



НАУКОВО-ПРАКТИЧНА
КОНФЕРЕНЦІЯ
З МІЖНАРОДНОЮ
УЧАСТЮ



СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

для здобувачів вищої освіти
другого (магістерського) рівня

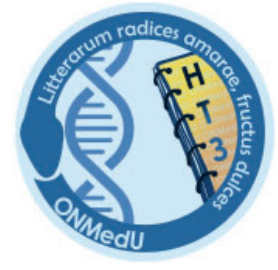
23–24 квітня 2026 року

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

видалення некротичних тканин і зниження бактеріального навантаження. Кількість процедур становила від 1 до 3 залежно від стану рани. Надалі застосовували VAC-терапію з негативним тиском — 110–125 мм рт. ст. у безперервному режимі зі зміною пов'язок кожні 48–72 години. Оцінювали терміни очищення рани, швидкість формування грануляційної тканини, зменшення площі дефекту та готовність до реконструктивного закриття.

Результати: Позитивна динаміка стану ранового ложа відзначалася у всіх пацієнтів. Повне очищення рани досягалося в середньому за $(5,2 \pm 1,3)$ доби; повторна кавітація була необхідна у 41 % випадків. Формування зрілої грануляційної тканини спостерігалось на $(6 \pm 1,5)$ добу. Зменшення площі дефекту становило в середньому 18–24 % протягом першого тижня лікування. Зниження інтенсивності ексудації відзначалося у 84 % пацієнтів протягом 3–5 діб. Готовність рани до реконструктивного закриття (аутодермопластика або місцеві клапти) досягнуто в середньому за $(8,0 \pm 2,1)$ доби. Локальні інфекційні ускладнення зафіксовано у 12 % випадків, що є нижчим порівняно з традиційними методами лікування.

Висновки: Поєднання ультразвукової кавітації та VAC-терапії є ефективним етапом реконструктивного лікування складних, у тому числі бойових, ранових дефектів. Даний підхід забезпечує швидшу підготовку рани до пластичного закриття, зменшує частоту ускладнень та оптимізує результати реконструктивних втручань. Отримані результати підтверджують доцільність застосування даного підходу при лікуванні бойової травми.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ НАВІГАЦІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ АДГЕЗИВНОГО КАПСУЛІТУ

Гурська Юлія

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

Актуальність. Адгезивний капсуліт (АК) характеризується хворобливістю та прогресуючим зниженням обсягу руху в плечовому суглобі внаслідок надмірного розростання рубцевої тканини в ділянці суглоба. Патологія трапляється у 5 % загальної популяції.

Поширене проведення інтраартикулярної ін'єкції (ІІ) глюкокортикостероїдів і лідокаїну в плечовий суглоб «наосліп» (пальпаторно) часто супроводжується низькою прицільністю попадання і високим ризиком ушкодження прилеглих анатомічних структур. Це може спровокувати виникнення серйозних ятрогенних ускладнень та знизити терапевтичний ефект лікування.

Мета дослідження. Покращити ефективність діагностики та безпеку ІІ у плечовий суглоб при АК.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 10 пацієнтів: 8 жінок (середній вік 56,5 року) та 2 чоловіків (середній вік 58 років).

Усім пацієнтам на діагностичному етапі проводилася УЗ-діагностика (УЗД). Діагноз АК верифікувався на підставі скарг та специфічних сонографічних маркерів фіброзу капсули.

Перед проведенням ІІ бетаметазоном з лідокаїном в уражений суглоб у всіх пацієнтів було виміряно 2 параметри: обсяг руху в плечовому суглобі за допомогою гоніометра, та оцінка болю за ВАШ. Середній показник відведення становив $(87 \pm 5)^\circ$, тоді як середній показник інтенсивності болю за ВАШ під час руху становив 7,5 б.

Результати. Стан пацієнтів оцінювався після ІІ препаратів під контролем УЗД. Середній показник відведення у плечовому суглобі становив $(105,0 \pm 5,7)^\circ$. Оцінка болю за шкалою ВАШ через 5 хвилин після ІІ становила 2,5 б. Поширених скарг (запаморочення, слабкість, втрата свідомості, відчуття жару) або ознак травмування пахового нерва в перші хвилини після процедури пацієнти не виявили.

Повторна оцінка стану пацієнтів проводилася через 5 днів. Середній показник відведення в суглобі знизився до $(95 \pm 7)^\circ$, а показник за ВАШ у пацієнтів дорівнював в середньому 4,5 б., що пов'язано з закінченням дії анестетика. Ознак інфекційних ускладнень не зафіксовано.

Подальша оцінка проводилася через 2 тижні $(120 \pm 4,2)^\circ$ та 3,5 б.) та через місяць. Контрольна оцінка через місяць показала приріст обсягу руху на 82 % $(155 \pm 5,5)^\circ$. Оцінка за ВАШ становила 2,5 б. Ознак відстрочених ятрогенних ускладнень маніпуляції не зафіксовано.

Висновки. Застосування УЗД на етапі діагностики допомогло точно верифікувати діагноз АК і забезпечило точність прицільності ІІ. Маніпуляція проводилася через ротаторний інтервал безпосередньо в порожнину плечового суглоба, не зачіпаючи прилегли анатомічні структури та забезпечуючи максимальний терапевтичний ефект препаратів.

Таким чином, у жодного з пацієнтів не зафіксовано післяманіпуляційних ускладнень як безпосередньо після введення препаратів, так і протягом усього періоду спостереження.

АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕВАКУАЦІЙНО-ТРАНСПОРТНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА ЙОГО ЗНАЧЕННЯ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ

Димитрашко Іван

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

Актуальність: Для своєчасної медичної допомоги пораненим на полі бою існує медична евакуація. Вона передбачає оперативну та ефек-

тивну доставку поранених на етапи лікування, де можна забезпечити необхідну медичну допомогу, враховуючи їхній стан та обставини бойової ситуації. Перша допомога надається на найближчому етапі згідно з медичними вимогами, а подальше лікування проводиться на стаціонарному рівні до повного відновлення здоров'я. Порядок евакуації визначається потребами поранених, можливостями медичного обслуговування та встановленими термінами надання допомоги.

Мета. Мета медичної евакуації полягає у забезпеченні своєчасного та ефективного перевезення поранених. Одним з ключових принципів, які забезпечують цільовість процесу, є евакуаційно-транспортне сортування. Це включає в себе визначення пріоритетів евакуації, вибір місця призначення, оптимального транспортно-засобу для перевезення кожного пораненого, визначення положення під час транспортування (лежачи, сидячи) та необхідність медичного супроводу.

Матеріали та методи. Залежно від стану поранених та наявності евакотранспортних засобів медична евакуація може проводитися за допомогою санітарного транспорту для тяжкопоранених та поранених середнього ступеня тяжкості або загальновійськового транспорту для зворотних рейсів підвозу. Для цього використовуються різноманітні транспортні засоби, такі як наземні (санітарні автомобілі, реанімобілі, військово-санітарні потяги), водні (санітарні катери) та авіаційні (гелікоптери, військові або цивільні літаки).

Результати. Сучасний розвиток медичного забезпечення військ передбачає скорочення кількості етапів медичної евакуації та наближення спеціалізованої медичної допомоги до поранених. Це дає змогу здійснювати евакуацію безпосередньо до закладів охорони здоров'я, які здатні надати необхідну спеціалізовану медичну допомогу та лікування в повному обсязі (евакуація за призначенням).

Висновки. Медична евакуація та транспортування поранених здійснюються визначеними маршрутами за евакуаційними напрямками та відповідно до політики госпіталізації та евакуаційної політики, встановленої для конкретного порядку застосування військ та характеру бойових дій.

КЛІНІЧНИЙ КЕЙС-ВАРІАТИВНА АНАТОМІЯ ЖОВЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРОЇ З МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ

Кіриєнко Анастасія

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

За даними зарубіжної літератури, різні варіанти анатомічної будови гепатобіліарної системи

трапляються у понад 40 % пацієнтів і є одним із головних чинників ятрогенних ушкоджень під час холецистектомії.

Метою є представити клінічний кейс рідкісного поєднання кількох аномалій будови жовчного дерева у пацієнтки з холедохолітазом, механічною жовтяницею та підкреслити можливості доопераційної діагностики аномалій, важливих для хірурга.

Пацієнтка В., 76 років, звернулася зі скаргами на жовтяницю, біль у правому підребер'ї протягом 5 діб до госпіталізації. Об'єктивно відзначалися явища механічної жовтяниці. Лабораторно: гемоглобін — 170, еритроцити — 5,50, лейкоцити — 12,7, загальний білірубін — 72,1, прямий білірубін — 24,4, непрямий — 47,7, АЛТ — 64,5, АСТ — 42,3; УЗД: ехо-ознаки холецистолітазу (кілька конкрементів 21 та 8 мм), холедохоектазії до 13–15 мм з наявністю холедохолітазу у вигляді включень до 2–3 мм. На МРХПГ: розширений холедох до 18 мм, холедохолітаз, наявність множинних дефектів наповнення розміром до 13 мм, поодинокі до 7–8 мм.

Після підготовки пацієнтці виконана холецистектомія з холедохолітоекстракцією, дренажуванням холедоха за Кером. В ході операції виявлено розширену до 20 мм міхурову протоку довжиною до 5 см, мала паралельний хід щодо загальної печінкової протоки з впадінням в термінальному відділі. З кукси міхурової протоки видалено багато дрібних конкрементів та великий конкремент до 18 мм з інтрапанкреатичного відділу загальної жовчної протоки. Під час ревізії після холецистектомії виявлено наявність додаткової міхурової протоки у середній третині ложа міхура, що впадає у праву печінкову протоку, наявність кількох додаткових ходів Люшка у верхній третині ложа. Післяопераційний період перебігав без ускладнень, ознак підтікання жовчі не відмічалось, дренаж загальної жовчної протоки видалений на 14 добу, рана загоїлась первинним натягом.

За даними літератури, за класифікацією Huang найчастішою є конфігурація А1 (≈60,44 %), А2 (≈11,76 %), А3 (≈11,73 %), А4 (≈5,47 %), «некласифіковані» варіанти — ≈10,18 % [5]. Субвезикальні протоки (Люшка) виявляють приблизно у 4,6 % [3], холецистогепатичні протоки описують із частотою 0,7–1,2 % [4]. У вивченій літературі немає даних щодо частоти комбінованих випадків аномалій жовчного дерева, дослідження описують окремі варіанти.

Існуючі неінвазивні методи доопераційної діагностики варіантів розвитку жовчного дерева у хворих на ЖКХ, ускладнених механічною жовтяницею, не дають змоги верифікувати анатомію жовчовидільної системи. В свою чергу, інвазивні інструментальні методи дослідження пов'язані з високим ризиком ускладнень у цієї категорії

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
Меняйлїк 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