



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

МАТЕРІАЛИ

**ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

**«ЗАПОРІЗЬКИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ
ФОРУМ - 2022»**

17-18 листопада 2022 р.



Запоріжжя – 2022

ОРГКОМІТЕТ

ГОЛОВА ОРГКОМІТЕТУ:

ректор ЗДМУ, проф. Колесник Ю. М.

СПІВГОЛОВИ ОРГКОМІТЕТУ:

проф. Туманський В.О., доц. Кремзер О.А.

ЧЛЕНИ ОРГКОМІТЕТУ:

проф. Каплаушенко А.Г., проф. Кучеренко Л.І., проф. Ткаченко Н.О.,
проф. Бушуєва І.В., проф. Рижов О.А., проф. Панасенко О.І.,
доц. Бігдан О.А.

СЕКРЕТАРІАТ КОНФЕРЕНЦІЇ:

доц. Черковська Л.Г., ст.викл. Кініченко А., ст.викл. Малюгіна О.О.

Технічний супровід:

пров.фах. Чураєвський А.В., доц. Пишнограєв Ю.М., пров.фах. Реутська Я.А.

Мета роботи. Визначити ризики міжлікарської взаємодії у пацієнтів з патологією опорно-рухового апарату.

Матеріали та методи дослідження: Проаналізовано 234 історії захворювань стаціонарних пацієнтів із скаргами з боку опорно-рухової системи та досліджено фармакотерапію.

Результати: В результаті аналізу 234 історій захворювань стаціонарних пацієнтів терапевтичного профілю, виявлено, що 25,6% (60 осіб) мали скарги на біль в суглобах та/або в хребті. З них 54% (27 пацієнтів) лікувались з приводу даної патології як основного захворювання, а 46% (23 пацієнта) мали патологію опорно-рухового апарату в якості коморбідного стану.

Серед всіх пацієнтів з патологією опорно-рухового апарату 55% лікувались з приводу поліостеоартрозу, 20% – з приводу розповсюдженого остеохондрозу, 13% – подагричного артрити, 8% – ревматоїдного артрити. 4% пацієнтів отримували лікарські засоби з приводу болю в суглобах без визначення діагнозу (артралгія, реактивний артрит тощо).

При аналізі фармакотерапії виявлено, що 20% пацієнтів (12 осіб) приймали препарати кальціюD3, 15% (9 осіб) – диклофенак, 3% (2 пацієнта) – хондропротектори. 5 пацієнтів, які лікувались із застосуванням диклофенаку, одночасно отримували омепразол, що збільшує ризик розвитку небажаних лікарських взаємодій. Оскільки омепразол є інгібітором метаболізму цитохрому P450, з метою гастропротекції у пацієнтів із больовим синдромом, на тлі застосування НПЛЗ, слід використати інгібітори протонної помпи, які метаболізуються іншою ізоформою або гастропротектори.

Висновки.

1. 25% пацієнтів віком від 18 до 68 років мають патологію ОРА.
2. Найчастіше, в 55% випадків, пацієнти мали обмінні захворювання суглобів та в 20% випадків – патологію хребта.
3. 8% пацієнтів мали ризик небажаних міжлікарських взаємодій на етапі метаболізму, зокрема збільшення гастротоксичності за рахунок одночасного застосування НЕПЛЗ та омепразолу

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ РАКУ ШЛУНКУ

Кикоть М.В.¹, Бушуєва І.В.²

^{1,2}Запорізький державний медичний університет (м. Запоріжжя)
pro100mikhlas333@gmail.com¹, valery@ukr.net²

Рак шлунка – злоякісна пухлина, яка утворюється з епітелію слизової оболонки шлунка. Це одне з найбільш поширених захворювань серед дорослого населення країни. За захворюваністю і смертністю рак шлунка займає 2 місце після раку легенів у чоловіків і раку молочної залози у жінок.

Захворюваність на рак шлунка серед чоловіків зустрічається удвічі частіше, ніж у жінок. Пік захворюваності настає після 40–45 років, хоча нині рак шлунка став виявлятися частіше і нерідко і у пацієнтів молодого віку. Причина розвитку цього захворювання незрозуміла, проте найчастіше ця патологія зустрічається у людей, які страждають на хронічний гастрит, виразкову хворобу шлунка, а також хворих на аденоматозний поліп.

До доброякісних пухлин шлунка, які не є раком, відносять: лейоміоми, фіброми, ліпоми, ангіоми, невриноми. До злоякісних пухлин шлунка відносять саркому (лейоміосаркому, фібробластичну саркому, ангіобластичну саркому, злоякісну невриному, ретикулосаркому) і карциному. У деяких випадках зустрічається первинно-множинний рак шлунка, що виникає одночасно в різних відділах шлунка, не пов'язаних між собою.

На просунутих стадіях (3 і 4 ступінь злоякісності) рак шлунка супроводжується метастазуванням, найчастіше в лімфатичні вузли і печінку. У деяких випадках метастази раку

шлунка вражають яєчники, жирову клітковину, легені, шкіру, кістки, а також органи шлунково-кишкового тракту (ШКТ): стравохід і дванадцятипалу кишку, підшлункову залозу, селезінку.

Переважно з діагнозом «рак шлунка» пацієнти звертаються за допомогою в спеціалізовані установи на пізніх стадіях захворювання. Це є причиною вибору хірургічного лікування раку шлунка як основного методу боротьби із захворюванням, але це не виключає також інших методів – хіміотерапії та променевого лікування.

Досвід Національного інституту раку також продемонстрував, що FLOT (доцетаксел, оксаліплатин, лейковорин, 5-фторурацил), за даними міжнародних рандомізованих клінічних досліджень, є найефективнішою схемою хіміотерапії для передопераційного лікування більшості пацієнтів без тяжких супутніх захворювань. Інші схеми лікування, що містять епірубіцин (наприклад, епірубіцин, цисплатин та інфузійний фторурацил – ECF або епірубіцин, цисплатин і капецитабін – ECX) є менш ефективними.

Для осіб із тяжкими супутніми захворюваннями ми застосовуємо менш токсичну схему хіміотерапії – комбінацію оксаліплатину та капецитабіну (XELOX), яка також включена у європейські й американські клінічні рекомендації.

Хірургічне лікування раку шлунка полягає або у вигляді тотальної гастроектомії – повного видалення шлунка (в такому випадку хірург формує новий шлунок з петель тонкого кишечника пацієнта), або часткової резекції шлунка (субтотальна гастроектомія) та комбінованої резекції шлунка (видалення уражених пухлиною ділянок шлунка і навколишніх органів (частіше за все підшлункової залози)).

У разі, коли рак шлунка виявлено на пізній стадії, хірургічні методи лікування застосовуються як паліативна допомога – для продовження життя пацієнта і поліпшення її якості. При неоперабельних пухлинах, залежно від того, в якій частині шлунка локалізована пухлина, пацієнтам може бути встановлена гастростома (введення каналу подачі їжі через черевну стінку), сформовано сполучення між шлунком і петлями кишківника, або прохідність шлунка відновлена за рахунок стентування (установки стента, що формує циліндричний канал для проходження їжі через обсяг пухлини) і низка інших методик.

(Матеріал для написання тез запозичено на сайті Клініки Сніженка та спеціалізованого медичного порталу health-ua.com)

НАДЗЕМНА ЧАСТИНА ВИДІВ РОДУ VALERIANA L. ЯК ПЕРСПЕКТИВНЕ ДЖЕРЕЛО БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН

Кокітко В.І.¹, Одинцова В.М.²

^{1,2}Запорізький державний медичний університет (м. Запоріжжя)
valeriakokitko@gmail.com¹, odyntsova1505@gmail.com²

Пошук та фітохімічне дослідження перспективної лікарської рослинної сировини та створення на її основі нових лікарських засобів і фітопрепаратів є важливим завданням сучасної фармацевтичної науки. Тому з метою комплексного використання рослинної сировини та розширення сировинної бази для виготовлення фітозасобів є актуальним фармакогностичне дослідження надземної частини *Valeriana officinalis*.

Метою нашої роботи було зібрати, систематизувати та узагальнити сучасні дані літератури щодо ботанічної характеристики, хімічного складу, фармакологічних властивостей та застосування у медичній практиці лікарської рослинної сировини з надземної частини представників роду *Valeriana L.* та визначення кількісного вмісту флаваноїдів у надземній частині валеріани пагононосної (*Valeriana Stolonifera Czern.*) та валеріани горбкової (*Valeriana Collina Wallr.*).

Валеріана лікарська (*Valeriana ofifcnalis*) – одна з найвідоміших лікарських рослин, що використовується з давніх часів. Офіційною лікарською рослинною сировиною валеріани

ДОСЛІДЖЕННЯ СПЕЦИФІЧНОЇ АКТИВНОСТІ ТОПІЧНОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ФОРМИ ПРОКТОН ОЛАМІНУ	26
Гладишев В.В., Количева Н.Л., Бірюк І.А.	
ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ТЕМПЕРАТУРНОГО РЕЖИМУ ВИГОТОВЛЕННЯ КОМПОЗИЦІЙНОЇ ПАСТИ ДЛЯ ТЕРАПІЇ ОНІХОМІКОЗІВ НА СТАБІЛЬНІСТЬ ІНГРЕДІЄНТІВ ЛІКАРСЬКОЇ ФОРМИ.....	27
Гладишева С.А., Романіна Д.М., Пухальська І.О.	
ДОСЛІДЖЕННЯ ВАЗОДИЛАТУЮЧОЇ АКТИВНОСТІ ФОСФОРОВМІСНИХ ПОХІДНИХ ОКСАЗОЛУ	28
Головченко О.І., Ніженковська І.В., Головченко О.В.	
ВИКОРИСТАННЯ KEYC-ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ УДОСКОНАЛЕННЯ ІННОВАЦІЙНОГО ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ	29
Голубчик Х.О., Литвинчук І.В., Нікітін О.В., Улізко І.В., Шишкін І.О.	
6-(ХЛОРО(R ²)МЕТИЛ)-3-R ¹ -2Н-[1,2,4]ТРИАЗИНО[2,3-с]ХІНАЗОЛІН-2-ОНИ ЯК ВИХІДНІ СПОЛУКИ ДЛЯ СИНТЕЗУ ПОТЕНЦІЙНО БІОАКТИВНИХ ГЕТЕРОЦИКЛІЧНИХ ГІБРИДІВ	30
Грицак О.А., Воскобойнік О.Ю.	
СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ПРОБЛЕМИ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	31
Грицик Андрій, Феденько Світлана	
НЕ ВИКОНАНІ ДОМАШНІ ЗАВДАННЯ УКРАЇНСЬКОЇ ФАРМАЦІЇ	32
Громовик Богдан	
ОБГРУНТУВАННЯ ВИБОРУ САЛАТУ СОРТУ ЛОЛЛІО РОССІ ДЛЯ РОЗРОБКИ ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ З АНТИОКСИДАНТНОЇ ТА ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ДІЇ	33
Грубник М.І., Давтян Л.Л.	
СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ СКРИНІНГОВИХ ПРОГРАМ ДЛЯ ВЧАСНОГО ВИЯВЛЕННЯ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ.....	34
Даценко Ірина	
ФАРМАКОЕКОНОМІЧНА ОЦІНКА ІСНУЮЧИХ В УКРАЇНІ ТЕХНОЛОГІЙ СПЕЦИФІЧНОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ.....	35
Даценко Ірина	
МЕТОДИ ВИСУШУВАННЯ ГУБОК ГЕМОСТАТИЧНИХ ЖЕЛАТИНОВИХ	36
Дебрівський В.В., Павлюк Б.В., Грошовий Т.А., Чубка М.Б.	
ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ МЕДИЧНОГО ПРЕДСТАВНИКА У СУЧАСНИХ УМОВАХ ТРАНСФОРМАЦІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ	37
Демченко В.О., Демченко В.О.	
ОЗНАЙОМЛЕННЯ МАЙБУТНІХ АСИСТЕНТІВ ФАРМАЦЕВТІВ З ОБСЯГОМ НЕОБХІДНИХ ЗНАНЬ ПРОФЕСІЙНОГО ХАРАКТЕРУ ДЛЯ ПРАЦІВНИКІВ КОНТРОЛЬНО-АНАЛІТИЧНОЇ ЛАБОРАТОРІЇ	38
Демченко В.П.	
РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ СТРУКТУРИ РИНКУ КОМБІНОВАНИХ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ В УКРАЇНІ	39
Демчук М.Б., Маланчук Н.В., Грошовий Т.А.	
РОЗРОБКА МЕТОДИКИ ВИЗНАЧЕННЯ СУПРОВІДНИХ ДОМШОК В ТАБЛЕТКАХ БРОМІДУ 1-(В-ФЕНІЛЕТІЛ)-4-АМІНО-1,2,4-ТРИАЗОЛІЯ	40
Дерев'яно Н.В., Хромильова О.В., Німенко Г.Р.	
ВИВЧЕННЯ СТАВЛЕННЯ ЛІКАРІВ ДО ПРОМОЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ МЕДИЧНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ	41
Дзюба М.М., Кабачна А.В.	
ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОТИМІКРОБНОЇ АКТИВНОСТІ ТА ФУНГІЦИДНОЇ ДІЇ ЕСТЕРІВ 2-((5-(2,4- ТА 3,4-ДИМЕТОКСИФЕНІЛ)-3Н-1,2,4-ТРИАЗОЛ-3-ІЛ)ТІО)АЦЕТАТНИХ КИСЛОТ.....	42
Довбня Д.В., Каплаушенко А.Г.	
ПОШУК ЛІКАРСЬКИХ РОСЛИН ДЛЯ ЛІКУВАННЯ АЛОПЕЦІЇ.....	43
Єренко Олена, Хортецька Тая, Смойловська Галина, Малюгіна Олена	
ДОСЛІДЖЕННЯ ФІЗИКО-ХІМІЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ НОВИХ АЦИЛЬОВАНИХ ПОХІДНИХ 1,2,4-ТРИАЗОЛУ	44
Жукова О.В., Парченко В.В.	
АНАЛІЗ ЦІНОВОЇ КОН'ЮНКТУРИ ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ ПРОТИВІРУСНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	44
Зарічна Т.П., Британова Т.С.	
МЕНЕДЖМЕНТ МІЖЛІКАРСЬКОЇ ВЗАЄМОДІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ПАТОЛОГІЄЮ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ	45
Іванкова О.П.	
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ РАКУ ШЛУНКУ	46
Кикоть М.В., Бушусьва І.В.	
НАДЗЕМНА ЧАСТИНА ВИДІВ РОДУ VALERIANA L. ЯК ПЕРСПЕКТИВНЕ ДЖЕРЕЛО БІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН.....	47
Кокітко В.І., Одинцова В.М.	