



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

з норицевого ходу та аналізу чутливості до антибактеріальних препаратів. Проведена операція в об'ємі висічення нориці з прилеглими ділянками сітки і запально-зміненими тканинами. Межею видалення сітки вважали її ділянку, що не проросла сполучною тканиною.

Результати дослідження. Причиною виникнення нориці передньої черевної стінки після відкритої алогерніопластики було інфікування рани зокрема інфікування прилеглої ділянки сітчастого імплантату.

Висновки. Нориці передньої черевної стінки переважно виникають після алогерніопластики за методикою onlay, причиною виникнення яких є інфікування рани з інфікуванням прилеглої ділянки сітчастого імплантату.

Оптимальним об'ємом операції при норицях передньої черевної стінки є висічення нориці з прилеглими ділянками сітки і запально-зміненими тканинами.

**СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ТЕРАПІЇ СЕБОРЕЙНОГО КЕРАТОЗУ В
ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПАТОГІСТОЛОГІЧНОЇ КАРТИНИ
MODERN APPROACH TO THE TREATMENT OF SEBORRHEIC KERATOSIS
DEPENDING ON THE PATHOHISTOLOGICAL PATTERN**

Чернеда Л. О. (Cherneda L. O.)

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

Запорізький державний медичний університет

Кафедра дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології
і естетичної медицини ФПО

Актуальність теми. Себорейний кератоз (СК) належить до досить розповсюджених доброякісних новоутворень шкіри. Майже 100% старших за 50 років мають одиничні, або множинні вогнища кератозу. Часто дану патологію ототожнюють з поняттям «сенильна кератома», що не є коректним визначенням у сучасному світі. Адже збільшується відсоток осіб, які мають даний дерматоз вже у тридцятирічному віці. Крім вікової варіабельності для себорейних кератом характерна клінічна імітація злоякісних новоутворень. Не варто забувати і про естетичний компонент СК, вогнища часто розташовані на відкритих ділянках тіла, що призводить до певних психологічних проблем у пацієнтів. Таким чином, Актуальність теми даної теми визначається не тільки значною розповсюдженістю дерматозу серед населення, але і клінічною, морфологічною різноманітністю.

Мета дослідження. Виділити основні етіологічні фактори, патогенетичні особливості формування СК та нові можливості диференційованої топічної терапії дерматозу.

Матеріали та методи. Нами обстежено 15 осіб з себорейним кератозом на базі КУ «ЗОШВКД» ЗОР з подальшим дерматоскопічним

та патогістологічним дослідженням. Також проведений аналіз літературних даних PubMed, Cochrane, Google Scholar с 2000 по 2019 р.р.

Результати дослідження. Залишається дискутабельним питання про етіопатогенетичні механізми виникнення СК. У якості провокуючих факторів виступає, як надмірна інсоляція, так і наявність вірусу папіломи людини роду β . Досить розповсюдженою є теорія старіння кератиноцитів зі змінами проліферативного потенціалу клітини, процесів кератинізації, термінального диференціювання та апоптозу. Деякі науковці виділяють такі клінічні форми дерматозу: типовий СК, *dermatosis papulosa nigra*, *stuccokeratosis*, інвертний фолікулярний кератоз, ліхеноїдний кератоз, крупноклітинна акантома та пласка СК. Крім клінічного різноманіття, для себорейного кератозу характерні наступні патогістологічні варіанти за класифікацією BOOЗ (2018): акантотичний, кератотичний (папіломатозний), ретикулярний (аденоїдний), клональний, подразнений, пігментний та макулярний. Найбільш часто для лікування СК використовують кріодеструкцію або електрокоагуляцію. Однак, дані методики не завжди є прийнятними для пацієнта через можливість виникнення рубців або вторинних плям. Окремі дослідники повідомляють про місцеве використання ретиноїдів, іміквімоду та кальципотрієну. Але результати досить суперечливі. За даними FDA єдиним офіційно зареєстрованим засобом для місцевого лікування СК є 40% розчин перекису водню. Тому, виникає необхідність до вибору нових методик топічного лікування.

Нами було обстежено 15 осіб з СК, переважно з типовим та пласким клінічним варіантом на тулубі, кінцівках та обличчі, розміри яких варіювали у межах від 0,5 до 1,5 см. Дерматоскопічна картина представлена класичними для СК патернами. Патоморфологічно акантотичний СК був у 11 осіб, папіломатозний та ретикулярний (аденоїдний) варіанти мали 3 та 1 пацієнт відповідно. Щоденне однократне топічне застосування 30% розчину перекису водню протягом 5 днів призвело до утворення на місці ураження кірочки, яка зникла через 1-1,5 тижні після терапії та подальшим повним клінічним одужанням. Суб'єктивно пацієнти повідомляли про незначне печіння у місці нанесення розчину, починаючи з 3-4-го дня лікування, але дані відчуття зникали через 10-15 хвилин. При опитуванні за 10-бальною шкалою рівень дискомфорту не перевищував 5 балів. Дана методика виключає необхідність застосування хірургічних втручань у схемі лікування пацієнтів з СК. Також значною перевагою стала можливість самостійного нанесення засобу без обмежень повсякденного способу життя.

Висновки. Зважаючи на широку розповсюдженість СК та різноманітність як клінічної, так і патогістологічної картини, даний дерматоз заслуговує особливої уваги практикуючих лікарів. Можливість

використання диференційованого топічного лікування СК із застосуванням окиснику сприяє підвищенню комплаєнсу та більш щадному відношенню до шкірних покривів.

НЕ-IGE-ОПОСЕРЕДКОВАНА ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНА ХАРЧОВА АЛЕРГІЯ У ДІТЕЙ: СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

NOT-IG E-MEDIATED GASTROINTESTINAL FOOD ALLERGY IN CHILDREN: MODERN METHODS OF DIAGNOSIS AND MANAGEMENT

Черниш Ю. Р. (Chernysh Yu. R.), Охотнікова О. М. (Ohotnikova O. M.)

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
Кафедра педіатрії № 1

Актуальність теми. До не-IgE-опосередкованої гастроінтестинальної харчової алергії (ХА) належать ентероколітичний синдром, ентеропатія та проктоколіт, що індуковані харчовими білками. Можуть виникати гостро, але як правило при повторному впливі причинного продукту та зазвичай призводять до хронічного запалення, яке вражає різні ділянки шлунково-кишкового тракту [1]. І тому можуть бути розцінені як стани, що не пов'язані з вживанням того чи іншого продукту. Наслідок цього – затримка вчасної діагностики ХА та неправильний підхід до ведення пацієнта з цією патологією, що призводить до серйозних ускладнень [1, 2]

Методи проведення літературного пошуку. Для огляду були використані повідомлення у науковій періодичній літературі за останні 10 років, що стосується питань гастроінтестинальної харчової алергії у дітей, що розвивається за не-IgE-опосередкованим механізмом імунологічної реакції.

Аналіз отриманих даних. Критеріями діагностики вважаються: 1) зникнення клінічних проявів після повної елімінації з раціону антигенних продуктів; 2) доведена відсутність іншої причини коліту; 3) відсутність повторних епізодів симптоматики на фоні вживання харчової суміші зі зниженим антигенним складом, при цьому маса тіла нормалізується протягом першого місяця такого харчування; 4) повернення симптомів після провокації сумішами на основі молока, сої або інших причинних продуктів. [2]. З огляду на типові клінічні симптоми та точні критерії для позитивного результату орального провокаційного тесту вважається, що ендоскопічне та гістологічне обстеження не є першочерговим та рутинним методом діагностики, але можуть відігравати важливу роль при стійких і тяжких хронічних гастроінтестинальних проявах, які не чутливі до елімінаційної дієти, для виключення іншої патології ШКТ [3, 4]. Диференціальна діагностика має проводитися з такими патологічними станами: інфекції (бактеріальні, вірусні, паразитарні), хвороба Гіршпрунга, гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, ідіопатична гіпертрофія пілоруса,

<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 Е407а 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