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

ТРАВМАТОЛОГІЯ, ОРТОПЕДІЯ ТА СПОРТИВНА ТРАВМА 230
РОЛЬ ДЕФІЦИТУ ВІТАМІНУ D У ПЕРЕБІГУ МІННО-ВИБУХОВИХ УШКОДЖЕНЬ КІНЦІВОК: КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНИЙ АНАЛІЗ (2022–2024 РР.) 230
Кривоніс Є.С.
CLINICAL AND BIOMECHANICAL EFFICIENCY OF A CONTROLLABLE THREE-POINT ORTHOSIS IN THE CONSERVATIVE TREATMENT OF HUMERUS FRACTURES 230
Mathivanan a., biswas m., joshi r.k.
ФУНКЦІОНАЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ SVF І КОМБІНОВАНОЇ SVF/PRP-ТЕРАПІЇ ПРИ ОПЕРАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ УПОВІЛЬНЕНОЇ КОНСОЛІДАЦІЇ ТА НЕЗРОЩЕННЯ ПЕРЕЛОМІВ ДОВГИХ КІСТОК 231
Масленніков С.О.
НОРМАЛЬНА І ПАТОЛОГІЧНА ФІЗІОЛОГІЯ 233
СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ЩОДО ТЕРАПЕВТИЧНИХ ЕФЕКТІВ ПОЛІДЕЗОКСИРИБОНУКЛЕОТИДІВ В РЕГЕНЕРАТИВНІЙ МЕДИЦИНІ 233
Купріянець А.В.
ДОФАМІНОВА ЗАЛЕЖНІСТЬ 234
Підгорна В.С.
ПАТОФІЗІОЛОГІЯ МІКРОПЛАСТИК-АСОЦІЙОВАНОГО ХРОНІЧНОГО ЗАПАЛЕННЯ 235
Гулей А.А.
РОЛЬ КИШКОВОЇ МІКРОБІОТИ У РОЗВИТКУ СИСТЕМНОГО ЗАПАЛЕННЯ 236
Левенко М.О.
МОРФОМЕТРИЧНА ОЦІНКА РЕМОДЕЛЮВАННЯ МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ ЦУКРОВМУ ДІАБЕТІ 1 ТИПА 237
Голумбовська В.В.
ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСНОВИ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН 237
Коваль Д.А.
НЕЙРОПЛАСТИЧНІСТЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЯК ФІЗІОЛОГІЧНА ОСНОВА ВІДНОВЛЕННЯ РУХОВИХ ФУНКЦІЙ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ 238
Семеніхіна Є.В.
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК НИЗЬКОДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ АДЕНОКАРЦИНОМИ НИЗХІДНОЇ ОБОДОВОЇ КИШКИ СТАДІЇ T4AN0M0 239
Юркова Ю.О.
НОВИЙ ПІДХІД ДО РЕГЕНЕРАЦІЇ СПИННОГО МОЗКУ: ВІДНОВЛЕННЯ ПРОВІДНИКОВОЇ ФУНКЦІЇ ЗА РАХУНОК СИСТЕМ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ НЕЙРОМОДУЛЯЦІЇ 240
Салейчук А.А., Руденко М.В.
НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ СПРИЙНЯТТЯ ПРИВАБЛИВОСТІ ОБЛИЧЧЯ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНИХ СТЕРЕОТИПІВ 241
Ковальчук М.В., Маслова А.В.
СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО МЕХАНІЗМИ СНУ ТА ЇХ ВЛИВИ НА НЕЙРОПЛАСТИЧНІСТЬ МОЗКУ .. 242
Ткаченко І.С.
ФІЗІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ СТАРІННЯ ОРГАНІЗМУ 243
Ткаченко І.
АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ: МЕТОДИ СУЧАСНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ 244
Москаленко В.
АНАФІЛАКТИЧНИЙ ШОК: ПАТОФІЗІОЛОГІЯ, ТРИГЕРИ ТА МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ШОКУ 245
Халанська І.В.
ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ПРОГРЕСУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ НИРОК ТА ЇХ КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ 245
Мотуз К.І., Рагімова Ж.С.
РОЛЬ ГЛІМФАТИЧНОЇ СИСТЕМИ У ПАТОГЕНЕЗІ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА 246
Осмоловська К.О., Пустякова О.О.
ЕНЕРГЕТИЧНІ НАПОЇ: КОРИСТЬ І ПОТЕНЦІЙНІ РИЗИКИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я 247
Модринська К.О., Сорока Є.Р.

Materials and methods. A comparative analysis included 27 patients with humeral fractures (AO types A, B, C). Patients were divided into two groups: Group 1 (n=13) received standard plaster cast immobilization; Group 2 (n=14) was treated using a patented orthosis consisting of lateral and medial elastic plates with three adjustable compression points fixed with Velcro, enabling targeted correction of angular displacement. Functional outcomes were assessed using the Mayo Elbow Performance Score (MEPS). Statistical analysis was performed using an independent samples t-test.

Results. Patients treated with the orthosis demonstrated significantly better functional outcomes, with a mean MEPS of 87.4 ± 3.92, compared to 74.0 ± 5.49 in the cast group ($p < 0.0001$). The orthosis enabled formation of a targeted compression triangle, allowing individualized correction of fracture displacement. Clinical observations showed a reduction in complications such as trophic disorders and neurovascular compression.

Conclusions. The controllable three-point orthosis provides adequate stabilization of the humerus while preserving joint mobility. Its adjustable compression system allows real-time correction of fragment alignment and reduces complication rates, making it a superior alternative to traditional plaster immobilization.

ФУНКЦІОНАЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ SVF І КОМБІНОВАНОЇ SVF/PRP-ТЕРАПІЇ ПРИ ОПЕРАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ УПОВІЛЬНЕНОЇ КОНСОЛІДАЦІЇ ТА НЕЗРОЩЕННЯ ПЕРЕЛОМІВ ДОВГИХ КІСТОК

Масленніков С.О.
Науковий керівник: д.мед.н., проф. Головаха М.Л.
Кафедра травматології та ортопедії
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет

Мета дослідження: оцінити та порівняти вплив регенераторних методів лікування переломів в стадії сповільненої консолідації та незрощення на динаміку функціонального відновлення ушкодженної верхньої та нижньої кінцівок.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на базі спеціалізованого травматолого-ортопедичного відділення у період 2021-2025 років. 42 пацієнти з рентгенологічно підтвердженими уповільненою консолідацією або незрощенням переломів довгих кісток розподілили на три групи: Група 1 (SVF, n = 15) – локальне введення стромально-васкулярної фракції (SVF), отриманої з аутологічної жирової тканини; Група 2 (SVF/PRP, n = 13) – введення SVF з подальшим дворазовим локальним введенням аутологічної плазми, збагаченої тромбоцитами (PRP), з інтервалом 2 тижні; Група 3 (контрольна, n = 14) – стандартне оперативне лікування (заміна фіксатора, кісткова аутопластика) без регенераторної терапії. Розподіл проводили послідовно відповідно до порядку звернення з дотриманням принципів етики та інформованої згоди. Усі пацієнти підписали письмову інформовану згоду. Критерії включення: рентгенологічно підтверджена уповільнена консолідація (3-6 місяців) або незрощення перелому (>9 місяців), вік 18–75 років, стабільний загальний стан. Критерії виключення (абсолютні): активна інфекція в зоні перелому, онкологічні захворювання (включаючи анамнез останніх 5 років), вагітність/лактація, тяжка декомпенсація соматичних захворювань, позитивна серологія на ВІЛ/гепатити, значні порушення згортання крові. Відносні протипоказання оцінювали індивідуально. Оперативне втручання з регенераторними технологіями виконували планово. Забір жирової тканини (20-30 мл) проводили методом тумесцентної ліпосакції. SVF виділяли механічним неферментативним способом. Пелет SVF ресуспендували в 4-5 мл аутологічної PRP. Введення SVF здійснювали мінімально інвазивно під рентгеноскопічним контролем після нідлінгу зони перелому. У групі SVF/PRP додаткові введення PRP виконували на 2-му та 4-му тижні. Ефективність лікування оцінювали через 2 місяці після втручання (основна кінцева точка) за допомогою шкал LEFS і UEFS залежно від локалізації ураження. Аналізували динаміку показників (Δ) відносно вихідного рівня (до операції).

Отримані результати. У всіх трьох когортах зміни за шкалою LEFS виявились статистично значущими (тест Вілкоксона: p = 0,008 у групі SVF, p = 0,004 у групі SVF/PRP та p = 0,020 у контрольній). Величина ефекту відповідала середньому рівню (r = 0,48–0,62). Міжгрупове порівняння динаміки ΔLEFS продемонструвало статистично значущі відмінності (p = 0,037). Пост-хок аналіз (Манна-Уітні з корекцією Бонферроні) виявив перевагу комбінованої терапії SVF/PRP над ізольованим введенням SVF (p_adj = 0,042). Порівняння обох експериментальних груп з контрольною статистично значущим не було (p_adj = 0,30). Бутстреповані 95 % довірчі інтервали перетинались між групою SVF та контрольною, тоді як у групі SVF/PRP рівень покращення залишався стабільно вищим. Середнє зростання ΔLEFS становило 5,50 ± 4,48 бала (медіана 3,5) у групі SVF, 11,67 ± 4,53 бала (медіана 12,0) у групі SVF/PRP та 7,11 ± 6,41 бала (медіана 8,0) у контрольній. При аналізі шкали UEFS враховували її реверсний характер. Зважаючи на невеликий обсяг підгруп (4–5 пацієнтів), інтерпретацію проводили з обережністю. У всіх когортах спостерігалась тенденція до зменшення дисфункції (тест Вілкоксона: p = 0,063 у групах SVF та контрольній, p = 0,125 у групі SVF/PRP; r = 0,35-0,45). Міжгрупових відмінностей динаміки ΔUEFS не виявлено (p = 0,305). Середнє зменшення дисфункції склало –8,2 ± 1,64 бала (медіана – 8,0) у групі SVF, –7,0 ± 3,74 бала (медіана – 6,5) у групі SVF/PRP та –10,0 ± 4,36 бала (медіана – 11,0) у контрольній. Сенситивний аналіз не вплинув на висновки. При об’єднаному аналізі біологічної стимуляції (n = 19) порівняно зі стандартним лікуванням (n = 9) статистично значущих відмінностей за LEFS (p = 0,657) не встановлено.

Висновки. У результаті проведеного дослідження встановлено, що застосування регенеративних технологій на основі стромально-васкулярної фракції супроводжується статистично значущим покращенням функціонального статусу нижньої кінцівки в усіх досліджуваних когортах. Комбіноване використання SVF та PRP продемонструвало статистично значущу перевагу над ізольованим введенням SVF за шкалою LEFS. Позитивна динаміка функціонального відновлення верхньої кінцівки спостерігалася в усіх групах, проте статистично значущих міжгрупових відмінностей не виявлено. При об’єднаному аналізі біологічна стимуляція не забезпечувала статистично значущої переваги над стандартним оперативним лікуванням за показниками LEFS та UEFS. Отримані дані свідчать, що комбінована регенераторна терапія SVF/PRP дає найкращі інтегральні результати щодо відновлення функції кінцівок. Результати підтверджують перспективність комбінованого застосування SVF та PRP як ад’ювантної стратегії для оптимізації функціонального відновлення після оперативних втручань на кістках.