

Министерство здравоохранения Республики Беларусь  
Учреждение образования  
«Гродненский государственный медицинский университет»

# АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ

Сборник материалов  
итоговой научно-практической конференции

**24 января 2020 года**



Гродно  
ГрГМУ  
2020

УДК 61:005.745(06)

ББК 5л0

А 43

Рекомендовано Редакционно-издательским советом ГрГМУ (протокол № 2 от 22 января 2020 г.).

Редакционная коллегия:

ректор ГрГМУ, чл.-корр. НАН Беларуси, проф., В.А. Снежицкий (отв. редактор);

проректор по научной работе ГрГМУ, проф. С. Б. Вольф;  
зав. НИЛ ГрГМУ, доц. М. Н. Курбат.

Рецензенты:

проректор по учебной работе ГрГМУ, доц. В. И. Шишко;  
проректор по научной работе ГрГМУ, проф., С. Б. Вольф;  
зав. НИЛ ГрГМУ, доц. М. Н. Курбат.

**А 43**      **Актуальные** проблемы медицины : сб. материалов итоговой научно-практической конференции (24 января 2020 г.) [Электронный ресурс] / отв. ред. В. А. Снежицкий. – Гродно : ГрГМУ, 2020. – Электрон. текст. дан. (объем 9,5 Мб). – 1 эл. опт. диск (CD-ROM).  
ISBN 978-985-595-228-3.

В сборнике статей представлены научные работы, посвященные актуальным проблемам медицины по следующим направлениям: акушерство и гинекология, внутренние болезни, инфекционные болезни, неврология и психиатрия, медицинская психология, педиатрия и неонатология, хирургия, фундаментальная медицина, гуманитарные науки, организация здравоохранения и высшего медицинского образования.

Информация будет полезна широкому кругу научных сотрудников и работников практического здравоохранения.

Авторы, представившие информацию к опубликованию несут ответственность за содержание, достоверность изложенной информации, указанных в статье статистических, персональных и иных данных.

**УДК 61:005.745(06)**

**ББК 5л0**

**ISBN 978-985-595-228-3.**

© ГрГМУ, 2020

## ЛИТЕРАТУРА

1. Шелкович, Ю. Я. Коллаген IV типа как биомаркер повреждения слизистой оболочки пищевода у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и синдромом обструктивного апноэ/гипопноэ сна / Ю. Я. Шелкович, В. И. Шишко, Я. А. Колодзейский // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2019. – Т. 17, № 2. – С. 159–163.

2. Шелкович, Ю. Я. Роль E-кадгерина в оценке повреждения слизистой оболочки пищевода у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, ассоциированной с синдромом обструктивного апноэ/гипопноэ сна / Ю. Я. Шелкович // Российский журнал гастроэнтерологии гепатологии колопроктологии. – 2019. – Т. 29, № 3. – С. 25–32.

3. Plasma sE-cadherin and the plasma sE-cadherin/sVE-cadherin ratio are potential biomarkers for chronic obstructive pulmonary disease / T. Shirahata [et al.] // Biomarkers. – 2018. – Vol. 23, № 5. – P. 414–421.

4. Шелкович, Ю. Я. Роль E-кадгерина в оценке повреждения слизистой оболочки пищевода у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, ассоциированной с синдромом обструктивного апноэ/гипопноэ сна / Ю. Я. Шелкович // Российский журнал гастроэнтерологии гепатологии колопроктологии. – 2019. – Т. 29, № 3. – С. 25–32.

5. Экспрессия E-кадгерина в слизистой оболочке пищевода у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и/или синдромом обструктивного апноэ/гипопноэ сна / Ю. Я. Шелкович [и др.] // Гепатология и гастроэнтерология. – 2019. – Т. 3, № 2. – С. 184–189.

6. Expert consensus document: Advances in the physiological assessment and diagnosis of GERD / E. Savarino [et al.] // Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology. – 2017. – Vol. 14, № 11. – P. 665–676.

7. Ангиогенез в аденокарциноме толстой кишки : монография / Т. Т. Штабинская, В. А. Басинский, С. А. Ляликов. – Гродно : ГрГМУ, 2018. – 132 с.

8. Гржибовский, А. М. Анализ трех и более независимых групп количественных данных / А. М. Гржибовский // Экология человека. – 2008. – № 3. – С. 50–58.

## ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СТАТИНОВ В ТЕРАПИИ РОЗОВЫХ УГРЕЙ

**Шестакова Я.А.**

*Запорожский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Розацеа является одной из самых актуальных проблем современной дерматологии. Это хроническое рецидивирующее заболевание преимущественно кожи лица, обусловленное ангионевротическими нарушениями.

По данным Национального общества розацеа, на 2018 год 415 миллионов человек во всем мире страдает этим заболеванием, характеризующегося покраснением и расширением сосудов на коже лица. Среди пациентов преобладают люди среднего возраста, чаще с чувствительной кожей 1-го и 2-го фототипа [2]. Первые признаки могут отмечаться в 25-35 лет, достигая пика к 40-50 годам.

Точный патогенез дерматоза до сих пор остается не выяснен. Вероятно, со временем будет установлено, что заболевание, известное на сегодняшний день как розацеа, включает в себя несколько похожих, возможно родственных, но разных клинических состояний, каждое с самостоятельным преобладающим патогенетическим механизмом [1]. Розацеа – это результат дисбаланса иммунной системы, дисрегуляции проведения нервных импульсов к сосудам кожи и дисбиоза, сочетание которых в конечном итоге приводит к повышенной реактивности и воспалению кожи.

Существуют данные литературы, что у пациентов с розацеа нарушен врожденный иммунитет, это, в свою очередь, ведет к аномальному выбросу воспалительных цитокинов и ответу антимикробных пептидов (AMP). В пораженной коже определяется более выраженная экспрессия кателицидина LL-37 по сравнению со здоровой [4]. Эти нарушения приводят к патологическим изменениям, усилению хемотаксиса лейкоцитов, вазодилатации, ангиогенезу и накоплению внеклеточного матрикса.

В патогенезе розацеа также играют роль аномальные нервные импульсы. Триггерные факторы стимулируют катионные каналы транзиторного рецепторного потенциала. Они берут участие в сосудистой регуляции, восприятии боли и воспалении. У пациентов с розацеа их экспрессия значительно повышена.

Кроме того, по-прежнему обсуждается вопрос этиопатогенетической роли при розацеа микроорганизмов *Demodex folliculorum*, сапрофитного клеща, который находится в сальных железах и активирует toll-подобные рецепторы-2 (TLR2) [3].

Эпидемиологические исследования показывают, что эритематозно-телеангиэктатическая розацеа, возможно, связана с воздействием на кожу ультрафиолетового излучения и ее фотоповреждением. Было установлено, что воздействие ультрафиолетового излучения именно спектра В стимулирует ангиогенез и увеличивает секрецию VEGF кератиноцитами [5]. В результате воздействия ультрафиолетового излучения усиливается продукция химически активного кислорода, который, вызывая повышенную продукцию матриксных металлопротеиназ, является причиной повреждения кровеносных сосудов и основного межклеточного вещества дермы.

Пациенты с розацеа часто жалуются на чувство жжения и сухости кожи лица. Эти симптомы являются результатом сниженного порога раздражимости кожи, который возникает из-за дисфункции эпидермального барьера, при котором увеличивается трансэпидермальная потеря влаги у пациентов с розацеа. Стойкая

центрофациальная эритема и телеангиоэктазии являются распространенными признаками дерматоза, так же как и «приливы» (мигрирующая эритема) [1]. В коже, пораженной папуло - пустулезной формой розацеа, наблюдается ангиогенез, усиление микроциркуляции. Помимо этого, повышенная экспрессия VEGF, CD31 и D2-40, свидетельствуют о повышенной стимуляции эндотелиальных клеток кровеносных и лимфатических сосудов. Вазодилатацию объясняют, также, нарушением контроля механизмов терморегуляции кожи.

На данный момент большое значение придается и нарушениям функционального состояния желудочно-кишечного тракта; выявлена корреляция между проявлениями розацеа и состоянием липидного обмена. Анализ литературных данных и собственных клинических исследований выявил, что до сих пор вопрос о роли в патогенезе розовых угрей дислипидемии остается актуальным и не до конца изученным.

По клиническим характеристикам розацеа подразделяется на четыре основных формы:

- эритематозно-телеангиоэктатическую (наиболее распространенный вид, характеризующийся телеангиоэктазией, эритемы в очагах поражения, воспалением);

- папуло-пустулезную (наличием воспалительных розовых папул и пустул с белыми головками);

- фиматозную (стойкое уплотнение, инфильтрация кожи, развитие гранулематозных изменений соединительной ткани различных участков на лице. Это очень редкое явление, обычно встречается у мужчин после 60 лет);

- офтальморозацеа (с поражением век, периорбитальных зон). оценить влияние дислипидемии на тяжесть течения розацеа и разработать новый комплексный метод терапии с применением статинов.

**Цель.** Оценить влияние дислипидемии на тяжесть течения розацеа и разработать новый комплексный метод терапии с применением статинов.

**Методы исследования.** Исследование проводилось на базе КУ «ЗОШВКД ЗОС» г. Запорожья. Под наблюдением находились 60 больных розацеа с папуло-пустулезной формой, которые были распределены на две группы: 30 человек с нарушением липидного обмена (50,0%) и 30 – без нарушений (50,0%). При сборе анамнеза было выявлено, что у 70% пациентов впервые диагностирована розацеа; 30% исследованных в течение последнего года не обращались за медицинской помощью; у 10 % пациентов была ранее диагностирована дислипидемия, но по поводу которой терапии не получали. У всех пациентов была исключена сопутствующая патология, которая могла влиять на изучаемые показатели. Пациенты, принимавшие статины, цитостатики и глюкокортикоиды, так же были исключены из исследования.

Состояние липидного обмена у пациентов на розацеа оценивали при помощи липидограммы по уровню общего холестерина, триглицеридов, ЛПНП, ЛПВП.

Статистический анализ данных осуществлялся с использованием пакетов программ Microsoft Excel 2010; Statistica 6,0 (Statsoft Inc., США).

**Результаты и их обсуждение.** При изучении зависимости клинических форм дерматоза и наличия дислипидемии выявлено, что у 20% пациентов с эритематозно- телеангиэктатической формой розацеа были незначительно повышены показатели общего холестерина ( в среднем на 0,8 ммоль/л) и ЛПНП( на 0,3 ммоль/л). У 60,0 % пациентов с папуло- пустулезной формой установлено значительное повышение показателей общего холестерина ( в среднем на 3,0 ммоль/л), ЛПНП ( на 5,5 ммоль/л) и триглицеридов ( на 2,5 ммоль/л) в сравнении с группой контроля.

Выявленные результаты свидетельствуют о возможности включения в схему комплексной терапии статинов, поскольку в единичных исследованиях отмечается так же противовосполительный эффект назначенных препаратов.

Поскольку у пациентов с папуло- пустулезной формой более выраженная гиперлипидемия, требующая коррекции статинами, пациентов разделили на две группы, которые сопоставимы между собой по полу, возрасту и степени клинических проявлений дерматоза.

Больным первой группы (основной) к традиционной схеме терапии (антибиотик тетрациклинового ряда, метронидазол системно, ангиостабилизатор, гепатопротектор, местно гель либо крем метронидазола) дополнительно был назначен гиполипидемический препарат, ингибитор ГМГ- КоА- редуктазы розувастатин 10 мг per os 1 раз в сутки на протяжении 4 недель.

Пациенты второй группы (сравнения) получали указанную традиционную схему терапии без дополнительного назначения статинов.

Эффективность лечения была оценена через 4-6 недели после отмены всех препаратов. В результате контроля общеклинических анализов, липидограммы выявлено, что у 75,0% пациентов первой группы нормализовались показатели липидного обмена. Было отмечено улучшение клинического течения дерматоза у лиц в основной группе - уменьшилось количество обострений, состояние кожи стало более стабильным, удлинилась ремиссия. У пациентов группы сравнения показатели липидограммы сохранялись на прежнем уровне, клинический эффект от лечения нестойкий, склонный к рецидивам.

**Выводы.** В результате исследования выявлено, что дислипидемия негативно влияет на течение розацеа, способствуя развитию более тяжелых клинических форм. Введение в терапию таким пациентам статинов способствует достижению лучшего клинико - лабораторного эффекта, более стойкой ремиссии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Олисова О.Ю. Роль фактора роста сосудистого эндотелия в патогенезе розацеа и его медикаментозная коррекция / О.Ю. Олисова, М.И. Додина, Н.Е. Кушлинский: Клин. Дерматол. Венерол., 2012.-49-55 с.
2. Вульф К. Дерматология по Томасу Фицпатрику/ К.Вульф, Р.Джонсон.- Из. 2-е. пер. с англ.: Атлас - справочник, 2007.-16с.

3. Potential role of Demodex mites and bacteria in the induction of rosacea / S.Jarmuda [et al.].- J/ Med Microbiology, 2012.№16.-154p.

4. Тюрин Ю.А. Природная устойчивость бактерий к факторам врожденной иммунной системы, обусловленная бактериальными протеазами / Ю.А. Тюрин, И.Г. Мустафин, Р.С. Фассахов: Практ. Мед., 2010.-13с.

5. Ильина И.В. Современные аспекты патогенеза и принципы терапии розацеа / И.В. Ильина, С.А. Масюкова, Э.Г. Гладько: Cons.Med, 2011.-28с.

## **КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИНВАЗИВНОГО ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2006-2013 ГГ.**

**Шиман О.В., Басинский В.А.**

*Гродненский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Рак шейки матки является четвертым по распространенности новообразованием в мире у женщин. При этом основной его гистологической формой, является плоскоклеточный рак, встречающийся по мнению различных авторов, в 75-95% случаев [2].

По статистическим данным в Республике Беларусь с 2011 по 2016 год не отмечено улучшения показателей заболеваемости, качества диагностики и смертности от рака шейки матки. Несмотря на проводимые лечебно-профилактические мероприятия, данная патология остается стабильной в своей структуре, показывая таким образом, резистентность к проводимым мероприятиям. К наиболее неблагоприятным показателям следует отнести редкое выявление новообразования на 1-й стадии болезни (лишь в 38% всех случаев), а также высокий уровень одногодичной летальности, который в 2016 году составил 14,9% [1].

Таким образом, учитывая эти особенности опухоли, актуальным является клиничко-морфологический анализ рака шейки матки, а также факторов, влияющих на характер течения, прогрессирования и исход новообразования.

**Цель.** Провести ретроспективный анализ клинических и морфологических параметров инвазивного плоскоклеточного рака шейки матки, у пациенток, прооперированных в Гродненской университетской клинике в 2006-2013 годах, с оценкой качества диагностики, характера течения, эффективности терапии, а также клиничко-морфологических показателей прогноза новообразования.

**Методы исследования.** Материалом для исследования стали 65 наблюдений инвазивного плоскоклеточного рака шейки матки пациенток, прооперированных в Гродненской университетской клинике в 2006-2013 гг. Изучались данные канцер-регистра клиники, журналы регистрации биопсийного и операционного материала Гродненского областного клинического патологоанатомического бюро, а также