

Дослідження проводили до початку лікування, їх повторне проведення планується через 8 і 16 тижнів після початку лікування з метою оцінки результатів лікування.

Статистичний аналіз проводили з використанням мови програмування R R-3.6.3 для Windows (GNU General Public License). Дані були представлені у кількості пацієнтів (n) та відсотках пацієнтів (%). Аналіз якісних даних проводився за допомогою точного тесту Фішера. Рівень значущості вважався 0.05 для всіх тестів.

Отримані результати. Проведена комплексна оцінка дерматоскопічних, біофізичних (гідратація) і змін при УЗД шкіри, в тому числі з доплер судин шкіри виявила виражені зміни у всіх хворих на вітиліго.

У 62 (57.9%) хворих на вітиліго виявлено достовірне зниження гідратації шкіри, в тому числі у 26 (57.8%) чоловіків і у 36 (58.1%) хворих жінок.

Помірно виражена судинна дерматоскопічна ознака, яка проявляється поодинокими і окремими судинними гілочками і крапковими судинними глобулами, незначною лівидністю, що займає до 30% площі осередку, виявлена лише у 2 (1.9%) хворих, тільки у жінок – у 2 (3.2%) хворих.

Встановлено, що у 99 (92.5%) хворих на вітиліго до початку терапії пігментна дерматоскопічна ознака в осередках вітиліго була відсутня повністю, в тому числі у 42 (93.3%) чоловіків і у 57 (91.9%) жінок.

УЗ дослідження шкіри дозволили виявити зміни товщини епідермісу у 35 (32.7%) хворих на вітиліго, в тому числі у 14 (31.1%) хворих чоловіків і у 21 (33.9%) хворих жінок; зміни товщини дерми – у 19 (17.8%) хворих, значно частіше у жінок, чим у чоловіків – у 13 (20.9%) і 6 (13.3%) хворих відповідно.

Порушена архітектоніка структур при УЗ дослідженні виявлена у 26 (24.3%) хворих, однаково часто як у чоловіків, так і у жінок – 11 (24.4%) і 15 (24.2%) хворих відповідно.

Допплер дослідження судин мікроциркуляторного русла дерми виявило зниження показників шкірного кровотоку у 13 (12.2%) хворих, дещо частіше у чоловіків, чим у жінок – у 6 (13.3%) і 7(11.3%) хворих відповідно. Підвищеним шкірний кровоток в осередках вітиліго був у 7 (6,5%) хворих, однаково часто як у чоловіків, так і у жінок – у 3 (6.7%) і 4 (6.5%) хворих відповідно.

Висновки. Виявлені зміни біофізичних параметрів ураженої шкіри у хворих відображають комплексні порушення її функціонування, які можуть впливати на повноцінність меланогенезу, а оцінка цих змін в динаміці – може бути корисною для оптимізації режиму лікування хворих на вітиліго.

СУЧАСНА ФАРМАКОТЕРАПІЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Коваль Марина

Науковий керівник: доцент Савохіна М.В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

marinadoc10@gmail.com

Актуальність. Астма продовжує залишатися однією із головних проблем охорони здоров'я в світі. За даними офіційної статистики розповсюдженість астми в світі складає від до 16 %. Вона знижує якість життя і працездатність, здатність до навчання пацієнтів, а також призводить до суттєвих економічних втрат в масштабі суспільства і всієї держави.

Мета роботи. Переглянути протоколи медичної допомоги з рекомендаціями Nice Guideline, Merck Manual, європейськими рекомендаціями та порівняти їх з українськими уніфікованими клінічними протоколами надання допомоги хворим з бронхіальної астми.

Матеріали та методи. У створенні роботи були використані теоретичні методи: пошук, збір, порівняння, аналіз і обробка інформації. Дослідження проводилось за допомогою аналізу літературних джерел – європейських гудлайнів, протоколів діагностики для лікування бронхіальної астми.

Отримані результати. Вивчено міжнародні рекомендації та накази Міністерства охорони здоров'я України по лікуванню бронхіальної астми. Сучасне медикаментозне лікування БА регламентують міжнародні рекомендації (Глобальна стратегія з лікування та профілактики БА, «GINA»), які щороку переглядають та доповнюють. На основі даних міжнародних рекомендацій розроблено та впроваджено вітчизняні протоколи з діагностики та лікування БА дітей та дорослих.

Згідно з міжнародними рекомендаціями та протоколом діагностики й лікування БА метою лікування є повний контроль за захворюванням, що визначається як: відсутність денних і нічних симптомів та загострень хвороби; мінімальна потреба або відсутність у застосуванні β 2-агоністів за потреби; пікова швидкість на видосі (ПШВ) за допомогою індивідуального пристрою пікфлуометру має бути $>80\%$ від належної величини щодня та її варіативність упродовж доби менше 20% ; відсутність загострень та невідкладних станів зі зверненням до швидкої допомоги; відсутність побічних реакцій на лікування та зумовленої ними зміни терапії.

Бронхіальна астма (БА) – гетерогенне захворювання, що зазвичай характеризується хронічним запаленням дихальних шляхів. БА класифікують за ступенем тяжкості перебігу за результатами аналізу комплексу клінічних та функціональних ознак бронхіальної обструкції, відповіді на лікування в період між приступами.

Лікування БА як у дорослих, так і у дітей носить ступінчастий характер. Щорічно міжнародний комітет GINA переглядає і включає в рекомендації нові можливості діагностики, терапії і профілактики БА у пацієнтів всіх вікових категорій. Пацієнти повинні почати лікування зі сходинок, яка найбільше відповідає початковій тяжкості їх бронхіальній астмі.

Основні зміни в фармакотерапії бронхіальної астми, згідно з GINA 2020, відбулися в терапії легкої бронхіальної астми (сходінка 1).

GINA більше не рекомендує лікування дорослих і підлітків з БА за допомогою монотерапії β 2-агоністів короткої дії. Незважаючи на те, що інгаляційні β 2-агоністів короткої дії є високоефективними для швидкого полегшення симптомів БА, пацієнти, що застосовують лише β 2-агоністів короткої дії (порівняно з інгаляційними кортикостероїдами (КС)), наражаються на ризик смерті від БА і невідкладної медичної допомоги, пов'язаної з БА, навіть якщо їхні симптоми добре контрольовані.

Регулярне або часте використання β 2-агоністів короткої дії пов'язане з несприятливими ефектами: зниження кількості β -рецепторів, ослаблення захисту бронхів, гіперреактивність після відміни препаратів (феномен рикошету), зниження бронхолітичної реакції, а також посилення алергічної відповіді та еозинофільного запалення дихальних шляхів.

В дослідженнях доказано, що несприятливі клінічні наслідки пов'язані з широким використанням β 2-агоністів короткої дії а саме, використання ≥ 3 балончиків на рік (в середньому 1,7 вприскування/день) пов'язане з підвищеним ризиком звертань у відділення невідкладної допомоги; використання ≥ 12 балончиків на рік пов'язане з більшим ризиком смерті. Саме тому, застосування лише β 2-агоністів короткої дії не рекомендується в

лікуванні хворих на бронхіальну астму. Хоча лікарські препарати цієї групи вискоєфективні у швидкому зменшенні симптомів астми, у хворих, які лікуються лише із застосуванням β 2-агоністів короткої дії є ризик смерті від БА, навіть при доброму контролі симптомів. Тривале дослідження по регулярному застосуванню лише β 2-агоністів короткої дії у хворих із щойно діагностованою астмою показало гірші результати та більш низьку функцію легень, ніж у хворих, які від початку лікувались інгаляційними кортикостероїдами (ІКС) в низьких дозах.

GINA рекомендує контролюючу терапію легкої БА проводити переважно комбінацією ІКС в низьких дозах/формотерол за потребою для зменшення симптомів та за потребою перед фізичним навантаженням. Іншим варіантом контролюючої терапії може бути використання низької дози ІКС, які необхідно використовувати всякий раз, коли хворі застосовують β 2-агоністів короткої дії.

β 2-агоніст тривалої дії формотерол має швидкий початок дії, так само ефективний, як β 2-агоніст короткої дії, щодо полегшення симптомів у дорослих і дітей, але регулярне або часте використання формотеролу без ІКС настійно не рекомендується через ризик загострень.

Висновки. З активною розробкою і впровадженням в клінічну практику нових лікарських фармакологічних засобів і їх комбінацій гостро піднімається питання про раціональність їх використання з урахуванням порівняльної оцінки ефективності, безпеки і вартості в алгоритмі ведення цього захворювання. Кожне клінічне рішення повинно базуватися на строго доведених наукових фактах. При легкій астмі, яка лікувалась здебільшого бронхолітиками швидкої дії без уваги до призначення протизапальної терапії, виникають дуже тяжкі наслідки: більше, ніж у третини – тяжкі загострення, для 16 % – біля фатальні, у 15-20 % – закінчуються смертю.

ВИДИ ОЗДОРОВЧОГО ФІТНЕСУ ЯК ЗАСІБ ПІДВИЩЕННЯ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ СТУДЕНТІВ В УМОВАХ КАРАНТИНУ

Коваль О.Д.

Науковий керівник: Зелененко Н.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

olesakoval01@gmail.com

Актуальність. Рухова активність є одним з характерних проявів діяльності і основною формою поведінки людини в зовнішньому середовищі. Під руховою активністю людини слід розуміти будь-який рух тіла, зроблений скелетними м'язами. Рухова активність складається із рухів, які є однією із необхідних умов життя. Вона підвищує працездатність, покращує здоров'я, забезпечує різносторонній гармонійний розвиток, функціонування серцево-судинної, дихальної, гормональної та інших систем організму, активізує нервово-м'язовий апарат і механізми передачі рефлексів з м'язів на внутрішні органи. Недостатній руховий режим негативно впливає на стан здоров'я студентів. Розглядаючи рухову активність людини, виділяють п'ять рівнів рухової активності: базовий, сидячий, малий, помірний, інтенсивний. До базового рівня відноситься: сон, відпочинок лежачи. До сидячого: читання, робота за столом, робота на комп'ютері тощо. До малого: заняття у закладі вищої освіти, пересування на всіх видах транспорту, прогулянка. До помірного (середнього): домогосподарство, регулярна ходьба, їзда на велосипеді по рівній місцевості виконання фізичних вправ і т. д. До інтенсивного (високого): заняття силовими видами спорту, біг, танці, тривале плавання, швидка ходьба, їзда на велосипеді тощо. Отже, зважаючи на