

КЛІНІЧНА
ФАРМАКОЛОГІЯ ЯК
НЕВІД'ЄМНЕ
ДОСЯГНЕННЯ
ПОЗИТИВНОГО
РЕЗУЛЬТАТУ РОБОТИ
ЛІКАРЯ ТА ФАРМАЦЕВТА

Матеріали XIII Всеукраїнської
науково-практичної конференції з міжнародною
участю



Вінниця 2025



Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
Кафедра клінічної фармації та клінічної фармакології
Кафедра фармакології
Українська асоціація клінічної фармакології та фармакотерапії

**«КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ ЯК
НЕВІД'ЄМНЕ ДОСЯГНЕННЯ
ПОЗИТИВНОГО РЕЗУЛЬТАТУ
РОБОТИ ЛІКАРЯ ТА
ФАРМАЦЕВТА»**

**присвячену пам'яті д.мед.н., почесної
професорки ВНМУ Ольги
Олександрівни Яковлевої**

***"CLINICAL PHARMACOLOGY AS AN
INTEGRAL FACTOR IN ACHIEVING
POSITIVE OUTCOMES IN MEDICAL AND
PHARMACEUTICAL PRACTICE."***

Матеріали XIII Всеукраїнської науково-
практичної конференції з міжнародною участю

XIII All-Ukrainian Scientific and Practical Conference
with International Participation

Офіційний провайдер БПР на платформі
DOCTORTHINKING.ORG – ГО «Українська Асоціація
Клінічної Фармакології та Фармакотерапії»

Вінниця

13–14 листопада 2025 р.

Vinnitsia

13–14 November, 2025

Редакційна колегія:

д. мед.н. С.І. Семененко

д.мед.н. К.В. Півторак

КЛІНІЧНА ФАРМАКОЛОГІЯ ЯК НЕВІД'ЄМНЕ ДОСЯГНЕННЯ ПОЗИТИВНОГО РЕЗУЛЬТАТУ РОБОТИ ЛІКАРЯ ТА ФАРМАЦЕВТА» присвячену пам'яті д.мед.н., почесної професорки ВНМУ Ольги Олександрівни Яковлевої / Матеріали XIII Всеукраїнської науково-практичної конференції за участю міжнародних спеціалістів з клінічної фармакології та фармакології, 13–14 листопада 2025 року. – Вінниця, ТОВ «Твори» – 133 с.

Матеріали конференції присвячено сучасним проблемам в Україні з актуальних питань клінічної та експериментальної фармакології, відповідно світовим стандартам. Серед представлених текстів значна частина публікацій присвячена протоколам та світовим рекомендаціям; вони повинні бути орієнтирами для впровадження з точки зору відповідностей індивідуальним особливостям пацієнтів. Наукові розробки вітчизняних учених спрямовані на створення перспективних для клінічних випробувань активних речовин з фармакодинамічними ефектами. Узагальнено досвід клінічних спостережень при фармакотерапії найбільш розповсюджених та соціально значущих захворювань (в кардіології, пульмонології, ревматології, гастроентерології, онкогематології, геріатрії тощо), з акцентом на визначення фармакодинаміки лікарських засобів, уточнення молекулярних механізмів їхньої дії, оцінки ефективності та безпеки, особливих умов взаємодії ліків, на тлі оптимальної комплексної фармакотерапії.

© Вінницький національний медичний університет
ім. М. І. Пирогова, 2025

БОЛЬОВОЇ ЧУТЛИВОСТІ

<i>Ткач Є.П.</i>	НОВІ ПРЕПАРАТИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЙ, СПРИЧИНЕНИХ ГРАМНЕГАТИВНИМИ МІКРООРГАНІЗМАМИ З МНОЖИННОЮ РЕЗИСТЕНТНІСТЮ	80
<i>Ткач Є.П., Ткач Р.А.</i>	ДО ПИТАННЯ МЕХАНІЗМІВ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ <i>K.PNEUMONIAE</i>	83
<i>Трефаненко І. В., Королик Т. О.</i>	КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕКА КОМБІНОВАНОГО ІНТРАНАЗАЛЬНОГО ПРЕПАРАТУ <i>RYALTRIS</i> ПРИ АЛЕРГІЧНОМУ РИНИТІ	85
<i>Фуркал Р.О. Шупер В. О.</i>	ДРОНЕДАРОН — НОВЕ ПОКОЛІННЯ АНТИАРИТМІЧНИХ ЗАСОБІВ: ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ З АМІОДАРОНОМ, ЯК БЕЗПЕЧНА АЛЬТЕРНАТИВА	86
<i>Філонова А.О., Андрушко А.О.</i>	ПОБІЧНІ ДІЇ ВИКОРИСТАННЯ МЕТФОРМІНУ ТА ОЗЕМПКУ (СЕМАГЛУТИДУ) З МЕТОЮ СХУДНЕННЯ	88
<i>Хайтович М.В., Рафальський В.Ю.</i>	ЗМЕНШЕННЯ КІЛЬКОСТІ ДНІВ ВИКОРИСТАННЯ АНТИБІОТИКІВ У ДІТЕЙ З НЕГОСПІТАЛЬНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ ЯК РЕЗУЛЬТАТ ВПРОВАДЖЕННЯ АДМІНІСТРУВАННЯ АНТИМІКРОБНИХ ПРЕПАРАТІВ	89
<i>Шемонаєва К.Ф., Рожковський Я.В., Антоненко П.Б., Кирилюк А.О., Стречень С.Б.</i>	ТОКСИКОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ НОВИХ БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН - ТАРТРАТОГЕРМАНАТІВ ЛІТІУ ТА МАГНІЮ	90
<i>Цивунін В.В., Штриголь С.Ю.</i>	НЕОЧЕВИДНІ КОРЕКТОРИ НАТРІЄВИХ СТРУМІВ НЕЙРОНАЛЬНИХ МЕМБРАН ЯК ПЕРСПЕКТИВНІ АД'ЮВАНТИ У ЛІКУВАННІ ПОЛІФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЇ ЕПІЛЕПСІЇ	91
<i>Шкрібтієнко В.М., Таран І.В., Ткачук В.В.</i>	ВПЛИВ ГІДРОГЕН СУЛЬФІДУ НА РОЗВИТОК БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ЗА УМОВИ ДІАБЕТИЧНОЇ НЕЙРОПАТІЇ У ЩУРІВ	92
<i>Штриголь С.Ю.</i>	ГІПЕРНАТРІЄВИЙ РАЦІОН ТА ЗАМІННИКИ КУХОННОЇ СОЛІ: ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я ТА ДІЮ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	94
<i>Штробля В.В.</i>	КАРБОКСИТЕРАПІЯ ЯК ПОТЕНЦІЙНИЙ АД'ЮВАНТНИЙ ПІДХІД У ФАРМАКОЛОГІЧНІЙ КОРЕКЦІЇ ОСТЕОАРТРИТУ	96
<i>Щербенюк Н.В., Півторак К.В.</i>	ПІДХОДИ ДО ВЕДЕННЯ ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ ХВОРИХ З ГІПЕРГЛІКЕМІЄЮ В КРИТИЧНОМУ СТАНІ	98
<i>Юрченко П.О., Качула С.О.</i>	ОСОБЛИВОСТІ МОЛЕКУЛЯРНОЇ БУДОВИ ЕСТРОГЕНОВОГО РЕЦЕПТОРА ЯК ФАКТОРА ВПЛИВУ НА ГОРМОНОТЕРАПІЮ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ	99
<i>Antoniv A.A., Antoniv N.A.</i>	METABOLICALLY ASSOCIATED STEATOTIC LIVER DISEASE: CLINICAL FEATURES AND PATHOGENETIC LINKS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE – PHARMACOLOGICAL	100

структурні пошкодження). Підшкірне введення CO₂ демонструє імуномодулювальну та репаративну дію: зниження рівнів TNF- α /IL-6, підвищення рівня TGF- β 1, пригнічення проліферації синовії, збереження архітектоники хряща, що може бути обумовлене гальмуванням NF- κ B/p38-MARK, активації HO-1/Nrf2, індукції HIF-1 α /VEGF та NO-cGMP-залежної вазодилатації, а також ефектом Бора – покращує оксигенацію гіпоксичних ділянок. Комбінація з диклофенаком поєднує ЦОГ-блокаду з мікроциркуляторною корекцією, забезпечуючи максимальний спад прозапальних маркерів і найкращу морфологічну реконвалісценцію. Поєднання з хондроїтином підсилює TGF- β 1-опосередковані репаративні шляхи, створюючи сприятливе мікросередовище для хондропротекції. Сукупно це підтримує «dose-sparing» гіпотезу: додавання CO₂ потенційно дозволяє зменшити потребу у високих дозах нестероїдних протизапальних засобів без втрати ефективності.

Висновки: 1. МЙОК-індукований ОА супроводжується різким підвищенням TNF- α /IL-6 і виразними морфологічними змінами. 2. Підшкірне введення CO₂ знижує TNF- α /IL-6, підвищує TGF- β 1, пригнічує синовіт, покращує мікроциркуляцію і частково відновлює зональність хряща. 3. Комбінація CO₂+диклофенак забезпечує найсильніший протизапальний і хондропротекторний ефект за біомаркерами та морфологією. 4. Застосування CO₂+хондроїтин активує репаративні механізми (TGF- β 1), сприяє збереженню архітектоники й зменшує синовіт, перевершуючи відповідні монотерапії. 5. Синергія CO₂ з НПЗП/хондропротекторами потенційно зменшує фармаконавантаження без втрати ефективності. 6. CO₂ доцільно інтегрувати як ад'ювант до стандартних схем ОА для посилення протизапального та хондропротекторного ефектів і потенційного зниження доз НПЗП.

ПІДХОДИ ДО ВЕДЕННЯ ГОСПІТАЛІЗОВАНИХ ХВОРИХ З ГІПЕРГЛІКЕМІЄЮ В КРИТИЧНОМУ СТАНІ

Щербенюк Н.В., Півторак К.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, 21018, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, natali.scherbenyuk@gmail.com

Актуальність. Дорослі пацієнти з гіперглікемією, госпіталізовані з приводу тяжких захворювань, піддаються підвищеному ризику несприятливих клінічних наслідків за відсутності чітко визначених підходів до управління глікемією. Це стосується не лише цукрового діабету, але й транзиторної гіперглікемії, яка часто виявляється у пацієнтів в критичному стані.

Мета дослідження. Надання докладної інформації щодо сучасних підходів до ведення госпіталізованих хворих з гіперглікемією в критичному стані.

Матеріали та методи. Пошук в базі даних Medline, та за допомогою нейромережі Elicit. Аналіз Електронного документу «Клінічна настанова, заснована на доказах «Цукровий діабет», 2024 рік.

Результати. Гіперглікемія в стаціонарі може відображати раніше відомий або недиагностований діабет або бути пов'язаною з госпіталізацією. Для розмежування цих категорій під час госпіталізації, необхідно визначати рівень глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) усім пацієнтам з діабетом або гіперглікемією (рівень глюкози в крові $> 7,8$ ммоль/л), які потрапили до лікарні, якщо він не визначався протягом попередніх 3 місяців. Інсулінотерапію слід розпочинати для лікування стійкої гіперглікемії при пороговому значенні не вище 10 ммоль/л. Після початку інсулінотерапії рекомендується підтримувати рівень глюкози в діапазоні 7,8–10 ммоль/л для більшості пацієнтів у критичному стані. Більш суворі цілі, такі як 6,1–7,8 ммоль/л, можуть бути доречними для окремих пацієнтів, якщо це досяжно без значного ризику гіпоглікемії. Пацієнти в критичному стані потребують застосування протоколу внутрішньовенного введення інсуліну, який довів свою ефективність і безпеку в досягненні бажаного діапазону глюкози без підвищення ризику тяжкої гіпоглікемії. Внутрішньовенна інфузія регулярного інсуліну вважається найкращим методом контролю глікемії в умовах відділення інтенсивної терапії у пацієнтів з декомпенсованим цукровим діабетом, кардіогенним шоком, церебральним інсультом та іншими тяжкими станами. Для контролю цукрознижуючої терапії рекомендовано проводити приліжковий моніторинг рівня глюкози в точці догляду. У пацієнтів, які отримують внутрішньовенні інфузії інсуліну потрібно більш часте тестування рівня глюкози, від кожних 30 хвилин до кожних 2 годин.

Висновки. Всім пацієнтам з діабетом або гіперглікемією, які потрапили до лікарні в критичному стані, рекомендовано визначення рівня HbA1c, якщо він не визначався протягом попередніх 3 місяців. Цільові рівні глюкози крові госпіталізованих хворих залежать від важкості стану хворого, ризику гіпоглікемії, наявних супутніх захворювань, можливості частого моніторингу, очікуваної тривалості життя хворого. В умовах інтенсивної терапії безперервна внутрішньовенна інфузія інсуліну є найбільш ефективним методом досягнення цільових показників глікемії.

ОСОБЛИВОСТІ МОЛЕКУЛЯРНОЇ БУДОВИ ЕСТРОГЕНОВОГО РЕЦЕПТОРА ЯК ФАКТОРА ВПЛИВУ НА ГОРМОНОТЕРАПІЮ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Юрченко П.О., Качула С.О.

Кафедра біохімії ім. професора О.О. Пентюка, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, 21018, вул. Пирогова, 56, м.Вінниця, Україна, Peter7777ah@gmail.com

Актуальність. Рак молочної залози (РМЗ) зі збереженою експресією гормональних рецепторів займає перше місце у структурі онкологічних захворювань серед жіночого населення. Кожна десята жінка в Україні страждає даною патологією. За даними Національного канцер-реєстру, у 2020 році в Україні зареєстровано 12 824 випадків раку молочної залози (12