

Міністерство освіти та науки України
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
IV Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 21-22 квітня 2016 року)

ТОМ 2

Суми
Сумський державний університет
2016

ревматической лихорадки.

Материалы и методы: Лечение начинается с обязательной госпитализации и строгого постельного режима. Основным направлением этиотропного лечения ОРЛ является антибактериальная терапия, а именно препараты бензилпенициллина в течение 10 дней, поскольку именно они оказывают бактерицидное действие на β -гемолитический стрептококк группы А. В дальнейшем переходят на применение пенициллина пролонгированного действия – бензатин бензилпенициллина. При непереносимости пенициллина применяют макролиды, линкозамиды. При патогенетической терапии назначается ГКС с целью подавления активности ревматического процесса, а также предупреждения у больных с первичным ревмокардитом формирования или прогрессирования порока сердца. Препаратом выбора является преднизолон. Во избежание развития синдрома отмены после прекращения приема преднизолона больные в течение 1,5-2 мес. должны принимать нестероидные противовоспалительные препараты: диклофенак, индометацин. Симптоматическая терапия представляет собой назначение препаратов, улучшающих метаболические процессы в миокарде: аспарат калия и магния, инозинмонофосфат, триметазидин. Длительность терапии – от 2-х месяцев при остром течении и 4 месяца при подостром течении.

Вывод: Несмотря на существенные успехи, достигнутые в лечении и профилактике ОРЛ, данная проблема сохраняет актуальность в наши дни. Ревматические пороки сердца остаются наиболее частой причиной летальных исходов при сердечно-сосудистых заболеваниях в возрастных группах до 35 лет в большинстве стран мира, превышая показатели смертности таких “болезней века”, как ИБС и гипертония.

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В XX-XI ВЕКАХ

Ляховец В.А., Белая В.В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

*Гомельский государственный медицинский университет г. Гомель,
Республика Беларусь*

Актуальность: в настоящее время в структуре неврологической заболеваемости рассеянный склероз (РС) занимает одно из ведущих мест и представляет собой важную медико-социальную проблему в связи с распространением среди молодого трудоспособного населения, быстрым прогрессированием и высокой инвалидизацией.

Цель исследования: рассмотреть проблему распространения и заболеваемости РС, а также сравнить клинко-эпидемиологические изменения ситуации в мире в прошлом и настоящем веках.

Материалы и методы: теоретический анализ литературы.

Результаты и обсуждения: Рассеянный склероз (*син. множественный склероз*) — хроническое, мультифакториальное, генетически детерминированное, аутоиммунное заболевание, характеризующееся многоочаговым поражением белого вещества ЦНС и развивающееся у лиц молодого и среднего возраста.

Изменения эпидемиологической картины РС в XX и XI веках:

- ранее РС болели преимущественно лица европейской расы, есть этнические группы (эскимосы, индейцы и коренные жители центральной Африки), у которых РС не встречался. В настоящий момент РС - во всех этнических группах.
- возрастает количество случаев семейного РС.
- отмечается увеличение заболеваемости РС среди женщин (соотношение женщин к мужчинам достигает до 2 : 5).
- РС можно назвать болезнью молодых лиц, т.к. дебют заболевания начинается уже с 16 лет.
- на фоне использования современных препаратов частота обострений при ремитирующем РС снижается от 1-2 до 0,2-0,5 в год.

По данным генетических и хромосомных исследований, одной из генетических детерминант являются человеческие лейкоцитарные антигены на 6-й хромосоме, также гены

b-цепи антигенраспознающих рецепторов Т-лимфоцитов на 7-й хромосоме, гены тяжелых цепей иммуноглобулинов на 19-й хромосоме и ген основного белка миелина на 18-й хромосоме. Внешние факторы (инфекции, инсоляция, интоксикации) могут стимулировать развитие воспалительно-аутоиммунного процесса в ЦНС, разрушение миелина и повреждение нервных волокон.

Вывод: можно отметить практически повсеместное повышение показателей распространенности и заболеваемости РС в настоящее время, а также смело назвать РС болезнью молодых лиц, связанную не только повышением возможностей его эффективного лечения, но и с развитием современных методов диагностики.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ ТЯЖЕСТИ ПСОРИАЗА И СОСТОЯНИЯ АПОПТОЗА У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Макурина Г.И.

*Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра дерматовенерологии и косметологии с курсом дерматовенерологии
и эстетической медицины ФПО*

Псориаз на сегодняшний день остается одной из актуальных проблем современной клинической дерматологии. По данным разных авторов, у 29 - 40% пациентов, страдающих этим дерматозом, отмечается сочетание с артериальной гипертензией, в связи с чем нас заинтересовала именно эта категория больных.

Целью нашей работы явилось изучение взаимосвязи клинических проявлений псориаза и показателей апоптоза у пациентов, страдающих одновременно указанным дерматозом и артериальной гипертензией.

Для решения поставленной задачи мы обследовали 53 пациента с псориазом, из которых 26 человек имели нормальный уровень артериального давления, а 27 - имели сопутствующую артериальную гипертензию. Для оценки степени тяжести псориаза использовался индекс PASI. Определение каспазы-8, как показателя состояния апоптоза, проводили методом непрямого твердофазного иммуноферментного анализа в сыворотке крови.

У пациентов, страдающих лишь псориазом, уровень каспазы-8 составил в среднем $0,08 \pm 0,011$ пг/мл, у пациентов с изучаемой коморбидностью этот показатель составил $0,16 \pm 0,023$ пг/мл. Разница в лабораторных исследованиях сопровождалась существенными различиями в клинической картине псориаза. Так, у пациентов без артериальной гипертензии преобладали более легкие формы псориаза (преимущественно вульгарный бляшечный, в меньшей степени – экссудативный, артропатический, диффузный), средний показатель PASI составил $26,5 \pm 1,7$. В группе псориаза и артериальной гипертензии PASI составил $32,6 \pm 1,8$, преобладали пациенты с экссудативной, артропатической и диффузной формами, значительно меньше был представлен вульгарный бляшечный псориаз.

Таким образом, имеется обратная взаимосвязь между тяжестью течения псориаза и состоянием апоптоза, более выраженная у пациентов с сопутствующей артериальной гипертензией.

ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗА У МУЖЧИН С ПСОРИАЗОМ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ КОРРЕКЦИИ

Резниченко Н. Ю.

*Запорожский государственный медицинский университет, кафедра
дерматовенерологии и косметологии с курсом дерматовенерологии и эстетической
медицины ФПО*

У лиц старшего возраста отмечается рост заболеваемости псориазом, что обуславливает актуальность поиска новых путей его лечения.