

ХАРКІВСЬКИЙ
НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

19-21
СІЧНЯ
2026

ЗБІРНИК

ФЕСТИВАЛЮ МОЛОДІЖНОЇ НАУКИ 2026

“Медицина третього
тисячоліття”



МІСТО-ГЕРОЙ ХАРКІВ





ЗМІСТ

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ МЕДСЕСТРИНСТВА	10
<i>Борзова Наталя Олексіївна</i>	11
ДОПОМОГА СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ У ПІДТРИМЦІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ ОНКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ	
Волік Марія Сергіївна, Лапіна Софія Станіславівна	12
ОСОБЛИВОСТІ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ ЗА ХВОРИМИ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ІЗ СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ	
Глобіна Наталія Іванівна	15
РОЛЬ СТАРШОЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ПРОВЕДЕННІ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ І ПІДВИЩЕННІ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ	
Гондар Ліра Олександрівна	17
МОТИВАЦІЯ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ДО ПРОФЕСІЙНОЇ САМООСВИТИ	
Денисова-Полякова Анна Павлівна	19
ОСОБЛИВОСТІ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО СУПРОВОДУ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ	
Єрмоменко Галина Володимирівна	21
РОЛЬ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО СУПРОВОДУ У ВПРОВАДЖЕННІ МЕТОДУ БУТЕЙКА ДЛЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ	
Кузьменко Наталія Михайлівна	23
СИМУЛЯЦІЙНЕ НАВЧАННЯ В СИСТЕМІ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ОСВИТИ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ	
Павленко Аліна Андріївна	25
РОЛЬ СТАНДАРТНИХ ОПЕРАЦІЙНИХ ПРОЦЕДУР В ПРОЦЕСІ ПРОФЕСІЙНОЇ АДАПТАЦІЇ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР	
Пшеничка Ірина Сергіївна	27
ВПЛИВ ПОРУШЕНЬ РЕЖИМУ ЛІКУВАННЯ НА ПЕРЕБІГ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ФЛЕГМОНИ ДНА ПОРОЖНИНИ РОТА	
Стельникович Ніна Савівна	29
ВПЛИВ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ НА ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ПАЦІЄНТІВ СТАЦІОНАРУ	
Пантюхова Таїсія Олександрівна, Завиленкова Вероніка Андріївна	31
ПРОФЕСІЙНА РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК	
АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ	34
Благовещенський Роман Євгенійович, Капітько Дар'я Сергіївна.	35
ОСОБЛИВОСТІ МАТКОВОГО КРОВОТОКУ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ З АНОМАЛЬНИМИ МАТКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ ТА СУПУТНЬОЮ ЕКСТРАГЕНІТАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ	
Благодир Ангеліка Костянтинівна, Бондарева Ірина Євгенівна	37
ВПЛИВ ЕПІДУРАЛЬНОЇ АНАЛГЕЗІЇ НА ДИНАМІКУ ПОЛОГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ТА РЕЗУЛЬТАТ ПОЛОГІВ	
Гарт Анна Олегівна	38
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК З ДЕФІЦИТОМ ВІТАМІНУ D	
Гордієнко Поліна Олексіївна	40
ІСТМОЦЕЛЕ ПІСЛЯ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ ЯК ПРИЧИНА АНОМАЛЬНИХ МАТКОВИХ КРОВОТЕЧ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК	
Григорян Наріне Аршалуйсівна	42
ВИКОРИСТАННЯ НОВІТНІХ МЕТОДІВ ЗНЕБОЛЕННЯ ПІД ЧАС ПОЛОГІВ: ТЕХНОЛОГІЇ ВІРТУАЛЬНОЇ РЕАЛЬНОСТІ	
Діхтяренко Вікторія Олегівна, Аралов Олег Миколайович	44
ВПЛИВ ОКСИГЕНОТЕРАПІЇ НА БЛОКСИНТЕЗУЮЧУ ФУНКЦІЮ ПЛАЦЕНТИ ПРИ ЛІКУВАННІ ПЛАЦЕНТАРНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ	



ХІРУРГІЯ ТА ТРАВМАТОЛОГІЯ _____	
345	
Гончаров Андрій Сергійович _____	346
SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH SOLID NEOPLASM OF THE PANCREAS	
Книгін Михайло Вадимович _____	347
ЕТАПНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАЦІЙ ТОВСТОЇ КИШКИ З ВИКОРИСТАННЯМ ВАКУУМ-АСИСТОВАНОЇ ЛАПАРОСТОМІЇ	
Костюк Єлизавета Віталіївна, Власенко Карина Анатоліївна _____	349
ВПЛИВ АНАТОМІЧНИХ ВАРІАНТІВ ЖОВЧНИХ ПРОТОК НА УСКЛАДНЕННЯ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ	
Лілітко Дар'я Андріївна, Удовиченко Катерина Олександрівна _____	353
РОЛЬ ОНКОЛОГІЧНОЇ МЕДСЕСТРИ У ВПРОВАДЖЕННІ ПРОТОКОЛІВ ERAS	
Медведев Ігор Олександрович _____	355
МОЖЛИВІСТЬ УДОСКОНАЛЕННЯ ВІДЕОТОРАСКОПІЧНИХ МЕТОДІВ ВІДНОВЛЕННЯ ЛЕГЕНЕВОЇ СИСТЕМИ ЗА ДОПОМОГОЮ ШІ	
Негода Юлія Сергіївна _____	356
ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОГО СОРТУВАННЯ ЦИВІЛЬНИХ ПОРАНЕНИХ З АБДОМІНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ	
Олефіренко Каріна Олександрівна _____	359
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА	
Радловська Юлія Віталіївна _____	364
ЛАПАРОСКОПІЧНА НЕФРЕКТОМІЯ ЯК СУЧАСНИЙ СТАНДАРТ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ ПАТОЛОГІЯХ НИРКИ	
Фісун Анастасія Миколаївна, Курафеева Ольга Вікторівна, Криворочко Зоряна Сергіївна _____	367
ВПЛИВ ЕКСПЛАНТАЦІЇ НА ГЕМОЦИРКУЛЯЦІЮ ЯЄЧКА У ЧОЛОВІКІВ ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ	
Чопенко Маргарита Миколаївна, Богданова Єва Сергіївна, Поповська Єлизавета Олегівна _____	369
МЕХАНІЧНЕ СТЕПЛЕРНЕ ЗАШИВАННЯ РАН МІОКАРДУ ПРИ БОЙОВИХ ПРОНИКАЮЧИХ ПОРАНЕННЯХ СЕРЦЯ	
Штикер Ангеліна Станіславівна _____	371
ЕФЕКТИВНІСТЬ РУКАВНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ШЛУНКА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ МОРБІДНИМ ОЖИРІННЯМ ТА СУПУТНИМ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ	
Штикер Ангеліна Станіславівна _____	374
ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ АХАЛАЗІЇ СТРАВОХОДУ: СУЧАСНІ МЕТОДИ ТА ПІДХОДИ	



Олефіренко Каріна Олександрівна
**СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПІСЛЯ
ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ
ГОМІЛКОВОСТОПНОГО СУГЛОБА**

Україна, Харків

Харківський національний медичний університет
Кафедра спортивної, фізичної та реабілітаційної медицини, фізичної терапії,
ерготерапії

Науковий керівник: Астапова Яна Валеріївна

Анотація. У статті розглянуто сучасні методи фізичної терапії пацієнтів з переломом гомілковостопного суглоба. За результатами чисельних досліджень встановлено суперечливу ефективність і доцільність раннього осьового навантаження на нижню кінцівку та мобілізацію гомілковостопного суглоба після хірургічного лікування перелому.

Ключові слова: перелом гомілковостопного суглоба, осьове навантаження, мобілізація суглоба, фізична терапія.

Вступ. Переломи гомілковостопного суглоба (ПГС) є одними з найпоширеніших ортопедичних ушкоджень. Лікування стабільних переломів включає коротку гіпсову пов'язку на 4–6 тижнів. Оперативне втручання проводиться при нестабільних формах перелому гомілковостопного суглоба з метою відновлення стабільності та природної кінематики гомілковостопного суглоба та мінімізації ризику посттравматичних дегенеративних змін.

Через 6 місяців після ПГС відзначаються значні зниження функції гомілковостопного суглоба, відхилення від норми ходьби та посттравматичні артрити ГС. Навіть з урахуванням еволюції принципів лікування та незважаючи на те, що виконується оптимальна операція з анатомічною та стабільною репозицією перелому, оцінений ризик посттравматичних остеоартритів з часом є надзвичайно високим і становить від 20 до 40%.

Незважаючи на обмеження клінічних досліджень у визначенні впливу фізичних вправ на загоєння переломів, результати свідчать про те, що відповідні вправи, призначені кваліфікованими фізичними терапевтами, можуть ефективно покращити рухові можливості та якість життя пацієнтів.

Однак, ідеальний час для повернення до навантаження та мобілізації після



операції у пацієнтів з ПГС залишається складним питанням, оскільки дослідження продовжують вивчати пов'язані переваги та обмеження. Усе вищезазначене обумовило актуальність даної роботи і дозволило визначити мету та завдання дослідження.

Мета дослідження – проаналізувати сучасні підходи до фізичної терапії у контексті доцільності та ефективності раннього осьового навантаження на нижню кінцівку.

Матеріал і методи дослідження: аналіз літературних джерел з наукометричних баз Cochrane Central Register of Controlled Trials, PEDro, MEDLINE/PubMed, Scopus та Web of Science та узагальнення науково- методичної літератури.

Результати дослідження та їх обговорення.

Реабілітаційний протокол після оперативного лікування ПГС складається із 4 фаз: I фаза – запалення і контроль набряку (~0-2 тижні); II фаза – ранній діапазон руху (~2-6 тижнів); III фаза – посилення діапазону рухів і відновлення пропріорецепції (~6-12 тижнів); IV фаза – повернення до діяльності/спорту (< 12 тижнів). Відразу після операції уражену кінцівку поміщають у добре сформовану шину. Пацієнта інструктують не наступати на кінцівку. Приблизно через 2 тижні після операції шину знімають і перевіряють стан хірургічної рани. Якщо загоєння рани адекватне, то можна розпочати виконання вправ на діапазон рухів. Пацієнта одягають у знімний гіпсовий черевик. Як правило, пацієнтів інструктують про відсутність осьового навантаження на кінцівку протягом 6-ти тижнів після операції. Через 6 тижнів після операції гіпсовий черевик знімають і починають навантаження під наглядом фізичного терапевта. У першій фазі мають бути рухи пальців ніг, амплітудні вправи для коліна й стегон. У другій фазі обсяг рухів у стабільному ПГС необхідно починати з вправ



із осьовим навантаженням, а в нестабільному ГС застосовують амплітудні вправи без осьового навантаження на кінцівку. У цьому періоді доцільна ходьба на біговій доріжці однією ногою, тобто імітація ходи. Ціллю є рухливість ГС та сприяння початку правильних рухів ГС для ходи. У третій та четвертій фазах варто використовувати вправи на діапазон рухів з повним осьовим навантаженням.

У першій та другій фазах для зміцнення м'язів застосовують підйом випрямлених ніг. У третій – динамічні вправи з супротивом, а в четвертій фазі – окрім динамічних силових вправ ще також додають пліометричні вправи та спеціальні заняття, що відповідають діяльності/спорту. Зміцнення гомілковостопних м'язів на початку виконується у ізометричному режимі: вправи з відповідним опором (руки фізичного терапевта, або пацієнта, потім симетричної нижньої кінцівки, гумового м'яча) для тильних згиначів, м'язів еверторів, підошовних згиначів, м'язів інверторів. Потім додають відповідне обтяження (гумові еспандери, манжети на стопу), і виконують силові вправи.

Покращення сили не обов'язково призводить до покращення функції та балансу. Програма тренування ходи під наглядом для усунення основних труднощів при ходьбі пі сля ПГС покращує руховий контроль під час ходьби, що пов'язано з функціональною мобільністю та покращенням рівноваги. Вправи на рівновагу вводяться, коли пацієнт зможе витримати достатню вагу для їх виконання. Пропріорецептивні вправи у першій та другій фазах не застосовуються. У третій фазі буде актуальне тренування ходи, стійка на одній нозі, вправи на нестабільній опорі та на міні-батуті. У четвертій фазі окрім попередньо зазначених варто додати вправи, що відповідають специфіці спорту /діяльності травмованого пацієнта.

Було встановлено, що використання у протоколі реабілітації антигравітаційної бігової доріжки можна порівняти з результатами стандартного протоколу реабілітації. Пацієнти, які отримували антигравітаційну терапію на біговій доріжці, зменшили м'язову атрофію без помітних функціональних переваг. У клінічній практиці терапія на антигравітаційній біговій доріжці була безпечна і



може використовуватися як додатковий терапевтичний варіант.

Фізичні терапевти також використовують ряд методів пасивної мануальної та електротерапії, але клінічні випробування та систематичні огляди виявили обмежені докази того, що ці методи лікування ефективно покращують результати після ПГС.

Післяопераційне осьове навантаження (ОН) концептуально поділялося на раннє ОН (зазвичай визначається як ОН через 2 тижні або протягом 2 тижнів), та пізнє ОН (мінімум через 4 тижні після ПГС). Але жодне дослідження не допускало повного ОН протягом перших 6 тижнів. Окрім того, пацієнтам могли дозволятися ранні амплітудні вправи з або без ОН.

Протягом останніх 30 років дослідження повідомляли про переваги раннього осьового навантаження (ОН). На підставі аналізу поточної літератури, раннє ОН після оперативного лікування ПГС зі стабільною фіксацією не продемонструвала різниці в результатах порівняно з відстроченими протоколами ОН. При цьому раннє ОН не призвело до значного збільшення ускладнень. Ранні рухи ГС після оперативного втручання (відкрита внутрішня фіксація) не мали суттєвих стандартизованих середніх відмінностей між діапазоном рухів та результатами іммобілізації. Однак, рання мобілізація суглоба до загоєння операційної рани могла призвести до збільшення ускладнень [зведене співвідношення шансів: 3,11, 95% довірчий інтервал: 1,64-5,90], але не продемонструвала збільшення інфекційних ускладнень. Автори цього мета-аналізу рекомендують раннє ОН (через 2 тижні після операції), якщо досягнуто стабільної фіксації ПГС. Рання мобілізація до загоєння рани не рекомендувалася через збільшення ранових ускладнень без покращення віддалених результатів.

За даними за останні 10 років найпоширенішим післяопераційним



підходом оставалося пізнє ОН. За їх даними неможливо було проаналізувати ефекти раннього ОН внаслідок різноманітності визначень щодо навантаження та відсутність деталей схем реабілітації.

Висновки мета-аналізу свідчили про потенційну роль раннього ОН у покращенні післяопераційної функції гомілковостопного суглоба в короткостроковій перспективі та скороченні загального часу, необхідного для повернення до роботи/повсякденної діяльності, але не встановили жодної довготривалої клінічної користі, пов'язаної з ранньою мобілізацією гомілковостопного суглоба після операції.

Автори, які проводили оцінку дозволеного ОН в мета-аналізі зробили висновок, що раннє захищене ОН після відкритої репозиції та внутрішньої фіксації ПГС не впливає на хірургічний розріз або загоєння перелому та пов'язане з кращими ранніми функціональними результатами через 6 тижнів, але не через 6 або 12 місяців після операції.

За результатами іншого мета-аналізу через 1 рік після операції не було виявлено істотних відмінностей у функції гомілковостопного суглоба між раннім і відстроченим ОН і мобілізацією. 12-тижневі результати продемонстрували найкращі ранні показники функції суглоба для пацієнтів, які мали раннє ОН. Пацієнти, які мали ранню мобілізацію, мали підвищений ризик післяопераційних ускладнень. При хірургічному лікуванні ПГС раннє навантаження призвело до покращення показників функції суглоба тільки у короткотривалий період.

Систематичний огляд показав плюси та мінуси раннього часткового та пізнього ОН, але докази були дуже обмеженими, оскільки його результати базувалися на непорівняльних дослідженнях. За його даними не було чітких відмінностей між раннім частковим ОН і пізнім ОН за функціональними результатами через рік після ПГС. Частота повторних операцій становила 9–31% у групі раннього ОН та 0–11% у пізнього ОН. Крім того, результати показали, що поширеність пацієнтів, які потребують додаткової операції та мають поверхневу рану інфекцію, була вищою в групах з раннім ОН.

Загалом було опубліковано більше 20 рандомізованих контрольованих



досліджень щодо раннього ОН або раннього виконання амплітудних вправ та зроблено 6 систематичних оглядів та мета-аналізів за останні 3 роки.

Висновки. Питання ефективності впровадження раннього осьового навантаження та мобілізації суглобів в сучасні програми фізичної терапії ще не має однозначного вирішення. У більшості мета-аналізів встановлено, що раннє ОН може мати потенційну роль у покращенні післяопераційної функції гомілковостопного суглоба в короткостроковій перспективі та скороченні загального часу, необхідного для повернення до роботи/повсякденної діяльності, але не встановили жодних переваг у довготривалому періоді. При цьому може бути підвищений ризик ускладнень після операції як у пацієнтів які мали раннє ОН так ранню мобілізацію. У програму фізичної терапії найчастіше входили терапевтичні вправи та ходьба. Інші втручання мали додаткове значення та мали обмежені докази щодо їх використання. Перспективи подальших досліджень. Незважаючи на те, що обсяг досліджень щодо прискорених протоколів ОН продовжує зростати, численні клінічні запитання ще залишаються, тому потрібні подальші дослідження для обґрунтованих висновків.

Радловська Юлія Віталіївна

ЛАПАРОСКОПІЧНА НЕФРЕКТОМІЯ ЯК СУЧАСНИЙ СТАНДАРТ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ ПАТОЛОГІЯХ НИРКИ

Україна, Стрий

Харківський національний медичний університет

Кафедра хірургії №4

Науковий керівник: Смоляник Костянтин Миколайович

Вступ. Нефректомія - це хірургічне видалення нирки, яке застосовується при різноманітних патологічних станах цього органу, включно зі злоякісними новоутвореннями, хронічним нефритом, гідронефрозом та іншими ураженнями, що призводять до незворотної втрати функції органу чи загрожують життю пацієнта. Серед сучасних методів нефректомії провідне місце займає