

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Серія «Наука»

## **ЛІКИ – ЛЮДИНІ.**

### **СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ФАРМАКОТЕРАПІЇ І ПРИЗНАЧЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ**

Матеріали III Міжнародної  
науково-практичної конференції

У двох томах

Том 2

14-15 березня 2019 року  
м. Харків

*Реєстраційне посвідчення УкрІНТЕІ  
№ 262 від 9 серпня 2018 року*

Харків  
НФаУ  
2019

УДК 615:616-08

Л 56

**Редакційна колегія:**

*Головний редактор* – проф. А. А. Котвіцька

*Заступник головного редактора* – проф. І. В. Кіреєв

*Члени редакційної колегії:* проф. Т. В. Крутських, проф. А. Л. Загайко, проф. Л. В. Галій, проф. П. І. Потейко, проф. Н. М. Кононенко, доц. М. Г. Бакуменко, проф. О. М. Кошовий, доц. В. Є. Кашута, доц. О. О. Рябова, доц. Н. В. Жаботинська, доц. Н. М. Трищук, доц. М. В. Савохіна, І. Б. Кніженко

**Ліки** – людині. Сучасні проблеми фармакотерапії і призна-  
Л 56 чення лікарських засобів»: матеріали III Міжнар. наук.-практ.  
конф. (14-15 березня 2019 року) / у 2-х т. – Х. : НФаУ, 2019. –  
Т. 2. – 340 с. – (Серія «Наука»).

**ISSN 2412-0456**

Збірник містить статті і тези доповідей II Міжнародної науково-практичної конференції «Ліки – людині. Сучасні проблеми фармакотерапії і призначення лікарських засобів», де розглядаються проблеми фармакотерапії захворювань людини, наводяться результати експериментальних та клінічних досліджень, аспекти вивчення й упровадження нових лікарських засобів, доклінічні фармакологічні дослідження біологічно активних речовин природного і синтетичного походження. Наведено також праці, присвячені особливостям викладання медико-біологічних і клінічних дисциплін у закладах вищої освіти.

Видання розраховано на широке коло наукових і практичних працівників медицини і фармації.

Відповідальність за зміст наведених матеріалів несуть автори.

**УДК 615:616-08**

**ISSN 2412-0456**

© НФаУ, 2019

## СУЧАСНІ АСПЕКТИ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ПСОРІАЗУ

Кіреєв І.В.<sup>1</sup>, Рябова О.О.<sup>1</sup>, Кашута В.Є.<sup>1</sup>,

Бакуменко М.Г.<sup>2</sup>, Книженко І.Б.<sup>2</sup>, Качанова О.О.<sup>2</sup>, Тиха І.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

<sup>2</sup> КНП «Міська студентська лікарня» ХМР, м. Харків, Україна

<sup>3</sup> Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Поширеність захворюваності на псоріаз останнім часом неухильно зростає як в світі, так і в Україні. Актуальність проблеми псоріазу обумовлена поширенням захворюваності на псоріаз, тривалими рецидивами, повною або частковою втратою працездатності, високими рівнями інвалідизації і соціально-психологічною дезадаптацією пацієнтів. Псоріаз розглядають як полісистемне, генетично детерміноване, хронічне, рецидивуюче захворювання організму мультифакторної природи, що характеризується імунозалежним запаленням, доброякісною гіперпроліферацією епідермальних клітин з аномальною їх диференціацією та супроводжується, папуло-сквамозними висипаннями, стадійністю, тяжкістю перебігу та можливим залученням до патологічного процесу опорно-рухового апарату, внутрішніх органів.

Етіопатогенез псоріазу досить складний та до кінця не вивчений. На сьогодні патологічний процес при псоріазі включає в себе комплекс імунологічних реакцій шкіри з розвитком важкого запального процесу, епідермальною гіперпроліферацією з формуванням аномальної диференціації кератиноцитів. Встановлено, що після активації імунокомпетентних елементів на кератиноцитах і дендритних клітинах, відбувається активація Т-лімфоцитів, які мігрують в шкіру. Під впливом цитокінів (ІЛ-12, ІЛ-23) зростають субпопуляції деяких функціональних Т-клітин, зокрема Th1 і Th17 клітин, які в свою чергу, виробляють прозапальні цитокіни (ФНП- $\alpha$ , ІЛ-2, ІЛ-17 та ІЛ-22). Ці процеси обумовлюють запальну реакцію при псоріазі, яка відбувається за участю імунокомпетентних клітин на місцевому рівні, а саме ендотелію, фібробластів та кератиноцитів, що підсилюють імунну реакцію шкіри через експресію молекул адгезії та інших імунологічних месенжерів. В результаті каскаду імунопатологічних реакцій виникає міграція нейтрофільних гранулоцитів, що спричиняє розвиток стерильних епідермальних мікроабсцесів, збільшується проліферативна активність та аномальне дозрівання кератиноцитів, що призводить до гіперкератозу, який є характерною патогенетичною рисою поріазу

На сьогоднішній день велика увага дослідниками приділяється пошуку нових засобів біологічної терапії псоріазу, які блокують прозапальні цитокіни, зокрема інтерлейкін-17А (ІЛ-17А) та інтерлейкін-23 (ІЛ-23). Серед інгібіторів інтерлейкіну відомі устекінумаб, секукінумаб, іксекізумаб,

бродалумаб, гуселькумаб, тилдракізумаб. Дані препарати рекомендовані для терапії бляшкового псоріазу середнього та важкого ступенів.

Найбільш дослідженим є устекінумаб – це повністю людські моноклональні антитіла типу IgG1k, що мають високу специфічність до субодиниці p40 інтерлейкінів людини ІЛ-12 і ІЛ-23. Препарат пригнічує біологічну активність ІЛ-12 і ІЛ-23, запобігаючи їх зв'язуванню з білковим рецептором ІЛ-12Rb1, що експресується на поверхні імунних клітин. При бляшковому псоріазі призначають підшкірно в початковій дозі 45 мг, наступну дозу 45 мг вводять через 4 тижні від початку лікування, потім – кожні 12 тижнів. Пацієнтам з масою тіла більше 100 кг устекінумаб призначають підшкірно в початковій дозі 90 мг, наступну дозу 90 мг вводять через 4 тижні, потім – кожні 12 тижнів. Якщо терапевтичний ефект відсутній до 28 тижня лікування, слід розглянути питання про доцільність продовження терапії пацієнтам.

Секукінумаб – це моноклональне антитіло IgG1 людини, яке селективно зв'язується і нейтралізує прозапальний цитокін ІЛ-17А. Призначають в початковій дозі 300 мг підшкірно на 0, 1, 2, 3 і 4 тижні. Починаючи з 8-го тижня рекомендовано по 300 мг підшкірно 1 раз на місяць.

Іксекізумаб є гуманізованим моноклональним антитілом IgG4, яке нейтралізує прозапальні ефекти ІЛ-17А. Іксекізумаб рекомендують за схемою: в 0 тиждень по 160 мг підшкірно, потім по 80 мг підшкірно кожні 2 тижні (на 2, 4, 6, 8, 10 і 12 тижнях), а далі по 80 мг підшкірно кожні 4 тижня.

Бродалумаб – це людське моноклональне антитіло IgG2, яке селективно зв'язується з людським рецептором ІЛ-17А і інгібує його взаємодію з цитокінами ІЛ-17А, ІЛ-17F, ІЛ-17С. Призначають по 210 мг підшкірно на 0, 1 і 2 тижні, потім по 210 мг підшкірно кожні 2 тижня. Якщо адекватна відповідь не була досягнута через 12-16 тижнів, терапію слід припинити.

Гузелкумаб – моноклональне антитіло IgG1-λ, яке селективно зв'язується з субодиницею p19 ІЛ-23 та пригнічує прозапальні дії ІЛ-23. Рекомендовано по 100 мг підшкірно в 0, 4 тиждень, далі кожні 8 тижнів.

Тилдракізумаб – є гуманізованим моноклональним антитілом IgG1 / k, що селективно зв'язується з субодиницею p19 ІЛ-23 і інгібує його взаємодію з рецептором ІЛ-23. Призначають за схемою по 100 мг підшкірно на 0, 4 тижні і далі кожні 12 тижнів.

Таким чином, сучасними аспектами фармакотерапії псоріазу є призначення нового класу препаратів інгібіторів інтерлейкіну, які блокують прозапальні цитокіни, зокрема ІЛ-17А, ІЛ-23, що відіграють провідну роль в розвитку імунологічних реакцій в шкірі при псоріазі.

Зулфикариева Д.А., Юсупова Н.О. ИССЛЕДОВАНИЕ АЛКАЛОИДОВ САМШИТА ВЕЧНОЗЕЛЕННОГО .....	105
Зупанець І.А., Ткаченко К.М., Отрішко І.А. МОРФОЛОГІЧНА ОЦІНКА ВПЛИВУ КОМПОЗИЦІЇ НА ОСНОВІ КОМБІНАЦІЇ ГЛЮКОЗАМІНУ ГІДРОХЛОРИДУ ТА ДОКСИЦИКЛІНУ ГІДРОХЛОРИДУ НА ПЕРЕБІГ СИСТЕМНОГО СТЕРОЇДНОГО АРТРОЗУ У ЩУРІВ.....	107
Инагамов С.Я., Жалилова У.А., Қодирова Н., Мухамедов Г.И. ИНТЕРПОЛИМЕРНЫЕ КОМПЛЕКСЫ – НОВЫЕ НОСИТЕЛИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ .....	108
Исмаилова А., Ризаева Н.М., Жўраева А., Файзуллаева Н.С., Арипова Н.Х., Ўктамов Ш. РАЗРАБОТКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ГЕЛЯ «ПАРАДОНФИТ».....	110
Исмаилова М.Г., Алимова С.А, Ахмедов А.Р. ОПТИМИЗАЦИЯ ПИТАТЕЛЬНЫХ СРЕД ДЛЯ КАЛЛУСООБРАЗОВАНИЯ ЖЕНЬШЕНЯ <i>PANAX GINSENG</i> С.А.МАУЕР.....	111
Исмаилова П.Л., Абзалова Н.А., Исмаилова М.Г. СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУММАРНОГО СОДЕРЖАНИЯ ФЛАВОНОИДОВ В ТРАВЕ <i>SCUTELLARIA ISCANDERIA</i> L. ....	112
Иванько О.Г., Товма А.В., Пацера М.В. ТЕРАПЕВТИЧНА ТАКТИКА ПРИ ПРОВЕДЕННІ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ОГЛЯДІВ ПІДЛІТКІВ 16-17 РОКІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ.....	113
Иванько О.Г., Товма А.В., Пацера М.В. ЕНАЛАПРИЛ НЕ ЗНИЖУЄ ЕФЕКТ ВИСОКОЇ ЕКСПРЕСІЇ ГЕНУ NFATC1 У ПІДЛІТКІВ З ПЕРВИННОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ .....	115
Игнатова Т. В., Каплаушенко А. Г., Фролова Ю. С. СИНТЕЗ ТА ФІЗИКО-ХІМІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ 5-ФЕНЕТИЛ-4Н-1,2,4-ТРИАЗОЛІ-3-АМІНУ .....	116
Ільїна Т. В., Авідзба В. Ю., Ковальова А. М., Ірзаєва О. В. ДОСЛІДЖЕННЯ КАТЕХІНІВ У ЗРАЗКАХ ЧАЮ РІЗНИХ ВИРОБНИКІВ, ПРЕДСТАВЛЕНИХ НА ВІТЧИЗНЯНОМУ РИНКУ .....	117
Імане Ждір, Горішній В.Я., Матійчук В.С. СИНТЕЗ ПОХІДНИХ 5-АРИЛІДЕН-3-[2-(4-ГІДРОКСИФЕНІЛ)ЕТИЛ]-2-ТІОКСОТІАЗОЛІДИН-4-ОНУ ТА ЇХ ПРОТИПУХЛИННА АКТИВНІСТЬ.....	119
Калько К. О., Дроговоз С. М. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ АСПЕКТИ ХРОНОРИТМУ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ДІЇ СУЧАСНИХ ГЕПАТОПРОТЕКТОРІВ .....	120
Касимова Д.Б., Гаибназарова Д.Т., Жураева А.А. ОПРЕДЕЛЕНИЕ НУТРИДИЕНТНОГО СОСТАВА КОРНЕЙ СОЛОДКИ ОБЫКНОВЕННОЙ МЕТОДОМ МАСС-СПЕКТРОМЕТРИИ .....	121
Керимли Э.Г. АНТИМИКРОБНОЕ ДЕЙСТВИЕ СПИРТОВО-ВОДНОГО РАСТВОРА ЭФИРНОГО МАСЛА ТЫСЯЧЕЛИСТНИКА БЛАГОРОДНОГО ( <i>Achillea nobilis</i> L.).....	123
Керимов Ю.Б., Шукюрлова А.С., Сулейманов Т.А. ИТОГИ ФАРМАКОГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ВИДОВ РОДА <i>RHIZOMIS</i> . ИЗ ФЛОРЫ АЗЕРБАЙДЖАНА .....	124
Кіреєв І.В., Жаботинська Н.В., Цеменко К.В., Бакуменко М.Г., Кніженко І.Б., Гарбуз Н.В., Пугачова М.В., Кладько Е.А. МЕТОДИ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ЗАПАЛЕННІ ЛИЦЬОВОГО НЕРВУ.....	126
Кіреєв І.В., Рябова О.О., Кашута В.Є., Бакуменко М.Г., Кніженко І.Б., Качанова О.О., Тиха І.А. СУЧАСНІ АСПЕКТИ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ПСОРИАЗУ .....	128
Кіреєв І.В., Рябова О.О., Кашута В.Є., Бакуменко М.Г., Кніженко І.Б., Прокопович О.Є. РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ.....	130