



НАУКОВО-ПРАКТИЧНА  
КОНФЕРЕНЦІЯ  
З МІЖНАРОДНОЮ  
УЧАСТЮ



# СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

для здобувачів вищої освіти  
другого (магістерського) рівня

23–24 квітня 2026 року

**Тези доповідей**

Одеса • ОНМедУ • 2026





НАУКОВО-ПРАКТИЧНА  
КОНФЕРЕНЦІЯ  
З МІЖНАРОДНОЮ  
УЧАСТЮ



# СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

для здобувачів вищої освіти  
другого (магістерського) рівня

23–24 квітня 2026 року

**Тези доповідей**

УДК 06.091.5:061.3:61-057.875  
С91

**Головний редактор:**

в. о. ректора, член-кореспондент НАМН України,  
професор Станіслав ШНАЙДЕР

**Редакційна рада:**

професор Валерія МАРІЧЕРЕДА  
професор Людмила ВЕНГЕР  
професор Алла ВОЛЯНСЬКА  
професор Олег ГЕРАСИМЕНКО  
професор Володимир ГОРОХІВСЬКИЙ  
професор Ніна МАЦЕГОРА  
професор Ярослав РОЖКОВСЬКИЙ  
професор Олена СТАРЕЦЬ  
професор Ольга ЮШКОВСЬКА  
доцент Катерина НІТОЧКО

**Сучасні** теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини для С91 здобувачів вищої освіти другого (магістерського) рівня [Електронне видання] : наук.-практ. конф. з міжнар. участю. Одеса, 23–24 квітня 2026 року : тези доп. — Одеса : ОНМедУ, 2026. — 132 с.  
ISBN 978-966-443-142-9

У тезах доповідей міжнародної науково-практичної конференції здобувачів другого (магістерського) рівня освіти наведено матеріали учасників зібрання, а також іменний покажчик доповідачів.

УДК 06.091.5:061.3:61-057.875

цукровий діабет, паління, і, невідповідно, виявлена кореляція між ЕД і кількістю уражених атеросклерозом коронарних артерій.

Отже, активне лікування ЕД у пацієнтів із ССЗ забезпечує ідеальну й ефективну можливість контролю інших серцево-судинних факторів ризику та поліпшення наслідків лікування.

### Література

1. Верткін А. Л., Демідов Н. А., Полупанова Ю. С. Проблема еректильної дисфункції. Поширеність еректильної дисфункції і її зв'язок із серцево-судинною патологією у хворих цукровим діабетом. *Consilium medicum*. 2005. Т. 7. № 11.
2. Behr-Roussel D, Chamiot-Clerc P, Bernabe J et al. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol*. 2002 Nov 7 [epub ahead of print].
3. Burchardt M, Burchardt T, Baer L, et al. *J Urol*. 2000;164:1188-1191.
4. Celtek S., Rodrigo J., Lobos E. et al. *Br J Pharmacol*. 1999 Dec;128(8):1804-12.
5. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, et al. *J Urol*. 1994;151:54-61.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ОДНОЧАСНОГО ЗАСТОСУВАННЯ НИЗЬКИХ ДОЗ КОЛХІЦИНУ ТА ФЕБУКСОСТАТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПОДАГРИЧНИЙ АРТРИТ З ЧАСТИМИ ЗАГОСТРЕННЯМИ

Жулько Олександр

*Одеський національний медичний університет,  
м. Одеса, Україна*

Подагра — це хронічне метаболічне захворювання, яке виникає внаслідок порушення обміну сечової кислоти, що нагромаджується в організмі, утворює кристали та відкладається в суглобах. Внаслідок цього виникають сильні раптові напади болю, почервоніння та набряк.

Хронічний перебіг характеризується періодами загострення, які поступово призводять до деформації суглобів, ускладнень з боку серцево-судинної системи та нирок. Довготривалою медикаментозною терапією є використання препаратів, які пригнічують активність ферменту ксантиноксидази, який бере участь у синтезі сечової кислоти (фебуксостат).

Але тривалий прийом цього лікарського засобу не завжди гарантує відсутність загострень у цих хворих. Тому потрібно одночасне використання фебуксостату з препаратом, який би посилював протизапальний ефект та запобігав загостренню.

**Мета роботи.** Оцінити (порівняння) ефективність одночасного застосування низьких доз колхіцину та фебуксостату у хворих на хронічний подагричний артрит з частими загостреннями.

**Матеріали та методи.** Були обстежені 50 хворих на хронічний подагричний артрит з частими загостреннями (6 разів на рік та більше). У дослідженні брали участь чоловіки віком 35–65 років. Хворі розподілені на дві групи за способом лікування.

Першій групі призначали як довготривалу терапію фебуксостат у дозі 80 мг на добу (6 місяців). Дієта з обмеженням пуринів.

Другій групі призначали довготривалий прийом фебуксостату 80 мг на добу та колхіцин 0,5 мг на добу (6 місяців). Дієта з обмеженням пуринів.

**Отримані результати.** У групі хворих, які одержували комбіновану терапію фебуксостатом та колхіцином, загострень майже не спостерігалося (1 раз на рік), якщо вони виникали, то мали слабо виражену симптоматику.

У хворих, які приймали тільки фебуксостат, загострення виникали приблизно 3 рази на рік, з більш вираженою симптоматикою.

**Висновки.** У хворих із хронічним перебігом подагри з частими загостреннями є раціональним одночасне довготривале призначення фебуксостату та колхіцину в низьких дозах (0,5 мг на добу) протягом 6 місяців.

## ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ ВІТАМІНОМ D ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ

Захаров Митридат, Козак Анна

*Одеський національний медичний університет,  
м. Одеса, Україна*

**Актуальність.** Ожиріння визнано з 1997 року Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) як хвороба, враховуючи її наслідки для здоров'я та економіки, а також захворюваність у всьому світі. Ожиріння є глобальною проблемою, воно проявляється надмірною кількістю жирів, нагромаджених в організмі, що може завдати шкоди здоров'ю людини.

У клінічній практиці діагноз ожиріння базується на ІМТ, вимірюванні окружності талії, оцінці супутніх захворювань та визначенні способу життя пацієнта, його життєвих обставин. Пацієнт з ожирінням визначається як такий, що має ІМТ більше 30, відсоток населення з таким ІМТ в розвинених країнах досягає до 60 %. Численні дослідження підтвердили кореляцію між ожирінням та дефіцитом вітаміну D, з іншого боку, наявність ожиріння негативно впливає на метаболізм вітаміну D, що потребує більших доз для лікування. Норма вітаміну D у крові 30–100 нг/мл. Розподіл вітаміну D у великому об'ємі тіла може бути потенційною причиною зворотного зв'язку між рівнем вітаміну D у плазмі та ІМТ.

**Мета.** Оцінити потребу у вітаміні D при компенсації його недостатності при ожирінні

**Матеріали та методи дослідження.** Групу дослідження утворили пацієнти з ожирінням, що звернулись до обласного регіонального кардіологічного центру (21 жінка). Контрольна група — 11 жінок без ожиріння. При первинному обстеженні виявилась недостатність вітаміну D шляхом визначення загального вітаміну D в крові.

**Результати.** Через місяць рівень вітаміну D всіх у пацієнтів без ожиріння був компенсований, а в групі з ожирінням лише у 34 %. У цих пацієнтів компенсація досягалась збільшенням дози вітаміну D в середньому на 30 %

**Висновки.** Негативний вплив надмірної жирової тканини при ожирінні на метаболізм вітаміну D потребує використання більших доз препарату.

### ВПЛИВ МІКРОЕЛЕМЕНТА СЕЛЕНУ НА ПЕРЕБІГ АУТОІМУННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Козак Анна

*Одеський національний медичний університет,  
м. Одеса, Україна*

**Актуальність.** Наразі щороку аутоімунні захворювання щитоподібної залози діагностуються в середньому у 43,1 випадках на 100 000 населення. Загалом ця група патологій уражає близько 2–5 % популяції, при цьому спостерігається виражене превалювання осіб жіночої статі — за даними епідеміологічних досліджень, співвідношення жінок і чоловіків становить приблизно 3–5:1. У зв'язку з поширеністю тиреоїдиту Хашимото та хвороби Грейвса активно вивчаються чинники, які впливають на перебіг цих захворювань. Один із них — мікроелемент селен, який входить до складу селенопротеїнів, забезпечує антиоксидантний захист тиреоцитів і регуляцію метаболізму тиреоїдних гормонів. Його дефіцит може сприяти посиленню оксидативного стресу та прогресуванню аутоімунного ураження щитоподібної залози.

**Мета.** Дослідити та оцінити вплив рівня забезпеченості організму селеном на клінічний перебіг та рівень аутоантитіл при аутоімунному захворюванні щитоподібної залози.

**Матеріали і методи.** Дослідження проводилося за участі 20 пацієнтів протягом трьох місяців, розподілених на 3 групи: до першої увійшли хворі на тиреоїдит Хашимото, до другої — пацієнти з хворобою Грейвса, які отримували селенвмісні біологічно активні добавки, а третю групу становили особи контрольної групи без застосування селену. Додатково проводилася оцінка рівня тривожності пацієнтів, ступеня її вираженості та впливу на перебіг захворювання. Препарати селену застосовували у дозах 100 та 150 мкг.

**Результати.** У групі пацієнтів з тиреоїдитом Хашимото спостерігалася позитивна динаміка рівня антитіл до тиреоїдної пероксидази (ТПО), тимчасом як рівень антитіл до тиреоглобуліну (ТГ) і до рецепторів тиреотропного гормону достовірних змін не зазнав.

**Висновки.** Медикаментозна лікування препаратами селену та харчування з його підвищеним вмістом позитивно впливає на рівень антитіл до тиреоїдної пероксидази (ТПО), сприяючи його зниженню та покращенню перебігу аутоімунного процесу.

### СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ОЦІНКИ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Кузьмін Ярослав

*Одеський національний медичний університет,  
м. Одеса, Україна*

**Актуальність.** Серцева недостатність (СН) у поєднанні з цукровим діабетом (ЦД) є несприятливим коморбідним станом, що погіршує прогноз перебігу та смертності. Ризик розвитку СН підвищується у 2,7 раза у хворих на ЦД.

**Мета роботи.** Дослідити у хворих на цукровий діабет наявність серцевої недостатності зі збереженою фракцією викиду.

**Матеріали та методи.** Ми працювали з пацієнтами на базі Одеської обласної клінічної лікарні, ендокринологічне відділення. Досліджувалися 48 пацієнтів віком від 40 років і більше з діагнозом цукровий діабет 1 та 2 типів. Обов'язковим було визначення антропометричних даних (зріст, маса), вимірювання артеріального тиску, ЕКГ, ЕхоКГ. Нами була використана шкала оцінки серцевої недостатності зі збереженою ФВ. В залежності від отриманих даних, пацієнт набрав чітко визначену кількість балів. Сума балів, допомагала нам оцінити відсоток ймовірності СНзбФВ та зарахувати пацієнта до відповідної групи з чотирьох запропонованих. До першої групи належали пацієнти, які набрали менше двох балів (менше 40 % ймовірність); друга — 3–4б (50–70 %); третя — 5–6б (80–90 %); четверта — більше 7 балів (більше 95 %).

**Результати.** Скринінгова методика, яка є доступною та легкою у використанні, дала змогу нам виявити субклінічну систолічну дисфункцію зі збереженою фракцією викиду у пацієнтів з цукровим діабетом 1 та 2 типів. Наразі в першу групу увійшли 62 % наших пацієнтів, до другої — 21 %, до третьої — 12 %, до четвертої — 5 %. Пацієнтам навіть з низькою ймовірністю було рекомендовано застосувати препарати групи НЗК-ТГ2 з покращеним прогнозом стану в динаміці.

**Висновки.** Отримані нами результати допомогли нам своєчасно оцінити у пацієнтів, хворих на цукровий діабет, ознаки серцевої недостат-

## ІМЕННИЙ ПОКАЖЧИК INDEX

- Алексеев Владислав 45, 93  
Аппак Олександра 3, 14  
Арабаджи Дмитро 21, 31  
Атакішієв Єлван  
Елман огли 103
- Балануца Ольга 45  
Басалюк Олександра 4  
Березюк Яна 72  
Бистриця Едуард 73  
Білан Марія 73  
Білоусова Софія 111  
Бондаренко Михайло 74  
Борисов Володимир 4  
Борщ Діана 55, 111  
Будилко Світлана 22
- Вакуленко Аліна 68  
Варламова Тетяна 14, 15  
Вастьянова Лада 23  
Ветєва Вікторія 46  
Велікова Марія 95, 101  
Вовчик Алла 102  
Волошина Каріна 5
- Гангурян Ілля 23  
Гарновді Катерина-Лілія 33  
Гевко Катерина 75  
Гіносян Нарек 106  
Глібко Вікторія 75, 87  
Гребньова Кира 90  
Гресько Ірина 54  
Гудь Агнеса 12  
Гулям Лала 90  
Гурська Юлія 76
- Данильчук Єлизавета 6  
Дембицька Анастасія 24  
Дибалін Ігор 36  
Дикун Георгій 24  
Димитрашко Іван 76  
Добровольська Анастасія 37  
Донцов Роман 52  
Доскочинська Вікторія 38  
Дроженко Марія 96
- Еберле Данило 39
- Жекова Влада 40  
Жумайло Валерія 97  
Жуньоко Олександр 47
- Захаров Митридат 47  
Золотухіна Катерина 106
- Іванова Софія 12, 92, 97  
Ігнатєва Анна 69, 114  
Ісмаїлова Маріанна 25
- Казани Данііл 104  
Каріх Валерія 94  
Кассич Дар'я 29  
Кіраль Анастасія 34  
Кіриєнко Анастасія 77  
Климанова Олена 98  
Коваленко Єлизавета 20  
Коваль Анна 78  
Когаєва Луїза 40  
Козак Анна 47, 48  
Козак Роман 102  
Козловська Ірина 114  
Комарницька Єлизавета 106  
Комарницька Христина 34  
Корейша Марія 41  
Кравцова Софія 7  
Крайцер Ігор 20  
Крамар Анна 79  
Крантова Марія 94  
Крикун Софія 55, 56  
Крисюкевич Олег 79  
Кришина Артем 69  
Кузьмін Ярослав 48  
Куликова Олександра 26
- Левіна Олена 23, 49  
Листрова Валерія 13  
Литвиненко Анастасія 57, 84  
Лівандовська Єлизавета 113  
Лозоватська Вероніка 42  
Льода Вероніка 109
- Магас Катерина 70  
Мадяр Микола 34, 36  
Майданець Олександра 69  
Малайко Сергій 114  
Малишева Анастасія 50  
Мандражи Олена 51  
Матюшенко Софія 6, 16  
Машківська Софія 101  
Меняйлїк Ксенія 42  
Мийня Мілана 80, 99  
Міндак Анастасія 118  
Мовчан Марія 27  
Моргун Анна 83  
Моргунова Єлизавета 101  
Мунтяну Анастасія 80  
Мякішев Олег 58, 59
- Наніш Ігор 60  
Непряхіна Софія 110  
Нігрецкул Віталій 7  
Нікуліна Марія 20  
Ніц Поліна 23
- Оболенський Олексій 107  
Обуховська Аміна 109  
Оверчук Аліна 51, 101  
Овчарова Анастасія 99, 115  
Онуфрійчук Дар'я 70  
Орловська Ліна 61  
Осмоловська Ірина 81  
Остапенко Олексій 17
- Парфентєв Богдан 27  
Парфентєва Руслана 27  
Пастухов Олександр 82  
Пелехович Єлизавета 32  
Пеліван Христина 52, 61, 62  
Перелигіна Єва 83  
Періжок Надія 28  
Перчик Анастасія 62, 86  
Пилипенко Дмитро 63, 64  
Пілгович Єва 103  
Піньковський Михайло 104  
Пожарова Анна 29  
Поп Тетяна 35