



НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА
АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ
ОСВІТИ ІМЕНІ П.Л. ШУПИКА
РАДА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

«YOUNG SCIENCE 2.0»

20 ЛИСТОПАДА 2020 РОКУ

м. Київ - 2020

Державний заклад «Луганський державний медичний університет»,
Кафедра фармакології, клінічної фармакології та клінічної фармації

Актуальність теми: Неухильне зростання захворюваності на розсіяний склероз серед громадян України та високий рівень інвалідності хворих свідчать про актуальну проблему сучасної фармакотерапії, що може призвести до патологічних змін перебігу розсіяного склерозу та незворотних наслідків.

Мета: Розглянути сучасні схеми метаболічної терапії у хворих з розсіяним склерозом.

Обговорення: Сьогодні, використовують у лікуванні патологічного стану, що вивчається – імуномодуючу, імуносупресивну, локальну, обмежену бар'єрами, антиклітинну, антиоксидантну й антигіпоксичну терапії, при цьому переважна кількість препаратів володіють нейропротекторною та метаболічною активністю. Крім того, застосовую засоби з різними механізмами дії, зокрема препарати альфа-ліпоєвої кислоти, вітаміни С, Е, А, D, групи В, мікроелементи селен та цинк, амантадину сульфат, амінокислотно-пептидні препарати, бурштинову кислоту, нікотинамід.

Необхідно підкреслити, що метаболічна терапія (в минулому мала назви «антиоксидантна» й «нейропротекторна») продовжує широко застосовуватися в практичній неврології. Так, високий ступінь прихильності вказаної фармакотерапії з боку пацієнтів обумовлений невисокою частотою виникнення побічних ефектів, досить низькою вартістю, високою доступністю, що ініціювало початок використання даної терапії при лікуванні хворих з розсіяним склерозом.

Варто зазначити й перспективні результати досліджень з використанням високих доз біотину у людей з прогресивними формами розсіяного склерозу, що було представлено американською академією неврології. Так, основні механізми дії (антигіпоксичний та метаболічний) стають безсумнівними при використанні препарату в великих дозах, що перевищують стандартні форми фармакотерапії в тисячу разів.

Висновки: Таким чином, незважаючи на появу нових препаратів, які змінюють перебіг розсіяного склерозу з різними механізмами дії, зберігається і розвивається цілий напрям досліджень щодо вивчення лікарських препаратів, що володіють традиційно метаболічною дією. Саме тому, продовження використання вказаних препаратів є доцільним в сучасній медицині та фармації.

ВПРОВАДЖЕННЯ ГПОЛІПІДЕМІЧНОГО ЗАСОБУ ДО ТРАДИЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ РОЗАЦЕА

Шестакова Я.А.

Науковий керівник- д.мед.н., проф. Г.І.Макуріна

ДЗ Запорізький державний медичний університет

Кафедра дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини

Актуальність теми. Однією з актуальних проблем сучасної дерматології є розацеа, яка відноситься до розповсюджених запальних дерматозів, вражаючих шкіру обличчя. Розацеа- це захворювання поліетіологічної природи зі стадійним

плином, що проявляється хронічним запальним захворюванням шкіри обличчя з розвитком еритеми, телеангієктазій, папул, пустул, поразку очей та формуванням рінофіми.

Зустрічається частіше у осіб старше 30 років, пік захворюваності припадає на вік 40- 60 років. Відзначається більш висока захворюваність розацеа серед осіб зі світлою шкірою (1 та 2 фототип за Фітцпатріком), в той час як низька зустрічаємість спостерігається серед пацієнтів азіатського та африканського походження. Крім того, у більшості чорношкірих хворих на розацеа є предки північно - європейського походження. Існують дані як про рівний розподіл розацеа за статтю, так і про переважання захворювання серед жінок. За деякими даними, важкі форми, наприклад рінофіма, зустрічаються в переважній більшості випадків у чоловічого населення. Жінки починають хворіти на розацеа в більш молодому віці, аніж чоловіки.

Встановлено безліч факторів, що підвищують ризик виникнення рожевих вугрів. До них належать вік, фототип шкіри, вплив УФ- випромінювання, часті стреси, тривале перебування в умовах високих та низьких температур, частий прийом гострої та гарячої їжі, косметика та фізичні вправи.

У патофізіологічній картині дерматозу проведну роль відводять факторам вродженого імунітету (кателицидин LL-37), активації TLR (Toll-like receptors) та патології судин шкіри обличчя. Для розацеа характерний висип над неактивною мускулатурою обличчя, що приводить до формування набряку тканин, котрий не дронується скороченням м'язів. Довгий набряк в поєднанні з венозним застоєм та тканинною гіпоксією приводить до гіперплазії сполучної тканини та сальних залоз, що, в свою чергу, приводить до розвитку фіматозних змін.

Вплив тригерних факторів на TLR шкіри здорових людей призводить до контрольованого підвищення рівня цитокінів та антимікробних пептидів, а саме кателицидин LL-37. Він виявляється у пацієнтів з розацеа, та має суттєві відмінності від поліпептидів здорової людини. Кателицидин взаємодіє з клітинами ендотелію, підвищує продукцію хемокінів клітинами дерми, викликає хемотаксис імунних клітин у вогнище запалення, стимулює ангиогенез, а також модулює експресію фактора росту ендотелію судин.

Особливе значення в патогенезі розацеа надають порушенням шлунково - кишківного тракту. Ряд авторів віддає перевагу в патофізіологічному розвитку захворювання наявності *Helicobacter pylori*. В деяких дослідженнях був виявлен зв'язок з порушенням ліпідного обміну, але остаточно він залишається до кінця не вивченим.

Мета дослідження. Визначити зв'язок між проявами розацеа та порушенням ліпідного обміну, на підставі цього удосконалити стандартну терапію розацеа.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на базі КУ «ЗОШВКД ЗОР» м. Запоріжжя. Під наглядом знаходилось 60 пацієнтів хворих на розацеа з еритематозною та папуло- пустульозною формою. Під час дослідження було виявлено, що у пацієнтів на папуло- пустульозну форму розацеа значно підвищенні рівні загального холестерину та ліпопротеїдів низької щільності. На підставі цього саме пацієнти з папуло-пустульозною формою розацеа були розподілені на дві групи: 15 пацієнтів з порушенням ліпідного обміну та 15- без порушень. Під час збору анамнезу виявлено, що у 70 % пацієнтів була вперше діагностовано розацеа;

30 % досліджуваних не зверталась за медичною допомогою протягом року; у 10% хворих була раніше діагностовано дисліпідемія, але лікування вони не отримували. У всіх пацієнтів була виключена супутня патологія, яка могла впливати на перебіг захворювання. Пацієнти, котрі вживали статини, глюкокортикостероїди, цитостатики також були виключені з дослідження. Стан ліпідного обміну оцінювали за допомогою ліпідограми.

Результати дослідження. Під час проведеного дослідження було виявлено, що у пацієнтів з папуло-пустульозною формою розацеа прояви дисліпідемії були більш виразними, ніж у пацієнтів з еритематозною формою. Тому для корекції терапії статинами була обрана група пацієнтів на папуло-пустульозну форму дерматозу. Обстежуваних розподілили на дві групи порівнянних за статтю, віком та клінічними проявами захворювання.

Пацієнти першої групи (загальної) отримували традиційну терапію, котра включала антибіотик тетрациклінового ряду, метронідазол системно, ангіостабілізатор, гепатопротектор, місцево гель або крем метронідазолу. Додатково таким пацієнтам був призначений розувастатин 10 мг 1 раз на добу протягом 4 тижнів. Пацієнти другої групи (порівняння) отримували тільки традиційну терапію без додаткового призначення статинів. Ефективність лікування була оцінена через 4 тижні після відміни всіх препаратів. Під час контролю загально клінічних аналізів та ліпідограми було виявлено, що у значній кількості пацієнтів першої групи були значно зменшені показники дисліпідемії. У даних пацієнтів набагато швидше покращився стан шкіри, збільшився період ремісії та зменшилась кількість загострень. У пацієнтів другої групи показники ліпідограми залишились на тому ж рівні, покращення стану шкіри наступило набагато пізніше, період ремісії був нестійкий, схильний до рецидивів.

Висновки. Під час дослідження було виявлено, що дисліпідемія має негативний вплив на прояви розацеа, вона сприяє розвитку більш тяжких форм дерматозу. Впровадження таким пацієнтам в терапію статинів дозволяє досягти більш ранньої нормалізації клінічної картини та домогтися більш стійкої ремісії.

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА КАМПІЛОБАКТЕРІОЗУ В УКРАЇНІ CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CAMPILOBACTERIOSIS IN UKRAINE

Коцюбайло Л.П., Бойко В.О., Печінка А.М., Дуда О.К., Шкарупа К.О.
(Kotsiubailo L.P., Boyko V.O., Pechinka A.M., Duda O.K., Shkarupa K.O.)

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
Кафедра інфекційних хвороб

Актуальність. За даними ВООЗ, кампілобактеріоз становить до 15 % всіх гострих кишкових захворювань людини. Найбільш суттєвими природними резервуарами кампілобактерій є свійські (собаки, кішки, кролі) та сільськогосподарські тварини (велика рогата худоба, вівці, свині), птиця. Не можна виключити з цього переліку й гризунів. При цьому встановлена провідна роль в інфекційній патології людини таких видів кампілобактерій, як *C. jejuni*, *C. coli*, *C. fetus*.

харчовою добавкою E407a	
Фам Нзок Фионг Ян, Гладчук З.І., Ле Тхі Куинь Ань Клінічний випадок симультанних операцій захворювань хірургічного та гінекологічного профілю	132
Hoseynu M. Mechanisms of hypercoagulability and thrombosis in covid-19 ...	132
Чайковська С.М., Габрієлян А.В., Белейович В.В., Доманський Т.М. Особливості шунтування коронарних артерій напрацюючому серці з використанням аутоартеріальних графтів у пацієнтів з ішемічною хворобою серця.....	133
Чеберніна І.О., Кулик С.В., Какуля В.В Роль мінімально інвазивних органозберігаючих операцій при адренкортикальних аденомах	134
Червонна Н.В. Порівняльна характеристика різних методів оцінки оклюзійних контактів у пацієнтів із захворюваннями тканин пародонта	136
Чернеда Л.О. Ефективність топічного окиснику та ретиноїду у порівнянні з електрокоагуляцією у лікуванні себорейного кератозу.....	137
Черниш Ю. Р. Роль ендоскопічного та гістологічного дослідження в діагностиці гастроінтестинальної	138
Чорнобай М.А Фактори прогнозу рака шлунка	140
Чхало О.В., Терещенко Н.Ю., Г.М. Зайцева, В.О.Калібабчук Лабораторний контроль вмісту канцерогенів групи поліциклічних ароматичних вуглеводнів.....	140
Sakhanda I.V, Palladin M.O. Analysis of the effectiveness of treatment of cardiovascular diseases	141
Шаповалов В.А. Особливості мікробного пейзажу піхви при дистрофічних захворюваннях вульви.....	142
Шаповалова Ю.Ю., Моложон К.М., Волощук О.М. Метаболічна терапія в лікуванні розсіяного склерозу	144
Шестакова Я.А Впровадження Гіполіпідемічного Засобу До Традиційної Терапії Розацеа.....	145
Коцюбайло Л.П., Бойко В.О., Печінка А.М., Дуда О.К., Шкарупа К.О. Клініко-епідеміологічна характеристика кампілобактеріозу в Україні.....	147
Шульга О.В Сучасні об'єктивні методи діагностики та лікування ригідної форми повздожньої плоскостопості	145
Щербина Т. М. Клініко-лабораторне обґрунтування запропонованих методик профілактики та комплексного лікування (в комбінації з кінезіологічними постуральними вправами) у ростучих пацієнтів з глибоким типом прикусу, ускладненим порушеннями постави а дисфункцією колового м'язу рота	147
Ярмошук І. Р. Тромбоцитарна активність і динаміка морфологічного стану під впливом комплексного лікування в хворих на генералізований пародонтит.....	149
Ясній В.Б., Климнюк С.І. Мікробіоценоз ротоглотки у хворих на цукровий діабет.....	150