



**Національна медична академія післядипломної
освіти імені П. Л. Шупика**



**Збірник матеріалів
Всеукраїнської науково-практичної
інтернет-конференції
«YOUNG SCIENCE 2. 0»
19 лютого 2020 року**

Київ – 2020

інвагінація кишечника, мальротация, кишкова непрохідність, запальні захворювання кишечника, первинні імунодефіцити, автоімунна ентеропатія, целиакія, розлади коагуляції.

Висновки та обговорення. Не-IgE-опосередкована гастроінтестинальна ХА, є гетерогенною групою станів, при яких спостерігається імунна реакція проти їжі, але не спостерігається вироблення IgE та активація тучних клітин і базофілів. Ці розлади вражають переважно ШКТ і можуть проявлятися гострими або хронічними відстроченими реакціями. У більшості пацієнтів для діагностики необхідне проведення провокаційних проб та/або ендоскопічного обстеження з гістологічним дослідженням слизової оболонки ШКТ. Не-IgE-опосередкована форма ХА, не підтверджується серологічно. Лікування цих станів базується на елімінаційній дієті або використанні стероїдів [1]. Насьогодні дана патологія залишається об'єктом інтенсивного дослідження.

Література.

1. M. Chehade et al. Feeding difficult ties in children with none IgE-mediated food allergic gastrointestinal disorders / *Ann Allergy Asthma Immunol* 122 (2019) 603e609.
2. Nowak-Wegrzyn A, Muraro A. Food protein-induced enterocolitis syndrome. / *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2009 Aug;9 (4): 371-7. doi:10.1097/ACI.0b013e32832d6315. Review.
3. Sampson H., Aceves S., Bock A. et al. Food allergy: a practice parameter update -2014. / *J Allergy Clin Immunol*. 2014 Nov; 134(5): 1016-25.e43. doi: 10.1016/j.jaci.2014.05.013. Epub 2014 Aug 28.

НОВИЙ КОМПЛЕКСНИЙ МЕТОД ТЕРАПІЇ РОЗАЦЕА З ВИКОРИСТАННЯМ СТАТИНІВ

NEW COMPREHENSIVE STATIN THERAPY FOR ROSACEA

Шестакова Я. А.

Науковий керівник – д. мед. н., проф. кафедри Макуріна Г. І.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології
і естетичної медицини ФПО

Актуальність теми. Розацеа- поширене неінфекційне хронічне запальне захворювання шкіри обличчя, що характеризується розвитком еритеми, телеангіоектазій, папул, пустул, ураженням очей і вік, формуванням рінофімі. Точний патогенез дерматоза невідомий. Ймовірно, з часом буде встановлено, що захворювання, відоме на сьогоднішній день як розацеа, укладає в собі кілька схожих, можливо родинних, але різних клінічних станів, кожне з самостійним переважаючим патогенетичним механізмом. Розацеа – це результат дисрегуляції імунної системи, аномального проведення нервових

імпульсів від судинної мережі і дисбіозу, поєднання яких в кінцевому підсумку призводить до підвищеної чутливості і запалення шкіри. Проблема розацеа в останні роки набула великого медико-соціального значення, оскільки зростає поширеність рожевих вугрів. Показники захвораності рожевих вугрів варіюють в широких межах через відсутність чітких діагностичних критеріїв. Дослідники наводять різні дані про поширеність даного дерматоза в Європі та США – від 1 до 20 %.

Мета роботи. Розробка нового комплексного патогенетично обумовленого методу лікування.

Матеріали та методи: Дослідження проводилось на базі КУ «ЗОШВКД ЗОР» м. Запоріжжя. Було обстежено 60 хворих на розацеа з папуло-пустульозною та еритематозно-телеангіектатичною формами, яких було розподілено на дві групи: 30 осіб з порушенням ліпідного обміну (50,0%) та 30–без порушень (50,0%). У всіх пацієнтів була виключена супутня патологія, яка б могла впливати на показники імунного статусу. Пацієнти, які вживали статини, цитостатики та глюкокортикоїди, також були виключені з дослідження. Стан ліпідного обміну у хворих на розацеа оцінювали за допомогою ліпідограми за рівнем загального холестерину, триглицеридів, ЛПНП, ЛПВП. Статистичний аналіз даних здійснювався з використанням пакетів програм Microsoft Excel 2010; Statistica 6,0 (Statsoft Inc., США).

Результати дослідження. В процесі дослідження було виявлено, що у 60,0% пацієнтів з папуло-пустульозною формою дерматозу встановлено значно підвищені показники ліпідограми, які потребують корекції статинами. Обстежуваних розподілили на дві групи, які відповідають між собою по статі, віку, стадії та ступеню клінічних проявів дерматоза.

Хворим першої групи (загальної) до традиційної схеми (антибіотик тетрациклінового ряду, метронідазол системно, ангіостабілізатор, гепатопротектор та місцево метронідазол гель 0,75 % або крем 1% ; додатково був призначений гіполіпідемічний засоб, інгібітори ГМГ-КоА-редуктази: розувастатин 10 мг перорально 1 раз на добу протягом 4 тижнів.

Пацієнти другої групи (порівняння) отримували традиційну схему терапії без додавання статинів.

Ефективність лікування була оцінена через 4-6 тижнів після відміни всіх препаратів. Пацієнт обох груп повторно здали загальні клінічні аналізи та ліпідограму. Результати показали, що у 75,0% пацієнтів першої групи нормалізувалися показники ліпідного стану, було відмічено значне зменшення клінічних проявів дерматозу, за цей час зменшилась кількість загострень; у пацієнтів з другої групи показники ліпідограми були на тому ж рівні, та відмічались незначні клінічні зміни стану шкіри.

Висновки. При порівняльному аналізі результатів лікування с традиційним методом терапії необхідно відмітити те, що у хворих після призначення розувастатина статистично більш високий процент одуження з регресом висипних елементів та стійкіша ремісія.

ЛЮКСАЦІЯ ГОЛІВКИ СТЕГНОВОГО КОМПОНЕНТУ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ТОТАЛЬНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

Штонда Д. В.

кандидат медичних наук

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра ортопедії і травматології № 1

Актуальність теми. Ендопротезування кульшового суглоба (ЕКС) реконструктивне оперативне втручання, яке виконується при травмах та дегенеративно-дистрофічних захворюваннях кульшового суглоба і дозволяє досягти гарний клініко-рентгенологічний результат, за даними літератури у більше ніж 80% випадків [Герцен Г.І, Штонда Д.В. 2019]. При цьому люксація голівки стегнового компонента після первинного ЕКС є одним із частих ускладнень в післяопераційному періоді, яке за даними літератури виникає у 0,2% - 10% пацієнтів, при цьому 50-70% усіх випадків виникає на етапі реабілітації, протягом перших 4-6 місяців після операції [Штонда Д.В., Герцен Г.І. 2017].

Мета дослідження. Визначити фактори, що сприяють виникненню люксації голівки стегнового компонента ендопротезу після первинного ендопротезування кульшового суглоба та проаналізувати результати їх лікування.

Матеріали та методи. Ми проаналізували 972 випадки первинного тотального ЕКС (902 пацієнта), що були виконані в період з 2000 по 2018 рік на клінічних базах кафедри, середній вік пацієнтів склав $54,3 \pm 12,2$ років (від 33,4 до 78,2 років). Вивих голівки стегнового компонента виник у 71 випадку (7,3%), з них у 55 (5,66%) – лікування було консервативним, у 16 (1,65%) – оперативним. Серед 71 пацієнта, у яких виник вивих, жінок було - 38 (53,5%) у віці 37,2 до 72,4 років (середній вік $56,0 \pm 4,1$ рік), чоловіків - 33(46,5%) у віці 44,2 до 64,8 років (середній вік $57,0 \pm 2,1$ рік).

Результати дослідження. З метою вивчення факторів, що сприяють виникненню вивиху голівки ендопротезу ми аналізували стать, вік, загальний стан хворих, супутню патологію, первинний діагноз з приводу якого виконувалось ЕКС, причини виникнення вивиху та способи його усунення.

У 63 (88,7%) випадках звих голівки стегнового компонента виник на етапі реабілітації протягом перших 3-7 тижнів після операції, у 31 (43,7%)

<i>Періг Ю. С., Матюха Л. Ф.</i> Причини гіподіагностики залізодефіциту у підлітків на первинній ланці надання допомоги	61
<i>Перекопайко Ю. М.</i> Попередження інфекційних ускладнень при вогнепальних пораненнях черепа та головного мозку в гострому та ранньому періоді	62
<i>Покровська Н. К.</i> Артеріальна гіпертензія у хворих з хронічним обструктивним захворюванням легень та ожирінням	63
<i>Роєнко Ю. В.</i> Роль мінімально інвазивних органозберігаючих операцій при адренокортикальних аденомах	65
<i>Саволук С. І., Лисенко В. М., Крестянов М. Ю., Завертиленко Д. С., Кругляк Є. К.</i> Лапароскопічна гастроплікація з превентивною фундоплікацією за Nissen в умовах протоколу Enhanced recovery after surgery в лікуванні хворих на ожиріння та метаболічний синдром	66
<i>Сагайдак Т. К.</i> Причини невдачі лікування хіміорезистентного туберкульозу у пацієнтів на фоні віл-інфекції	67
<i>Сиваченко Ю. В., Бекетова Г. В., Поворознюк В. В., Довгополова О. В.</i> Мінеральна щільність кісткової тканини у школярів	67
<i>Синах О. К.</i> Особливості перебігу менопаузи у жінок з клімактеричною кератодермією Хакстхаузена	69
<i>Сич Т. Ю.</i> Клініко-неврологічні прояви та диференційна діагностика Лайм-Бореліозу	71
<i>Стахова А. П.</i> Структурно-функціональні зміни міокарда у хворих на ревматоїдний артрит та артеріальну гіпертензію	73
<i>Стецюк К. В., Голяновський О. В.</i> Імуногістохімічні особливості плацентарної тканини при передлежанні плаценти	74
<i>Супрунович І. М.</i> Поширеність рецесій ясен залежно від віку у пацієнтів з генералізованим пародонтитом	77
<i>Ткаченко А. С.</i> Генерація активних форм кисню гранулоцитами під дією харчової добавки E407a в експериментах in vivo та in vitro	78
<i>Фелештинський Я. П., Деркач К. Д.</i> Нориці передньої черевної стінки після відкритої алогерніопластики	79
<i>Чернеда Л. О.</i> Сучасний підхід до терапії себорейного кератозу в залежності від патогістологічної картини	80
<i>Черниш Ю. Р., Охотнікова О. М.</i> HE-IGE-опосередкована гастроінтестинальна харчова алергія у дітей: сучасні принципи діагностики та лікування	82
<i>Шестакова Я. А.</i> Новий комплексний метод терапії розацеа з використанням статинів	83
<i>Штонда Д. В.</i> Люксація голівки стегнового компоненту у пацієнтів після тотального ендопротезування кульшового суглоба	85
<i>Щурко М. М., Башта Г. В., Акімова В. М.</i> Дисфункція гуморальної ланки імунітету у хворих на ішемічну хворобу на тлі метаболічного синдрому	86
<i>Юрковська Л. Г.</i> Особливості вітчизняного законодавства щодо забезпечення якості лікарських засобів на етапах їх реалізації та медичного застосування	87