



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ

**ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
«НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ ЗДМУ – 2021»**

**В РАМКАХ І туру «ВСЕУКРАЇНСЬКОГО КОНКУРСУ СТУДЕНТСЬКИХ
НАУКОВИХ РОБІТ З ГАЛУЗЕЙ ЗВАНЬ І СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ
У 2020 – 2021 Н.Р.»**

5 лютого 2021 року

Запоріжжя – 2021

Висновки. Результати проведеного дослідження свідчать, що у жінок із СПКЯ клінічна симптоматика характеризується менструальною дисфункцією (71,4 %), безпліддям (53,6 %) та дерматопатіями, а саме акне (42,9 %) і гірсутизмом (39,3 %). Серед клінічних варіантів СПКЯ у кожної 2-ї жінки (50%) встановлено неанδροгенний фенотип, а частота класичного (фенотип А) та неповного класичного (фенотип В), склала 28,6% та 14,3% відповідно. Слід зазначити, що лише у 7,1 % жінок з СПКЯ діагностовано фенотип С (овуляторний).

РОЛЬ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-4 ТА ІНТЕРЛЕЙКІНУ-13 В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВАЖКОСТІ ФОРМИ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДІТЕЙ

Йожикова Д.О, І медичний факультет, 5 курс, Вакула Д.О.

(наук. кер. проф. Недельська С.М.)

Актуальність: Атопічний дерматит - хронічне запальне захворювання шкіри неінфекційного генезу, яке уражає до 20% дітей у більшості країн світу. Як відомо, ІЛ-4 та ІЛ-13 є основними цитокінами Th-2 запалення при АД. ІЛ-4 є фактором росту В-клітин, індуктором переходу ізотопного класу IgE, а також активатором хемотаксису еозинофілів. ІЛ-4, вироблений вродженими лімфоїдними клітинами 2 типу (innate lymphoid cells 2 – ILC2) викликає реакцію тучних клітин на дегрануляцію та інгібує індукцію Т-регуляторних клітин. Одночасно ILC2 взаємодіє з клітинами CD4 + Th2, щоб індукувати запалення шляхом продукування ІЛ-13. Підвищена експресія ІЛ-4 в епідермісі сприяє активізації запалення, що призводить до прояву свербіжу та внутрішньошкірного набряку. ІЛ-13 впливає на синтез білків десмосом, збільшує інфільтрацію шкіри запальними клітинами, сприяє десквамації шкіри та збільшує трансепідермальну втрату води.

Мета: вивчити сироваткові рівні цитокінів ІЛ-4 та ІЛ-13 їх зв'язок із рівнями з показниками вродженого та набутого імунітету у дітей раннього віку з АД.

Методи дослідження. У дослідженні брали участь 85 пацієнтів у віці від 3 місяців до 3 років із підтвердженим діагнозом АД та 20 здорових дітей. Пацієнти з АД були розділені на 3 групи (I, II, III) за шкалою тяжкості SCORAD, група III були розділені на 2 підгрупи (IIIa, IIIb), де підгрупа IIIb характеризується показниками ІЛ-13 нижчими за показники групи контролю. Контрольна група - 21 дитина без історії атопії. Тяжкість АД вимірювали за індексом SCORAD. Для виявлення рівнів ІЛ-4, ІЛ-13 був використаний метод ELISA. Імунологічні параметри аналізували автоматично за допомогою проточної цитометрії. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою офіційного програмного пакету Statistica 13.0.

Результати. Рівні ІЛ-4, ІЛ-13 були суперечливими залежно від ступеня тяжкості за шкалою SCORAD. Діти з важким перебігом АД з нормальним рівнем загальних сироваткових IgA, IgM, IgG, CD3 +, CD 56+ Т-лімфоцитів мали більш високий рівень ІЛ-13 (I – 8,58; II – 20,60; IIIa – 74,36; IIIb – 1,1) і нижчий рівень ІЛ-4 (I – 0,26; II – 0,42; IIIa – 0,14; IIIb – 0,12) у порівнянні з легкими та середніми формами (p < 0,05). Діти з тяжкою формою АД та зниженим рівнем загального IgA, IgM, IgG, CD3 +, CD 56+ Т-лімфоцитів мали нижчий рівень ІЛ-13 та ІЛ-4, ніж діти з легкою та середньою формами АД та контрольної групи (p < 0,05).

Висновок. Механізм розвитку АД у дітей залишається незрозумілим, але дослідження показують, що рівні ІЛ-13 та ІЛ-4 можуть залежати від активації ILC2 або підвищеного рівня мРНК шкіри ІЛ-5. Подальші дослідження характеристик імунної відповіді при дебюті АД можуть допомогти по-новому поглянути на таргетну терапію у цій віковій групі.

АНАЛІЗ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ЗАГОСТРЕНЬ ТА ПІДХОДІВ ДО ЛІКУВАННЯ КРОПИВ'ЯНКИ ТА АНГІОНАБРЯКУ У ДІТЕЙ

Збільшення використання ксенобіотиків у житті людини, погіршення екологічної ситуації у світі призвели до значного росту кількості пацієнтів, що мають алергію. Кропив'янка (К) та ангіонабряк (АН) посідають вагоме місце у структурі алергічних хвороб і є факторами, що погіршують якість життя пацієнтів та їх сімей, мають негативні фармакоекономічні наслідки, а тому потребують подальшого вивчення.

Метою роботи було визначення варіантів клінічного перебігу загострень К/АН в залежності від особливостей лікування.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням знаходились 323 дитини віком 0-18 років ($8,82 \pm 0,27$ років), які були госпіталізовані до відділення алергології КНП «МДЛ №5» ЗМР м. Запоріжжя із загостренням К та/або АН. Було проведено аналіз описової статистики і порівняльний аналіз між різними групами пацієнтів для оцінки особливостей перебігу К/АН та вплив лікування на динаміку симптомів. Для статистичної обробки даних використовували пакет програм Statistica версія 13.0 та обраховували відношення шансів (ВШ).

Отримані результати. У 84 (26%) дітей К/АН було розцінено як спонтанні, оскільки не виявлено чіткого причинно-наслідкового зв'язку із тригерами. У 239 (74%) зареєстровано індуковані К/АН, більшість яких було спровоковано вживанням харчових продуктів (150 (62,76%) пацієнтів) та укусами комах (55 (23,01%) дітей).

За медичною допомогою відразу та на 1-шу добу після появи висипу звернулись більшість пацієнтів (69,04%). Інші 30,96% намагались ліквідувати прояви вдома. При цьому 1/3 пацієнтів (26 з 87 дітей) до моменту госпіталізації не отримували лікування, незважаючи на те, що К/АН локалізувались більше, ніж на одній ділянці тіла у 61,5% з них. Це свідчить про недооцінку тяжкості стану дитини батьками. При проведенні порівняльного аналізу поліпшення (ВШ=2,99) та повного регресу (ВШ=5,68) висипки між цими групами дітей виявилось, що пацієнти, госпіталізовані із затримкою мають в 3 рази менші шанси на ранній початок зникнення висипки та майже в 6 разів менше шансів на повний регрес симптомів у перші 2 дні від початку госпіталізації. У 236 дітей на момент дебюту К/АН були відсутні прояви інфекційних захворювань, проте у 13 (5,5%) пацієнтів було відмічено підвищення температури тіла $37,5-40^{\circ}\text{C}$, що свідчить про важкий перебіг захворювання у вигляді токсико-алергічної реакції.

До моменту госпіталізації 190 пацієнтам було призначено лікування. 7 із них отримували лікарські засоби, які не впливають на механізми К/АН (левомеколь, компреси з дімексидом та ін.). Глюкокортикостероїди системної дії (ГКС) було призначено 100 (54,6%) дітям, а антигістамінні препарати (АГП) 77 (42,07%) пацієнтам. Серед АГП було надано перевагу 1-й генерації (їх отримували 54,5% пацієнтів), неседативні АГП призначено 37,7%, інші 6 дітей приймали комбінацію 1 і 2 поколінь. Такий розподіл фармакотерапії не відповідає сучасним стандартам лікування К/АН, оскільки використання ГКС має бути обмежено.

При аналізі терапії на стаціонарному етапі (в спеціалізованому відділенні) звертає на себе увагу відсутність використання внутрішньовенного введення розчинів для дезінтоксикаційної терапії, що відповідає сучасним світовим підходам до лікування. Системні глюкокортикостероїди отримували 130 (40,23%) дітей, 99 (76%) із них однократно, що свідчить про відсутність необхідності тривалої системної протизапальної терапії, а тому, можливо, про відсутність потреби в ГКС у цих пацієнтів взагалі. Інші пацієнти отримували лікування більше 2х діб, тобто необхідність у їх використанні була не більше, ніж у 24% пацієнтів. АГП 1ї генерації було призначено 233 (72%) хворим, із них у 66 (28,3%) пацієнтів не було потреби

тривало (більше 1ї доби) використовувати цю групу. Неседативні АГП, які є стандартом допомоги при К\АН отримували 220 (68,1%) госпіталізованих дітей і тільки у 53 (16,4%) із них було застосовано 2-й крок алгоритму лікування – збільшення дози в 2-4 рази.

Висновки. Таким чином, пізні звернення за спеціалізованою допомогою (пізніше, ніж на 2гу добу після появи ознак К\АН) призводить до уповільнення регресу симптомів в 6 разів у порівнянні із пацієнтами, які почали лікування одразу. Отримані результати свідчать про необхідність обмеження використання системних ГКС, оскільки реальна потреба у їх призначенні обгрунтована у чверті госпіталізованих пацієнтів. Використання АГП характеризується високим рівнем призначення седативних АГП та невеликою прихильністю до збільшення дозування АГП 2ї генерації, що суперечить сучасним протоколам лікування К\АН. Отримані результати свідчать про необхідність подальшого розповсюдження інформації щодо методів діагностики та лікування К і АН, а також необхідності подальшого вивчення етіології, патогенезу, особливостей лікуванні цих захворювань.

ОСОБЛИВОСТІ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДЕНСИТОМЕТРІЇ КІСТОК, ЯК МЕТОДУ ВИЯВЛЕННЯ ОСТЕОПЕНІЇ У ДІТЕЙ

Нікорчук О. А., ІІ медичний факультет, 6 курс
(наук. кер. проф. Іванько О.Г.)

Метою нашого дослідження було визначення особливостей застосування ультразвукової денситометрії для оцінки мінеральної щільності кісток для виявлення остеопенічного синдрому у дітей віком від 6 до 18 років.

Матеріали та методи. Було проведено дослідження 67 осіб (36 жіночої статі та 31 чоловічої) випадкової субпопуляції дітей віком від 6 до 17 років. З них дітей молодшого шкільного віку-10 (14,9%), препубертатного-10 (14,9%), власне пубертатного- 40 (61,1%), постпубертатного-6 (8,9%). У дітей визначали наявність спадкової схильності щодо захворювань опорно-рухового апарату, випадки переломів кісток у минулому, супутні захворювання та тривале використання лікарських препаратів. Усім дітям проводилася кількісна ультразвукова денситометрія на апараті Sunlight MiniOmniTM. Обчислювали критерії Z- і T- у відсотках і величинах стандартного відхилення, абсолютну швидкість (SOS,м/с) розповсюдження звуку у кістках. Показник Z (Z-score) відображав різницю між дійсним показником мінеральної кісткової маси у кожного обстеженого пацієнта і середньою теоретичною нормою за віком та статтю, вираженою як частина стандартного відхилення. T – показник пов'язував значення SOS з даними, отриманими для популяції здорових дітей за віком. Частіше проводили вимірювання на променевій кістці та у частини дітей додатково проводилося дослідження великогомілкової кістки.

Результати. Були отримані денситометричні показники, які відповідали остеопенічному синдрому ($Z < -2,5$) у 11 дітей (16,4%). Остеопенічний синдром спостерігався у 20% дітей молодшого шкільного віку та препубертату, натомість, в період власне пубертату виявлявся у 14, 6%, а в старшій підлітковій групі у 16,6% осіб. Показників, відповідаючих остеопорозу ($Z < -2,5$), зареєстровано не було. У 6 дітей (усі дівчата) були дещо підвищені показники щільності кісткової тканини ($Z > 1$). Інші 51 дитина (76,1%) віком від 6 до 18 років мали нормальні показники УЗ денситометрії (Z дорівнював від -1 до 1). Середній показник мінеральної щільності кісток Z у дівчат склав 0,05, у хлопчиків -0,12. Середні показники за віковими групами були у дітей молодшого шкільного віку -0,31, препубертатного віку 0,02, раннього пубертатного віку 0,056, на закінченні статевого дозрівання -0,2.