



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ

**ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
«НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ ЗДМУ – 2021»**

**В РАМКАХ І туру «ВСЕУКРАЇНСЬКОГО КОНКУРСУ СТУДЕНТСЬКИХ
НАУКОВИХ РОБІТ З ГАЛУЗЕЙ ЗВАНЬ І СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ
У 2020 – 2021 Н.Р.»**

5 лютого 2021 року

Запоріжжя – 2021

ендометрит) у віці від 16 до 44 років КНП ОМЦРЛ ЗОР. Контрольну групу склали історії хвороб 12 жінок з безпліддям незапальної етіології. Досліджувалися загальний аналіз крові, лейкограма, лейкоцитарні індекси до і після курсу стандартної протизапальної терапії.

Отримані результати.

При ХЗЗВСО виявлені зниження кількості лейкоцитів, паличкоядерних форм, виражена лімфоцитарна реакція, що може відображати роль бактеріальних, вірусних інфекцій в розвитку запальних процесів. Збереження низького вмісту лейкоцитів, тенденція до підвищення еозинофілів після лікування може свідчити про додатковий імуносупресивний ефект антибіотиків нестероїдних протизапальних препаратів, розвиток автоімунних процесів у жінок з ХЗЗВСО. Відсутність за даними лейкограм суттєвих змін кількості популяцій фагоцитувальних клітин – нейтрофільних гранулоцитів і моноцитів у фазу загострення ХЗЗВСО характерна при вірусних, грибкових інфекціях, внутрішньоклітинних бактеріях (зокрема, мікобактеріях туберкульозу), а також мікоплазменних, хламідійних патогенах і може сприяти прогресуванню запального процесу у внутрішніх статевих органах.

Зміни показників ІЛ ШОЕ, ЛП свідчать про наявність ендогенної інтоксикації, неспецифічної запальної відповіді, а також можливий розвиток автоімунних процесів. Підсилення метаболічних процесів, що проявляються перш за все у зростанні ЛП, призводить до автоагресії, яка може мати негативне відображення на функціональній активності імунокомпетентних клітин. Тому, визначення гематологічних індексів є і залишається виправданим та доцільним для вивчення динаміки лікування.

Висновки. 1. ХЗЗВСО супроводжуються змінами в імунній системі: імуносупресія (відсутність лейкоцитарної реакції при загостренні, підвищення лейкоцитарних індексів ІН/М, ЛЛ/М), відсутність нейтрофільної фази, лімфоцитоз можуть свідчити про роль бактеріальної, грибкової, вірусної інфекції, бути прогностичною ознакою прогресування запального процесу. ХЗЗВСО супроводжуються розвитком ендогенної інтоксикації (підвищення ЛП), автоімунного процесу (підвищення ШЛ*ШОЕ, ІСЛЕ).

Оцінка показників лейкограми і лейкоцитарних індексів є доцільним для адекватної корекції імунної системи при ХЗЗВСО і контролю динаміки лікування.

ФЕНОТИПИ (КЛІНІЧНІ ВАРІАНТИ) СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗУ ЯЄЧНИКІВ

Єршова О.А., ІІ медичний факультет, 5 курс
(наук. кер. доц. Сюсюка В.Г.)

Актуальність Гіперандрогенія (ГА) – найбільш поширена ендокринопатія у жінок, спричинена надмірною продукцією андрогенів яєчниками та/ або наднирниками чи підвищенням локальної тканинної чутливості до циркулюючих андрогенів. До частих та характерних проявів ГА належать дерматопатії (акне, алопеція, себорея та гірсутизм) і синдром полікістозу яєчників (СПКЯ) [В. В. Камінський та співавт., 2016]. СПКЯ – системна патологія, при якій порушуються всі ланки ендокринної системи, а не лише функція яєчників. СПКЯ трапляється у жінок будь-якого віку, розпочинаючи від пубертатного періоду та до менопаузи, із залученням у процес майже всіх систем організму [А. М. Урбанович, 2018]. На СПКЯ страждають понад 10 % жінок репродуктивного віку, до 70 % жінок мають недиагностований СПКЯ. У структурі ановуляторного безпліддя ця патологія посідає провідне місце, сягаючи 80 % [В.В. Камінський та співавт., 2016; З. М. Дубоссарская, 2017; С. І. Жук та співавт., 2018; А. Н. Valen et al., 2016]. Виділяють 4 фенотипи СПКЯ (клінічні варіанти). Для фенотипу А (класичний) характерна гіперандрогенія у поєднанні з ановуляцією та полікістозними яєчниками за даними

ультразвукового дослідження (УЗД). Фенотип В (неповний класичний) – це гіперандрогенія та ановуляція (без ультразвукових ознак полікістозу). Фенотип С (овуляторний) включає гіперандрогенію та полікістозні яєчники (за даними УЗД), а фенотип D (неандрогенний) – ановуляцію та полікістозні яєчники (за даними УЗД).

Мета дослідження: встановити частоту фенотипів (клінічних варіантів) синдрому полікістозу яєчників на підставі оцінки гормонального профілю та ультразвукових ознак.

Матеріали і методи В групу дослідження включено 28 жінок, які звернулися з приводу порушення менструального циклу та дерматопатій. Середній вік жінок основної групи склав $25,9 \pm 1,0$ років та знаходився в межах 18-35 років. Вираженість і розподіл гірсутизму визначали за модифікованою шкалою Феррімана-Галлвея (Ferriman-Gallwey). Для оцінки тяжкості перебігу акне жінки консультовані дерматовенерологом. З метою встановлення діагностичних критеріїв, які характеризують СПКЯ, проведене комплексне клініко-лабораторне обстеження та УЗД в динаміці. Кількісну оцінку концентрації гормонів у плазмі крові проводили методом імуноферментного аналізу з визначенням рівня кортизолу – К (мкг/дл), тиреотропного гормону – ТТГ (мкМО/мл), пролактину – Пр (нг/мл), вільного тестостерону – Тв (пг/мл), андростендіону – Ан (нг/мл), дегідроепіандростерона сульфату – ДГЕА-с (мкг/дл) та 17- α -ОН-прогестерону – 17-ОНП (нг/мл). Враховуючи, що ГА може сформуватися при гіпотиреозі, гіперпролактинемії та порушенні функції наднирників, жінки з відповідною патологією в групу дослідження не включались. Критеріями діагностики СПКЯ є наявність хоча б 2 критеріїв із 3-х: надлишкова активність або секреція андрогенів (клінічні та/або біохімічні ознаки ГА); оліго-/ановуляція; полікістозні яєчники за даними УЗД органів малого тазу (візуалізація не менше 12 фолікулів діаметром 2-9 мм хоча б в одному яєчнику). Результати дослідження оброблені із застосуванням статистичного пакету ліцензійної програми «STATISTICA 13.0»

Отримані результати За даними гінекологічного анамнезу 71,4 % жінок вказали на порушення менструального циклу та 53,6 % - безпліддя. Клінічні прояви менструальної дисфункції включали оліго-/аменорею та аномальні маткові кровотечі. Дерматопатії, а саме акне (42,9 %) і гірсутизм (39,3 %) зустрічались майже з однаковою частотою та у кожній 3-ї жінки мали поєднаний характер. За даними ультразвукового дослідження 85,7 % пацієнток мали ехографічні ознаки полікістозу яєчників. За даними лабораторних досліджень встановлено, що лише у 4 (14,3 %) пацієнток рівень Тв був підвищений, а рівень андростендіону підвищений у кожній 2-ї жінки (50 %). Так, середній показник К склав $14,9 \pm 1,1$ (мкг/дл), ТТГ – $1,7 \pm 0,2$ (мкМО/мл), Пр – $18,1 \pm 2,1$ (нг/мл), Тв – $4,0 \pm 0,4$ (пг/мл), Ан – $3,2 \pm 0,2$ (нг/мл), ДГЕА-с – $217,1 \pm 16,9$ (мкг/дл) та 17-ОНП – $1,4 \pm 0,1$ (нг/мл). Як відомо, вільний і загальний тестостерон мають відносно низьку чутливість, а серед найбільш інформативних показників у діагностиці ГА, згідно з рекомендаціями Європейського товариства ендокринологів (European Endocrine Society, ESS), належать індекс вільного тестостерону та андростендіон. Слід зазначити, що дослідження рівня андрогенів є допоміжним методом для встановлення діагнозу і в жодному разі не повинно використовуватися як основний критерій або заміна клінічної діагностики СПКЯ [В. В. Камінський та співавт., 2016].

Аналізуючи частоту фенотипів (клінічних варіантів) СПКЯ встановлено, що фенотип А (класичний) мав місце у 28,6%. Фенотип В (неповний класичний) діагностовано у 14,3%, а фенотип С (овуляторний) лише у 7,1%. Найчастіше, а саме у кожній 2-ї жінки (50%) з СПКЯ встановлено фенотип D (неандрогенний).

Висновки. Результати проведеного дослідження свідчать, що у жінок із СПКЯ клінічна симптоматика характеризується менструальною дисфункцією (71,4 %), безпліддям (53,6 %) та дерматопатіями, а саме акне (42,9 %) і гірсутизмом (39,3 %). Серед клінічних варіантів СПКЯ у кожної 2-ї жінки (50%) встановлено неандрогенний фенотип, а частота класичного (фенотип А) та неповного класичного (фенотип В), склала 28,6% та 14,3% відповідно. Слід зазначити, що лише у 7,1 % жінок з СПКЯ діагностовано фенотип С (овуляторний).

РОЛЬ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-4 ТА ІНТЕРЛЕЙКІНУ-13 В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВАЖКОСТІ ФОРМИ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ У ДІТЕЙ

Йожикова Д.О, І медичний факультет, 5 курс, Вакула Д.О.

(наук. кер. проф. Недельська С.М.)

Актуальність: Атопічний дерматит - хронічне запальне захворювання шкіри неінфекційного генезу, яке уражає до 20% дітей у більшості країн світу. Як відомо, ІЛ-4 та ІЛ-13 є основними цитокінами Th-2 запалення при АД. ІЛ-4 є фактором росту В-клітин, індуктором переходу ізотопного класу IgE, а також активатором хемотаксису еозинофілів. ІЛ-4, вироблений вродженими лімфоїдними клітинами 2 типу (innate lymphoid cells 2 – ILC2) викликає реакцію тучних клітин на дегрануляцію та інгібує індукцію Т-регуляторних клітин. Одночасно ILC2 взаємодіє з клітинами CD4 + Th2, щоб індукувати запалення шляхом продукування ІЛ-13. Підвищена експресія ІЛ-4 в епідермісі сприяє активізації запалення, що призводить до прояву свербіжу та внутрішньошкірного набряку. ІЛ-13 впливає на синтез білків десмосом, збільшує інфільтрацію шкіри запальними клітинами, сприяє десквамації шкіри та збільшує трансепідермальну втрату води.

Мета: вивчити сироваткові рівні цитокінів ІЛ-4 та ІЛ-13 їх з'язок із рівнями з показниками вродженого та набутого імунітету у дітей раннього віку з АД.

Методи дослідження. У дослідженні брали участь 85 пацієнтів у віці від 3 місяців до 3 років із підтвердженим діагнозом АД та 20 здорових дітей. Пацієнти з АД були розділені на 3 групи (I, II, III) за шкалою тяжкості SCORAD, група III були розділені на 2 підгрупи (IIIa, IIIb), де підгрупа IIIb характеризується показниками ІЛ-13 нижчими за показники групи контролю. Контрольна група - 21 дитина без історії атопії. Тяжкість АД вимірювали за індексом SCORAD. Для виявлення рівнів ІЛ-4, ІЛ-13 був використаний метод ELISA. Імунологічні параметри аналізували автоматично за допомогою проточної цитометрії. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою офіційного програмного пакету Statistica 13.0.

Результати. Рівні ІЛ-4, ІЛ-13 були суперечливими залежно від ступеня тяжкості за шкалою SCORAD. Діти з важким перебігом АД з нормальним рівнем загальних сироваткових IgA, IgM, IgG, CD3 +, CD 56+ Т-лімфоцитів мали більш високий рівень ІЛ-13 (I – 8,58; II – 20,60; IIIa – 74,36; IIIb – 1,1) і нижчий рівень ІЛ-4 (I – 0,26; II – 0,42; IIIa – 0,14; IIIb – 0,12) у порівнянні з легкими та середніми формами (p < 0,05). Діти з тяжкою формою АД та зниженим рівнем загального IgA, IgM, IgG, CD3 +, CD 56+ Т-лімфоцитів мали нижчий рівень ІЛ-13 та ІЛ-4, ніж діти з легкою та середньою формами АД та контрольної групи (p < 0,05).

Висновок. Механізм розвитку АД у дітей залишається незрозумілим, але дослідження показують, що рівні ІЛ-13 та ІЛ-4 можуть залежати від активації ILC2 або підвищеного рівня мРНК шкіри ІЛ-5. Подальші дослідження характеристик імунної відповіді при дебюті АД можуть допомогти по-новому поглянути на таргетну терапію у цій віковій групі.

АНАЛІЗ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ЗАГОСТРЕНЬ ТА ПІДХОДІВ ДО ЛІКУВАННЯ КРОПИВ'ЯНКИ ТА АНГІОНАБРЯКУ У ДІТЕЙ