика (DCS) була застосована у 18 поранених (40,9 %). До третьої фази DCS — етапу остаточного хірургічного відновлення — перейшли 15 пацієнтів (34,1 %), стан яких було стабілізовано після інтенсивної терапії. Під час реалізації третьої фази, під контролем повторної ревізії, виконувалися такі втручання: повторна резекція ободової кишки із виведенням кінцевої стоми — у 6 пацієнтів (13,6 %), формування міжкишкових анастомозів — у 4 випадках (9,1 %), передня резекція прямої кишки із накладанням кінцевої сигмостоми — у 3 поранених (6,8 %), остаточна цисторафія — виконана у 8 (18,2 %) пацієнтів. Ефективність обраної тактики підтверджується тим, що третя фаза допомогла виконати складні реконструкції в умовах мінімального ризику неспроможності швів. Рівень місцевих ускладнень становив 17,6 %, а загальна летальність — 31,2 %.

Висновки. Третя фаза DCS при бойових пораненнях таза є критично важливою для переходу від життєзберігаючих маніпуляцій до функціонального відновлення. Виконання відстрочених резекцій та формування анастомозів

після стабілізації пацієнта дає змогу знизити ризик післяопераційних ускладнень та підвищити ефективність етапного лікування.

ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНИХ СПОСОБІВ ЕВАКУАЦІЇ ПОРАНЕНИХ БІЙЦІВ ІЗ СЕКТОРА ОБСТРІЛУ

Білан Марія

*Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна*

Актуальність. Під час бойових дій уникнути поранень практично неможливо. Захисне спорядження, бронезилети, каски, укриття — все це відносно захищає тіло бійця від небезпечних поранень. Відомо, що близько 90 % постраждалих гинуть на полі бою, не потрапивши до медичного закладу. Левова частка таких випадків завершуються смертю, оскільки поранення часто несумісні з життям. Але завдяки евакуації з небезпечної зони та надання домедичної допомоги дає можливість врятувати бійців. Приблизно кожен п'ятий поранений матиме шанс на одужання, якщо вжити необхідних заходів. На полі бою обсяг медичної допомоги завжди обмежений. Тому питання ефективної та доцільно спланованої евакуації посідають важливе місце в сфері тактичної медицини.

Мета. Метою проведеного дослідження є пошук оптимального способу евакуації поранених бійців різної тяжкості із зони обстрілу на основі аналізу літературних даних.

Матеріали та методи. Люди мають різну статуру та межу своїх фізичних можливостей, незважаючи на загальну військову підготовку бійців. Тягти з поля бою до укриття більш міцному за статурою товаришу менш міцного й при цьому відстрілюватися легше, ніж якщо буде навпаки. Як відомо, пріоритетними завданнями в «червоній зоні» є виконання бойового завдання, перш за все власна безпека (аби не отримати двох тяжкопоранених замість одного). Це допомагає уникнути зайвих травм та надання допомоги. Евакуаційні засоби, що можуть знадобитися для останнього, можна умовно поділити на кілька груп: самостійне перетягування (перенесення постраждалого руками), евакуація за допомогою двох і більше пар рук, застосування специфічного обладнання (петель, строп, шитів, мотузок та ін.) чи виготовленого підручними засобами. Існує безліч способів перетягування пораненого бійця одним чи кількома рятувальниками. При цьому деяким із них дозволяють продовжувати виконання завдання та вести вогневу відповідь. Різка зміна подій, швидка втомлюваність бійця, що несе, різноманітність складних випадків, коли поранений не здатний з певних причин допомогти собі та товаришу, тяжка бойова ситуація зумовлюють великий ризик виникнення травм для обох. Ці

ІМЕННИЙ ПОКАЖЧИК INDEX

- Алексеев Владислав 45, 93
Аппак Олександра 3, 14
Арабаджи Дмитро 21, 31
Атакішієв Єлван
Елман огли 103
- Балануца Ольга 45
Басалюк Олександра 4
Березюк Яна 72
Бистриця Едуард 73
Білан Марія 73
Білоусова Софія 111
Бондаренко Михайло 74
Борисов Володимир 4
Борщ Діана 55, 111
Будилко Світлана 22
- Вакуленко Аліна 68
Варламова Тетяна 14, 15
Вастьянова Лада 23
Ветєва Вікторія 46
Велікова Марія 95, 101
Вовчик Алла 102
Волошина Каріна 5
- Гангурян Ілля 23
Гарновді Катерина-Лілія 33
Гевко Катерина 75
Гіносян Нарек 106
Глібко Вікторія 75, 87
Гребньова Кира 90
Гресько Ірина 54
Гудь Агнеса 12
Гулям Лала 90
Гурська Юлія 76
- Данильчук Єлизавета 6
Дембицька Анастасія 24
Дибалін Ігор 36
Дикун Георгій 24
Димитрашко Іван 76
Добровольська Анастасія 37
Донцов Роман 52
Доскочинська Вікторія 38
Дроженко Марія 96
- Еберле Данило 39
- Жекова Влада 40
Жумайло Валерія 97
Жуньоко Олександр 47
- Захаров Митридат 47
Золотухіна Катерина 106
- Іванова Софія 12, 92, 97
Ігнатєва Анна 69, 114
Ісмаїлова Маріанна 25
- Казани Данііл 104
Каріх Валерія 94
Кассич Дар'я 29
Кіраль Анастасія 34
Кіриєнко Анастасія 77
Климанова Олена 98
Коваленко Єлизавета 20
Коваль Анна 78
Когаєва Луїза 40
Козак Анна 47, 48
Козак Роман 102
Козловська Ірина 114
Комарницька Єлизавета 106
Комарницька Христина 34
Корейша Марія 41
Кравцова Софія 7
Крайцер Ігор 20
Крамар Анна 79
Крантова Марія 94
Крикун Софія 55, 56
Крисюкевич Олег 79
Кришина Артем 69
Кузьмін Ярослав 48
Куликова Олександра 26
- Левіна Олена 23, 49
Листрова Валерія 13
Литвиненко Анастасія 57, 84
Лівандовська Єлизавета 113
Лозоватська Вероніка 42
Льода Вероніка 109
- Магас Катерина 70
Мадяр Микола 34, 36
Майданець Олександра 69
Малайко Сергій 114
Малишева Анастасія 50
Мандражи Олена 51
Матюшенко Софія 6, 16
Машківська Софія 101
Меняйлік Ксенія 42
Мийня Мілана 80, 99
Міндак Анастасія 118
Мовчан Марія 27
Моргун Анна 83
Моргунова Єлизавета 101
Мунтяну Анастасія 80
Мякішев Олег 58, 59
- Наніш Ігор 60
Непряхіна Софія 110
Нігрецкул Віталій 7
Нікуліна Марія 20
Ніц Поліна 23
- Оболенський Олексій 107
Обуховська Аміна 109
Оверчук Аліна 51, 101
Овчарова Анастасія 99, 115
Онуфрійчук Дар'я 70
Орловська Ліна 61
Осмоловська Ірина 81
Остапенко Олексій 17
- Парфентєв Богдан 27
Парфентєва Руслана 27
Пастухов Олександр 82
Пелехович Єлизавета 32
Пеліван Христина 52, 61, 62
Перелигіна Єва 83
Періжок Надія 28
Перчик Анастасія 62, 86
Пилипенко Дмитро 63, 64
Пілгович Єва 103
Піньковський Михайло 104
Пожарова Анна 29
Поп Тетяна 35