МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

КООРДИНАЦІЙНА РАДА З НАУКОВОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ, АСПІРАНТІВ, ДОКТОРАНТІВ І МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
СТУДЕНТСЬКА РАДА

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ

86 ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ - 2026»

14-15 травня 2026 року



ЗАПОРІЖЖЯ – 2026

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА РЕЗЕКТАБЕЛЬНОСТІ ХОЛАНГІОКАРЦИНОМИ ВОРІТ ПЕЧІНКИ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ІНФОРМАТИВНОСТІ СИСТЕМ BLUMGART, BISTMUSH-CORLETTE ТА TNM ЗА ДАНИМИ ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ. ... 193
Атаходжаєва Валерія М.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ВАКУУМНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ПЕРФОРАЦІЇ СТРАВОХОДУ ... 194
А.К. Гамідова, О.С. Мельник, Ю.О. Кищук

ЗАСТОСУВАННЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ВАКУУМНОЇ ТЕРАПІЇ (ENDOVAC) У ХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ ... 195
Франко О. М., Шульгай С. Т.

МІНІМАЛЬНО ІНВАЗИВНИЙ ОСТЕОСИНТЕЗ (TEN) ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДОВГИХ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ... 196
Тітов О.С., Процик Ю.Ю., Покотило О.С.

УСКЛАДНЕНИЙ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНИЙ КОЛІТ: КЛІНІЧНІ РИЗИКИ ТА ПРОГНОСТИЧНІ АСПЕКТИ ... 197
Гаманіна А. О.

ЧИ Є РОБОТИЗОВАНА ХІРУРГІЯ НОВИМ СТАНДАРТОМ ПРИ ГОСТРОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ? ПОРІВНЯННЯ З ЛАПАРОСКОПІЧНОЮ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЄЮ ... 198
Шевчук В.ОКовальчук., К.В.,.Сульжик В.М.

ІНТРАОПЕРАЦІЙНІ ЕТАПИ ПРИ КРУГОВІЙ АБДОМІНОПЛАСТИЦІ 360^0. ... 199
Кемкін В.В.

НЕОБХІДНІСТЬ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ДІДЖИТАЛІЗОВАНОЇ ПЛАНІМЕТРІЇ НА ОСНОВІ ЦИФРОВИХ ФОТОГРАФІЙ ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ В РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКІЙ ВІЙНІ ... 200
Гонжак Б.І., Кербаж Н.Р.

РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНА ПЕРФОРАЦІЯ АДЕНОКАРЦИНОМИ ПЕЧІНКОВОГО КУТА ТОВСТОЇ КИШКИ, ЯК ПРИЧИНА ПІДШКІРНОЇ ЕМФІЗЕМИ ТА АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ ... 201
Приймак Д.В.

ТОТАЛЬНЕ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА ПРИ КОКСАРТРОЗІ ІІІ СТ.: ВІД ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОГО ПЛАНУВАННЯ ДО РАННЬОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ... 203
Литвин С.Ю., Литовченко А.С.

ВІД FAST ДО E-FAST: РОЗШИРЕННЯ МОЖЛИВОСТЕЙ УЛЬТРАСОНОГРАФІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ПНЕВМОТОРАКСУ ТА ГЕМОТОРАКСУ ... 204
Рогульська Є.І.

КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ РАННІХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ ВІДДІЛЕННЯ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ... 204
Подопригора М. Ю., Ткачук В. Р.

АЛГОРИТМИ ДОГОСПІТАЛЬНОГО ВЕДЕННЯ ПРИ СПОНТАННОМУ ВІДНОВЛЕННІ КРОВООБІГУ ПІСЛЯ ПРИПИНЕННЯ 205

СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВОЇ РЕАНІМАЦІЇ ... 205
Онуфрійчук Д.О.

МОНОАНАСТОМОЗНЕ ШУНТУВАННЯ ШЛУНКА: РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ ... 206
Атаходжаєва Владислава М.

ІМУННА ТОЛЕРАНТНІСТЬ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ: НОВІ СТРАТЕГІЇ ІНДУКЦІЇ ТОЛЕРАНТНОСТІ ЗА ДОПОМОГОЮ РЕГУЛЯТОРНИХ Т-КЛІТИН (TREG) ТА ТОЛЕРОГЕННИХ ДЕНДРИТНИХ КЛІТИН ... 207
Герасименко М.С.

ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ТРАНСКАТЕТЕРНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ ТА ХІРУРГІЧНОЇ ЗАМІНИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У ПАЦІЄНТІВ З АОРТАЛЬНИМ СТЕНОЗОМ ... 208
Мельник Т.С.

ЗАСТОСУВАННЯ ЖИРОВИХ ЕМУЛЬСІЙ ЯК МЕТОД ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ КРИТИЧНИХ ПЕРЕДОЗУВАННЯХ АНТИДЕПРЕСАНТАМИ ... 209
Онуфрійчук Д.О., Магас К.А.

або перехід асистолії в організований ритм свідчить про спонтанне відновлення кровообігу. У таких випадках пацієнта варто перевести у постреанімаційний режим, забезпечити вентиляцію та оксигенацію, моніторинг життєвих функцій, запобігти ускладненням та готувати до транспортування у відділення інтенсивної терапії. Документування всіх дій є обов'язковим, а остаточна констатація смерті проводиться лише після завершення контрольного інтервалу за відсутності ознак перфузії.

Висновки. Впровадження десятихвилинного спостереження та моніторингу після припинення реанімації дозволяє своєчасно виявити спонтанне відновлення кровообігу, стабілізувати пацієнта, запобігти ускладненням і забезпечити точність констатації смерті та юридичний захист медичного персоналу.

МОНОАНАСТОМОЗНЕ ШУНТУВАННЯ ШЛУНКА: РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ

Атаходжаєва Владислава М.
Науковий керівник: доктор медичних наук, професор Клименко А.В.
Кафедра факультетської хірургії і онкології
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Вступ: Ожиріння та пов'язані з ним метаболічні порушення є однією з найпоширеніших медико-соціальних проблем сучасності. У розвинених країнах надмірна маса тіла спостерігається приблизно у 25% підлітків, а ожиріння – у близько 15%. Серед дорослого населення його частота становить 20-30% у чоловіків і 30-40% у жінок. Даний стан суттєво підвищує ризик розвитку Цукровий діабет 2 типу, серцево-судинних захворювань та інших метаболічних ускладнень, що зумовлює необхідність пошуку ефективних методів лікування. Одним із сучасних напрямів є баріатрична хірургія. Моноанастомозне шунтування шлунка є сучасним хірургічним методом, який поєднує рестриктивний і мальабсорбтивний механізми дії, забезпечуючи значне зниження маси тіла та відносно сприятливий профіль післяопераційних ускладнень.

Мета дослідження: Оцінити ефективність та безпеку моноанастомозного шунтування шлунка у лікуванні морбідного ожиріння та супутніх метаболічних захворювань, зокрема цукрового діабету 2 типу, а також вивчити особливості післяопераційного періоду та можливі ускладнення.

Матеріали та методи

У дослідження включали 52 пацієнтів із морбідним ожирінням (ІМТ ≥40 кг/м² або ≥35 кг/м² за наявності супутньої патології) та метаболічними порушеннями, яким було виконано моноанастомозне шунтування шлунка. Передопераційно проводили оцінку операційного ризику, психологічної готовності та виключення протипоказань. Моноанастомозне шунтування шлунка виконували шляхом формування вузького тубулярного шлунка з гастроєюноанастомозом на відстані 150–200 см від зв'язки Трейтца, лапароскопічним або відкритим доступом. Післяопераційний період включав ранній етап (24–72 години) з моніторингом життєвих функцій і профілактикою ускладнень та пізній етап із поступовим розширенням дієти й контролем нутритивного статусу.

Отримані результати

- Зниження маси тіла: ІМТ зменшувався на 25-35% протягом першого року; 70-80% пацієнтів досягали цільової маси тіла, а через 2-3 роки вага стабілізувалася.
- Покращення метаболічних показників: 60-70% пацієнтів досягали ремісії цукрового діабету 2 типу протягом 6-12 місяців; спостерігалося зниження артеріального тиску, покращення ліпідного профілю та зменшення проявів метаболічного синдрому.
- Довгострокова ефективність: Через 3-5 років більшість пацієнтів зберігала стабільну вагу та покращені метаболічні показники.
- Ускладнення: Жовчний рефлюкс-гастрит (4,16%), крайові виразки (1,56%), білково-калорійна недостатність, дефіцит вітамінів і мінералів, внутрішні грижі, демпінг-синдром та зміни смаку.

Висновки: Моноанастомозне шунтування шлунка є ефективним і відносно безпечним методом баріатричної хірургії для лікування морбідного ожиріння та супутніх метаболічних захворювань. Операція забезпечує значне зниження маси тіла та покращення метаболічних показників, має технічну простоту та менший ризик ускладнень порівняно з двоанастомозними шунтуваннями. Ретельне післяопераційне спостереження та контроль харчування і лабораторних показників є необхідними для профілактики та своєчасного коригування можливих ускладнень.

ІМУННА ТОЛЕРАНТНІСТЬ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ: НОВІ СТРАТЕГІЇ ІНДУКЦІЇ ТОЛЕРАНТНОСТІ ЗА ДОПОМОГОЮ РЕГУЛЯТОРНИХ Т-КЛІТИН (TREG) ТА ТОЛЕРОГЕННИХ ДЕНДРИТНИХ КЛІТИН

Герасименко М.С.
Науковий керівник: к.мед.н., доц. Корицька І.В.
Кафедра фтизіатрії з курсом клінічної імунології та алергології
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Мета: Комплексна оцінка сучасних стратегій індукції імунної толерантності при трансплантації солідних органів, зокрема аналіз ефективності та профілю безпеки клітинних підходів на основі регуляторних Т-лімфоцитів і толерогенних дендритних клітин, а також оцінка їх потенціалу щодо мінімізації довічної імуносупресивної терапії та запобігання відторгненню трансплантата.

Матеріали та методи: Проведено систематичний огляд 20 наукових статей і клінічних настанов 2019–2026 років, отриманих із баз даних PubMed, PMC і Google Scholar. Пошук здійснювався за ключовими словами: *«immune tolerance organ transplantation»*, *«regulatory T cells Treg transplantation»*, *«tolerogenic dendritic cells TolDC»*, *«regulatory cell therapy solid organ transplant»*.

Результати: Хронічне відторгнення трансплантата та органотоксичність тривалої імуносупресивної терапії залишаються провідними причинами втрати функції трансплантата і смертності реципієнтів, що визначає досягнення стійкої імунної толерантності як центральну проблему трансплантології.

Регуляторні Т-лімфоцити з імунофенотипом $CD4^+CD25^+FoxP3^+$ та толерогенні дендритні клітини є центральними клітинними медіаторами периферичної імунної толерантності. Толерогенні дендритні клітини отримують шляхом диференціації моноцитів реципієнта в присутності імуномодулюючих агентів; вони пригнічують активацію ефекторних Т-лімфоцитів, індукують клональну анергію та сприяють експансії регуляторних Т-лімфоцитів. Терапевтичні форми останніх включають поліклональні, донор-специфічні та CAR-Treg варіанти. Взаємодія цих двох клітинних популяцій реалізується за принципом позитивного зворотного зв'язку, забезпечуючи взаємну фенотипову стабільність.

Клінічні випробування програми ONE Study підтвердили безпечність клітинної терапії та зниження потреби в імуносупресії без підвищення ризику відторгнення. Основними факторами ризику є запалення під час трансплантації, сенсибілізація реципієнта та нестабільність регуляторних Т-лімфоцитів у прозапальному середовищі**.**

Висновки: Клітинні стратегії на основі регуляторних Т-лімфоцитів і толерогенних дендритних клітин є науково обґрунтованим і клінічно перспективним підходом, що відкриває можливість досягнення антиген-специфічної толерантності та поступового скорочення довічної імуносупресії. Пріоритетними напрямами подальших досліджень є з'ясування молекулярних механізмів взаємодії регуляторних Т-лімфоцитів і толерогенних дендритних клітин, вдосконалення CAR-Treg платформ та оцінка впливу мікробіому на формування стійкої толерантності, що в сукупності визначає шлях від експериментальних протоколів до рутинної клінічної практики.