EUROPEAN OPEN SCIENCE SPACE

COLLECTION OF SCIENTIFIC PAPERS

9th International Scientific and Practical Conference

SCIENTIFIC EXPLORATION: BRIDGING THEORY AND PRACTICE

ISSUE №112

eoss-conf.com

November 2-4, 2026
Berlin, Germany



EUROPEAN OPEN SCIENCE SPACE

Proceedings of the 9th International Scientific and Practical Conference

"Scientific Exploration: Bridging Theory and Practice"

November 2-4, 2026

Berlin, Germany

Collection of Scientific Papers

Germany, 2026

UDC 01.1

Collection of Scientific Papers with the Proceedings of the 9th International Scientific and Practical Conference «Scientific Exploration: Bridging Theory and Practice» (November 2-4, 2026, Berlin, Germany). European Open Science Space. 2026.

ISBN 979-8-89704-960-8 (series)
DOI 10.70286/EOSS-02.11.2026

The conference is included in the Academic Research Index ReserchBib International catalog of scientific conferences.

The conference is registered in the database of scientific and technical events of UkrISTEI to be held on the territory of Ukraine (Certificate №566 dated 28.07.2026).

The materials of the conference are publicly available under the terms of the CC BY-NC 4.0 International license.

The materials of the collection are presented in the author's edition and printed in the original language. The authors of the published materials bear full responsibility for the authenticity of the given facts, proper names, geographical names, quotations, economic and statistical data, industry terminology, and other information.

ISBN 979-8-89704-960-8

EUROPEAN OPEN SCIENCE SPACE

© Participants of the conference, 2026
© Collection of scientific papers, 2026
© European Open Science Space, 2026

Бобровник Р.А., Андрушкевич З.М.
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МАРКЕТИНГОВИХ СТРАТЕГІЙ ПРИВАТНИХ ПЕРЕВІЗНИКІВ ВІДКРИТОГО ДОСТУПУ В ЄС У РОЗРІЗІ ТРИКУТНИКА МАРКЕТИНГУ ПОСЛУГ……. 207

Дорош-Кізим М., Бабич Л., Паньків А., Дорош М.
МАРКЕТИНГ В ЕПОХУ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО ПОШУКУ: ТРАНСФОРМАЦІЯ СПОЖИВЧОГО ВИБОРУ ТА НОВІ СТРАТЕГІЇ ПРОСУВАННЯ ТОРГОВЕЛЬНИХ МАРОК……. 211

Section: Mechanics and Electrical Engineering

Pavlenko V., Samar T.
ENERGY-EFFICIENT ELECTROMECHANICAL CONVERTERS…….. 221

Section: Medicine

Сухоносов Р.О., Скрипник В.О., Сосницька А.С., Галича М.С.
АНАТОМІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ВИБОРУ ХІРУРГІЧНОГО ВИБОРУ ДОСТУПУ ДО НИРКИ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ……. 225

Сергієнко Г.В., Чернявська І.В.
ГІПЕРПРОЛАКТИНЕМІЯ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПОТИРЕОЗОМ……. 228

Візір М.О., Мацуга Д.С.
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ СНУ З ПОРУШЕННЯМИ НІЧНОГО АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ……. 230

Попович А., Гаврилюк І.
ПРОБЛЕМА ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН СЕРЕД ПІДЛІТКІВ: ПРИЧИНИ ТА НАСЛІДКИ…….. 232

Моржецький О.В., Єсаулов М.Ю., Боголій С.М.
ВИКОРИСТАННЯ СЦЕНАРНОГО НАВЧАННЯ У ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ З ТАКТИЧНОЇ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ……... 237

Медведєв І.О., Єскін О.Р.
МРТ-ДІАГНОСТИКА ІШЕМІЧНОГО ІНФАРКТУ СПИННОГО МОЗКУ: ХАРАКТЕРНІ ВІЗУАЛІЗАЦІЙНІ ПАТЕРНИ…….. 241

Єскін О.Р., Бухмін О.О., Старіченко Є.А.
ЯКІСТЬ СНУ, РІВЕНЬ ДЕННОЇ СОНЛИВОСТІ ТА ОБІЗНАНІСТЬ ПРО ЇХНІЙ КОГНІТИВНИЙ ЕФЕКТ СЕРЕД МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ 243

Section: Medicine

АНАТОМІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ВИБОРУ ХІРУРГІЧНОГО ВИБОРУ ДОСТУПУ ДО НИРКИ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ

Сухоносов Роман Олександрович
доцент
Кафедра анатомії людини,
клінічної анатомії та оперативної хірургії
Скрипник Вікторія Олександрівна
здобувач вищої освіти 2й курс
3й медичний факультет
Сосницька Анастасія Сергіївна
здобувач вищої освіти 2й курс
3й медичний факультет
Галича Марія Сергіївна
здобувач вищої освіти 3й курс
2й медичний факультет
Харківський Національний Медичний Університет, Харків, Україна

Вступ: трансплантація нирки залишається методом вибору при термінальній стадії хронічної ниркової недостатності, а безпека донорської нефректомії безпосередньо залежить від точного розуміння хірургічної анатомії заочеревинного простору. Також необхідно враховувати топографо-анатомічну візуалізацію структур для кращого розуміння оперативного доступу. Особливу увагу приділено ролі фасції Героти як ключового анатомічного орієнтира, а також визначено межі безпечної дисекції та зони потенційного ризику. Врахування анатомічних особливостей донора та передопераційне планування для вибору цілеспрямованого хірургічного підходу допомагають максимально підвищити безпеку донора та забезпечити якість трансплантата.

Метою дослідження є визначення загальних та індивідуальних особливостей, які мають значення при виборі оперативного доступу до нирки. Включно з тим топографо-анатомічна візуалізація структур.

Матеріали та методи: дослідження з ціл'ю наочної візуалізації, було проведено на анатомажі кафедри анатомії людини та клінічної анатомії та оперативної хірургії ХНМУ. В якості додаткового методу, було проведено систематичний огляд наукової літератури за темою з використанням таких електронних баз даних, як Frontiers in Psychiatry, PubMed, ScienceDirect, ResearchGate.

Результати та обговорення: трансплантація нирки - це складна хірургічна процедура, що вимагає від хірурга чіткого розуміння анатомічної будови нирки

та ділянки, що її оточує (ниркової ямки). Жирова капсула нирки складається з двох шарів тканин із суттєво відмінними характеристиками; при цьому перинальний жировий шар безпосередньо прилягає до фіброзної капсули нирки та має щільну й тверду консистенцію. Функціонально цей шар забезпечує амортизацію та сприяє фіксації органа; через щільну структуру відокремити його від ниркової паренхіми технічно складно, оскільки під час препарування потрібне ретельне лігування дрібних кровоносних судин.

Параренальна клітковина розташована за межами фасції Героти; вона має пухку часточкову структуру та вирізняється значно меншою васкуляризацією. Заповнюючи заочеревинний простір, ця тканина забезпечує рухливість нирки в межах її фасціальної оболонки. Завдяки пухкій консистенції цей шар клітковини слугує основною зоною для інструментальної та балонної дисекції під час ретроперитонеоскопічних операцій, оскільки він легко розшаровується, дозволяючи створити необхідний робочий простір.

Фасція Героти (ниркова фасція) - це не просто щільний мішок, а динамічна тривимірна структура зі сполучної тканини, що визначає хірургічну анатомію цієї ділянки. Її морфологія має таку ключову особливість: задній листок є добре розвиненим і міцним; він щільно прикріплений до фасції, що вкриває великий поперековий м'яз, і завдяки цьому з'єднується з поперечними відростками поперекових хребців. Передній листок (преренальний листок) тонкий, але щільний; він поширюється в бік протилежної сторони, утворюючи фасціальну перегородку в заочеревинному просторі. Латерально обидва фасціальні листки зливаються, окреслюючи бічний край фасціальної оболонки. Медіально передній листок доходить до судинної ніжки, тоді як задній листок зростається з фасцією, що оточує хребетний стовп. Краніально обидва листки змикаються над надниркoвою залозою, утворюючи таким чином окремий простір для цієї залози. У каудальному напрямку ці листки зазвичай залишаються відкритими, утворюючи конус; це визначає фізіологічну рухливість нирки та потенційні шляхи каудального поширення рідин (крові, сечі). Морфологічна будова фасціальних шарів визначає межі безпечного розшарування та зони потенційного ризику.

Для оголення правої нирки зазвичай потрібна обережна мобілізація дванадцятипалої кишки та печінкового вигину ободової кишки. Хоча відносно слабкі медіальні фіксації полегшують мобілізацію судинної ніжки, через близькість нижньої порожнистої вени критично важливим є ретельний гемостаз. Оголення лівої нирки вимагає мобілізації селезінкового вигину ободової кишки та прецизійної дисекції в ділянці верхнього полюса нирки. Попри те, що значна довжина ниркової вени надає певні переваги, щільна фасція та зрощення з підшлунковою залозою вимагають обережної дисекції під час роботи з надниркoвою та гонадною венами, що перетинають ниркову вену.

Ретроперитонеоскопічні методи базуються на хірургічному доступі, що забезпечує прямий вихід до заочеревинного простору. Такий підхід має низку анатомічних і технічних переваг: він дозволяє безпосередньо візуалізувати нирку без проникнення в черевну порожнину, завдяки чому відпадає потреба в

маніпуляціях із кишечником, селезінкою (під час операцій зліва) чи печінкою (під час операцій справа) або їх зміщенні. Як наслідок, це знижує ризик ятрогенного пошкодження зазначених органів і мінімізує ймовірність виникнення післяопераційної кишкової непрохідності.

Ключовою перевагою є можливість раннього виділення судинної ніжки: при використанні заднього доступу хірург насамперед стикається із судинними структурами, розташованими позаду ниркової миски (а саме нирковою артерією та нирковою веною), а не з самою ниркою. Це полегшує ранню ідентифікацію та надійний контроль над цими судинами, що має особливе значення за наявності множинних ниркових артерій - поширеного анатомічного варіанта.

До інших орієнтирів належать такі природні анатомічні структури, як хребет і клубово-поперековий м'яз, що сприяють точному орієнтуванню в заочеревинному просторі та допомагають ідентифікувати сечовід і кровоносні судини.

Наприклад, якщо порівнювати з трансперитонеальним доступом, ретроперитонеальний лапароскопічний доступ має низку переваг. Оскільки немає потреби в маніпуляціях із внутрішньочеревними органами, пацієнти відчувають менший біль, а функція кишечника відновлюється швидше, що відповідно, скорочує тривалість перебування донора в стаціонарі. Застосування прямого доступу мінімізує ризик пошкодження петель тонкої та товстої кишок і знижує ймовірність розвитку віддаленої спайкової хвороби, оскільки зберігається цілісність очеревини.

Попри численні переваги, заочеревинний доступ (ретроперитонеоскопічний доступ) має певні обмеження й технічні складнощі. Головним недоліком є обмежений робочий простір: заочеревинний простір спочатку являє собою радше потенційну, ніж реальну порожнину, тому його необхідно формувати штучно - шляхом балонної дилатації або тупого розшарування тканин пальцем; ці процедури вимагають відповідних хірургічних навичок і досвіду. Просторова орієнтація також створює додаткові труднощі: фахівцям, звичним до трансабдомінального доступу, може бути складно орієнтуватися в заочеревинному просторі через відсутність звичних анатомічних орієнтирів і зміну кутів огляду.

Оперативне втручання на правій нирці пов'язане з певними складнощами: мобілізація верхнього полюса вимагає надзвичайної обережності, оскільки дванадцятипала кишка та нижня порожниста вена розташовані в безпосередній близькості й існує ризик їх пошкодження. Крім того, такий хірургічний підхід потребує високоточних маніпуляцій інструментами в обмеженому просторі, а будь-яке випадкове пошкодження очеревини ще більше звузило б огляд операційного поля.

Ретроперитонеоскопічна нефректомія для трансплантації мінімізує хірургічну травму, дозволяє уникнути ускладнень, пов'язаних із проникненням у черевну порожнину, та забезпечує ранній контроль ниркової судинної ніжки . Попри технічні складнощі, її переваги - такі як швидке післяопераційне відновлення донора та низька частота специфічних ускладнень - роблять цей

метод високоефективною альтернативою традиційній лапароскопічній операції в програмах трансплантації нирки від живого донора.

Список використаних джерел

1. Harasyko C. Kidney transplantation. Nurs Clin North Am. 1989 Dec;24(4):851-63.
2. Levassort H, Essig M. Le rein, son anatomie et ses grandes fonctions [The kidney, its anatomy and main functions]. Soins Gerontol. 2024 Jan-Feb;29(165):10-20. French. doi: 10.1016/j.sger.2023.12.003. Epub 2024 Jan 18.
3. Kumar R, Hemal AK. Retroperitoneal renal laparoscopy. Int Urol Nephrol. 2012 Feb;44(1):81-9. doi: 10.1007/s11255-010-9882-9. Epub 2010 Dec 17.
4. Eden CG. Operative retroperitoneoscopy. Br J Urol. 1995 Jul;76(1):125-30. doi: 10.1111/j.1464-410x.1995.tb07845.x. PMID: 7648044.

ГІПЕРПРОЛАКТИНЕМІЯ У ПАЦІЄНТІВ З ГІПОТИРЕОЗОМ

Сергієнко Ганна Валеріївна
здобувач вищої освіти 5 курс 32 група
3 медичний факультет
Чернявська Ірина Вікторівна
к. мед. н., доцент
Кафедра ендокринології та дитячої ендокринології
Харківський національний медичний університет, Україна

Вступ. Гіперпролактинемія – нейроендокринний розлад, що суттєво впливає на репродуктивне здоров’я та якість життя пацієнтів, проте її походження не завжди пов'язане з первинною патологією гіпофіза. У клінічній практиці особливе місце посідає вторинна гіперпролактинемія, зумовлена гіпотиреозом, де через механізм негативного зворотного зв’язку підвищення рівня тиреотропін-рилізинг гормону стимулює не лише секрецію ТТГ, а й надмірний викид пролактину лактотрофами. Неправильна інтерпретація цього зв’язку нерідко призводить до діагностичних помилок, зокрема до хибної ідентифікації реактивної гіперплазії гіпофіза як аденоми, що тягне за собою призначення необґрунтованої терапії агоністами дофаміну або навіть хірургічного втручання. Розуміння кореляції між рівнями ТТГ та пролактину є критично важливим для диференційної діагностики, оскільки адекватна замісна терапія левотироксином у переважній більшості випадків забезпечує повний регрес ендокринних та морфологічних порушень.

Мета: на основі аналізу сучасних клінічних досліджень та оглядів вивчити патогенетичний зв’язок між гіпотиреозом і гіперпролактинемією, обґрунтувати важливість оцінки тиреоїдного статусу для диференційної діагностики та визначити ефективність замісної терапії левотироксином у нормалізації рівня пролактину.