

ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

З МАТЕРІАЛАМИ ІV МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

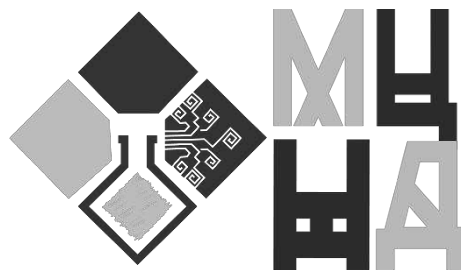
15 ЛИСТОПАДА 2024 РІК

М. КИЇВ, УКРАЇНА

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РОЗВИТКУ
ГАЛУЗЕЙ НАУКИ»**



ЗБІРНИК НАУКОВИХ
ПРАЦЬ З МАТЕРІАЛАМИ
IV МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РОЗВИТКУ ГАЛУЗЕЙ НАУКИ

| 15 листопада 2024 рік
м. Київ, Україна

Вінниця, Україна
«UKRLOGOS Group»
2024

Організація, від імені якої випущено видання:

ГО «Міжнародний центр наукових досліджень»

Номер запису організації в Єдиному реєстрі громадських об'єднань: 1499141.

Голова оргкомітету: Сотник С.Г.

Верстка: Бабич Ю.В.

Дизайн: Бондаренко І.В.

Рекомендовано до видання Вченою Радою Інституту науково-технічної інтеграції та співпраці. Протокол № 62 від 14.11.2024 року.



Конференцію зареєстровано Державною науковою установою у сфері управління Міністерства освіти і науки «Український інститут науково-технічної експертизи та інформації» в базі даних науково-технічних заходів України на поточний рік та бюлетені «План проведення наукових, науково-технічних заходів в Україні» (**Посвідчення № 356 від 12.06.2024**).

Збірник наукових праць з матеріалами конференції видано офіційно суб'єктом видавничої справи зі **Свідоцтвом ДК № 7860 від 22.06.2023**.

Матеріали конференції знаходяться у відкритому доступі на умовах ліцензії Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License (CC BY-SA 4.0).

А 43 **Актуальні питання розвитку галузей науки:** збірник наукових праць з матеріалами IV Міжнародної наукової конференції, м. Київ, 15 листопада, 2024 р. / Міжнародний центр наукових досліджень. — Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп, 2024. — 672 с.

ISBN 978-617-8440-21-3

DOI 10.62731/mcnd-15.11.2024

Викладено матеріали учасників IV Міжнародної наукової конференції «Актуальні питання розвитку галузей науки», яка відбулася 15 листопада 2024 року у місті Київ.

УДК 082:001

© Колектив учасників конференції, 2024

© ГО «Міжнародний центр наукових досліджень», 2024

ISBN 978-617-8440-21-3

© ТОВ «УКРЛОГОС Груп», 2024

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ КРЕАТИВНОСТІ УЧНІВ 1-4 КЛАСІВ З ВИКОРИСТАННЯМ ВЕБ-КВЕСТІВ Мазур А. В.	565
ОСОБЛИВОСТІ ПОСТАНОВКИ ТА АВТОМАТИЗАЦІЇ СОНОРНОГО ЗВУКУ [P] У ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ Молошій А. Ю.	569
ІНКЛЮЗИВНА ОСВІТА ХЕРСОНЩИНИ Фролова Л.О.	573
ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ОСВІТНІЙ МАРШРУТ ПЕДАГОГА У КОНТЕКСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НЕПЕРЕРВНОСТІ ОСОБИСТІСНО-ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ Чеснокова Н. Є.	576

СЕКЦІЯ XIV. ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХІАТРІЯ

ПСИХОЛОГІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ ВАГІТНИХ ЖІНОК В КОНТЕКСТІ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ Голденблат М. А.	579
РОЗРОБКА ПРОГРАМИ КОРЕКЦІЇ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ В ОСІБ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ В УМОВАХ КАРАНТИНУ Іваніцька-Дячун Т. І.	583
ФІЗІОЛОГІЧНІ ОЗНАКИ ГОСТРОГО ТА ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ ПІДЛІТКІВ Сагайдак А.	587

СЕКЦІЯ XXV. МЕДИЧНІ НАУКИ ТА ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я

ДИВНОСТІ ГІСТОМОРФОЛОГІЧНОЇ КАРТИНИ ГЕМАНГІОМИ ХОРІОЇДЕЇ Артьомов О. В., Литвиненко М. В., Кривда Г. Ф., Яворський Б. І., Ларсон Л. М. ..	594
КАРЦИНОЇДНІ ТА НЕЙРОЕНДОКРИННІ ПУХЛИНИ ТОВСТОЇ І ПРЯМОЇ КИШКИ: ПАТОГЕНЕЗ, ЗАГАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТА ПРОГНОЗИ Баштанова А. О.	601
ВПЛИВ СТРЕСУ НА ЧАСТОТУ ТА ІНТЕНСИВНІСТЬ МІГРЕНОЗНИХ НАПАДІВ Живиця О. В., Кондратенко О. К., Маланія М. Д.	605
ВИБІР АНТИГІСТАМІННИХ ПРЕПАРАТІВ В БАЗОВОМУ ЛІКУВАННІ АЛЕРГОДЕРМАТОЗІВ В ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ Портнова О. О., Данільчук Г. О.	609

ВИБІР АНТИГІСТАМІННИХ ПРЕПАРАТІВ В БАЗОВОМУ ЛІКУВАННІ АЛЕРГОДЕРМАТОЗІВ В ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Портнова Ольга Олександрівна

доцент кафедри сімейної медицини, загальної практики та поліклінічної терапії
Одеський національний медичний університет, Україна

Данільчук Галіна Олександрівна

доцент кафедри сімейної медицини, загальної практики та поліклінічної терапії
Одеський національний медичний університет, Україна

Вступ. У багатьох країнах світу вже сьогодні на алергію страждають від 10 до 30% населення. Причиною подібного зростання захворюваності є погіршення екології, зростання стресових навантажень, нераціональне харчування, поява нових алергенів, безконтрольне застосування медикаментів та ін. Поширеність алергічних захворювань у дитячій популяції зумовлена, насамперед, зміною імунологічної реактивності, схильністю до формування реакцій гіперчутливості, впливом неантропогенних та антропогенних факторів. Алергічні захворювання шкіри належать до найпоширеніших патологічних станів у педіатрії. Алергодерматози, їх негативний вплив на життя пацієнтів, пошук оптимальних терапевтичних алгоритмів і сьогодні залишаються важливою проблемою не тільки для інтерністів, а й для національних систем охорони здоров'я багатьох країн світу. Багато алергодерматозів мають подібний патогенез і можуть розглядатися як місцеві прояви системного алергічного запалення. Останнім часом у загальній структурі захворюваності дедалі більше місця займає атопічний дерматит, частка якого складає 50—75% алергічних захворювань. За даними ВОЗ, щорічно на атопічний дерматит хворіють до одного мільйона осіб. Кропив'янка виникає хоча б раз у житті у 10 – 20% населення. У дітей поширеність кропив'янки становить від 15 до 30%. Незважаючи на відмінності в клініці алергічних захворювань, патогенез створюється з класичних ланок. Відомо, що в організмі гістамін міститься у всіх тканинах, але найбільша його кількість сконцентрована в опасистих клітинах та базофільних гранулоцитах. При дії специфічного антигену на організм, сенсibilізований цим антигеном (алергеном), дві молекули

імуноглобуліну Е зв'язуються з ним і одночасно з рецепторами опасистих клітин та базофілів. При цьому з гранул клітин-мішеней негайно вивільняються гістамін та інші медіатори запалення, зокрема серотонін, ацетилхолін, брадикінін, лейкотрієни С₄ і В₄, простагландини D₄ і E₄, утворюється тромбоцитаактивуючий фактор. Гістамін зв'язується з H₁-рецепторами, розташованими в нервових закінченнях, гладких м'язах і залозистих клітинах. Внаслідок цього виникають почервоніння шкіри, пухирі, спазм бронхів, секреція слизу в них, застій крові, подразнення слизової оболонки. Виходячи з того, що гістамін є одним із головних медіаторів алергічних реакцій, групою препаратів вибору при лікуванні алергічних захворювань залишаються блокатори H₁-гістамінових рецепторів. Дія антигістамінних препаратів на алергійну відповідь пов'язана з конкурентним пригніченням H₁-рецепторів.

Препарат фенкарол має позитивні властивості та позбавлений деяких негативних характеристик представників 1-го та 2-го поколінь антигістамінних препаратів. За механізмом дії препарат суттєво відрізняється від інших антигістамінних засобів – він не лише конкурентно блокує H₁-рецептори, а й зменшує вміст гістаміну в тканинах, що пов'язано з його здатністю активувати гістаміназу (фермент, що інактивує гістамін). Це забезпечує додаткову антиалергічну активність. Фенкаролу властивий помірний бронходилатаційний ефект завдяки антисеротоніновій активності в комплексі із розщепленням гістаміну в тканинах. Відомо, що фенкарол має низьку ліпофільність, погано проникає через гематоенцефалічний бар'єр і не надає снодійної та гальмівної дії на ЦНС. Не має адренолітичної та холінергічної активності. Поряд з цим препарат не має аритмогенного ефекту, а навпаки, має антиаритмічну дію. Протисвербїжний ефект фенкаролу дає додаткову можливість використовувати його в терапії алергодерматозів. Препарат випускається у вигляді таблеток (0,025 г та 0,01 г) та саше (0,01 г). Враховуючи унікальні властивості фенкаролу, ми використовували його в лікуванні кропив'янки та atopічного дерматиту.

Матеріали та методи. Під наглядом перебувало 50 дітей з кропив'янкою та atopічним дерматитом. Критеріями включення хворих з кропив'янкою до дослідження було: клінічні симптоми кропив'янки: уртикарні висипання, що супроводжуються свербіжем шкіри, порушення сну, порушення загального стану. Діти з atopічним дерматитом відповідали наступним критеріям: наявність вогнищ гіперемії,

папульозних висипань, екскоріацій, ліхеніфікації, позитивний алергологічний та сімейний анамнез щодо atopічних захворювань. Програма обстеження пацієнтів з кропив'янкою включала вивчення анамнезу, оцінку клінічних ознак, загальний аналіз крові, визначення рівня IgE, а також алерготестування на етапі реконвалісценції. Комплекс досліджень дітей з atopічним дерматитом передбачав бальну оцінку 6 суб'єктивних та об'єктивних критеріїв за шкалою SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis). Оцінки виставлялися у спеціальній таблиці та на їх основі розраховувався індекс SCORAD. Шкала передбачає: А – оцінку площі ураження шкіри; В – визначення та оцінку інтенсивності морфологічних елементів висипу (еритеми, набряку/папули, мокнуття/кірки, екскоріації, ліхеніфікації, сухості) за 3-бальною системою (0 – відсутність, 1 – легкий, 2 – середній, 3 – важкий); С – оцінки суб'єктивних ознак (свербіж, порушення сну) за 10-ти бальною системою. Розрахунок індексу SCORAD проводиться за формулою: $SCORAD = A/5 + 7 \times B/2 + C$, де А – площа ураження шкіри у відсотках; В – сума балів оцінки інтенсивності морфологічних елементів дерматиту; С – сума балів суб'єктивних ознак (свербіж + порушення сну). Лабораторна діагностика включала загальний аналіз крові, визначення рівня IgE, алерготестування. Обстежені діти було поділено на 2 групи. 20 пацієнтів склали контрольну групу, 30 – основну. Хворі з контрольної групи отримували традиційну терапію. Базисна терапія atopічного дерматиту включала гіпоалергенну дієту та режим, інші антигістамінні препарати 1 покоління (діазолін, тавегіл, супрастин), мембраностабілізатори, топічні кортикостероїди. Традиційна терапія кропив'янки передбачала елімінаційні заходи, сорбенти, інші антигістамінні препарати 1 покоління (діазолін, тавегіл, супрастин), глюкокортикоїди системної дії та дезінтоксикаційну терапію за показаннями. Дітям основної групи в комплексі базисної терапії призначали препарат фенкарол 2-3 рази на день у віковому дозуванні. Курс лікування становив 7 – 10 днів.

Результати та обговорення. Динаміка клінічних даних у хворих з кропив'янкою основної та контрольної груп характеризувалася зменшенням сверблячки, значним зменшенням кількості пухирів вже через 1,5 години після прийому антигістамінного препарату. На 2 добу стан пацієнтів основної групи продовжував покращуватися, на 3-4 добу появу нових пухирів спостерігали у 50% хворих контрольної групи та 25% хворих основної групи. Повне зникнення уртикарних висипів

відзначалося на 6-7 добу в основній групі та на 8-9 добу – у контрольній. У групі дітей, які отримували фенкарол, відзначалося також динамічніше зникнення локального набряку шкіри та слизових, (табл.1). Клінічній динаміці відповідало зменшення рівня еозинофілії з $10,2\pm 3,3$ до $5,3\pm 1,2$ у контрольній групі та з $10,8\pm 2,1$ до $3,9\pm 1,5$ – в основній.

Таблиця 1

Динаміка основних клінічних симптомів при застосуванні фенкролу в комплексній терапії кропив'янки у дітей

Клінічний симптом	Основна група /доба	Контрольна група/доба	p
Висипка	$6,5\pm 0,2$	$7,3\pm 0,3$	<0,05
Набряк	$7,5\pm 0,3$	$8,7\pm 0,4$	<0,05
Порушення мікроциркуляції	$7,9\pm 0,2$	$8,8\pm 0,3$	<0,05
Свербіж	$5,6\pm 0,3$	$6,5\pm 0,3$	<0,05
Порушення сну	$5,3\pm 0,3$	$6,4\pm 0,4$	<0,05

При лікуванні фенкаролом був відзначений також позитивний регрес вторинних показників ефективності порівняно з контрольною групою: числа висипів (50% і 40%), розміру найбільших пухирів (66,7% і 50%) та сумарного індексу симптомів (55,3% і 37,5%). У хворих основної групи, порівняно з контрольною, відзначалося більш виражене покращення сну, повсякденної активності та самопочуття через зменшення сверблячки (66,7% та 37,5%). Однак підвищеної сонливості, загальмованості, порушення когнітивних функцій у групі дітей, які отримували фенкарол, не спостерігалось. Через 6 тижнів в основній групі зберігалось статистично значуще зменшення сверблячки порівняно з групою контролю ($p < 0,05$), що вказувало на стійкість ефекту препарату. Під впливом терапії у хворих з atopічним дерматитом на 2-3 добу значно зменшилася інтенсивність сверблячки в основній групі і на 4-6 - у контрольній, на 5-7 добу зменшилася вираженість запальних явищ в осередках ураження шкіри в основній групі і на 9-10 – у контрольній, на 10-12 добу майже повністю зникли інфільтрати в обох групах, на 14-16 добу – зникла ліхеніфікація у 61,1% хворих, які отримували фенкарол у комплексній терапії та у 50% хворих, що знаходяться на традиційній терапії із застосуванням інших антигістамінних препаратів (табл. 2).

Таблиця 2

Динаміка основних клінічних симптомів при застосуванні фенкаролу в комплексній терапії atopічного дерматиту у дітей

Клінічний симптом	Основна група /доба	Контрольна група/доба	p
Еритема	6,8±0,3	7,9±0,4	<0,05
Набряк	6,5±0,3	7,7±0,5	<0,05
Ліхеніфікація	15,3±0,4	16,8±0,5	<0,05
Свербіж	3,5±0,5	5,4±0,7	<0,05
Порушення сну	4,6±0,3	5,7±0,4	<0,05

У 16,6% хворих основної групи припинився свербіж, проте в підколінних ямках і ліктьових згинах збереглася незначна ліхеніфікація. Зменшення площі ураження з 5,1±0,4% до 3,4±0,6% (p<0,05) відзначалося у групі дітей, які отримували фенкарол, та з 6,2±0,6% до 4,7 ±0,7% (p>0,05) - у контрольній групі. Динаміка морфологічних елементів характеризувалася зменшенням еритеми з 2,8 до 1,2 балів в основній групі, (p<0,001) та до 1,8 балів - у контрольній, (p<0,01); набряку з 2,5 до 0,8 балів, (p<0,001) та до 1,1 балів, (p<0,01) відповідно; кірка з 2,0 до 0,3, балів, (p<0,001) та до 0,6 балів (p<0,05) відповідно. Динаміка ліхеніфікації була не достовірною в обох групах (з 2,9 до 2,0 та до 2,2 балів відповідно), p>0,05. (Табл. 3).

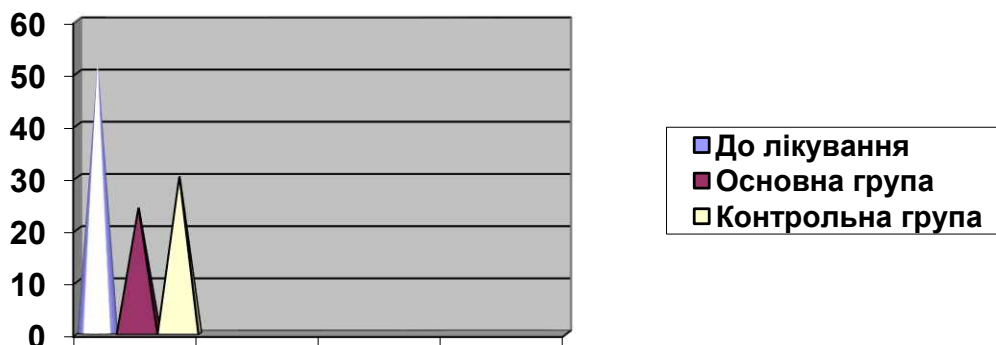
Таблиця 3

Бальна оцінка клінічної ефективності препарату фенкарол у дітей з atopічним дерматитом

Клінічний симптом	До лікування /бали	Основна група /бали	p ₁₋₂	Контрольна група /бали	p ₁₋₃	p ₂₋₃
	1	2		3		
Еритема	2,8±0,3	1,2±0,2	<0,001	1,8±0,2	<0,01	<0,05
Набряк	2,5±0,4	0,8±0,3	<0,001	1,1±0,3	<0,01	>0,05
Кірки	2,0±0,4	0,3±0,2	<0,001	0,6±0,1	<0,05	>0,05
Ліхеніфікація	2,9±0,5	2,0±0,1	>0,05	2,2±0,1	>0,05	>0,05
Свербіж	8,5±0,3	1,0±0,2	<0,001	2,1±0,2	<0,001	<0,001
Порушення сну	9,3±0,4	2,1±0,4	<0,001	4,1±0,3	<0,001	<0,001

Оцінка суб'єктивних ознак свідчила про достовірно більш значуще зменшення свербежу у пацієнтів основної групи з 8,5 до 1,0 балів і до 2,1 бала в контрольній групі до закінчення лікування (p<0,001).

Зазначалося також покращення якості сну з 9,3 до 2,1 бала в основній групі та до 4,1 бала – у контрольній ($p < 0,001$). Величина індексу SCORAD до закінчення лікування досягала $24,2 \pm 2,3$ в основній групі та $30,2 \pm 4,3$ – у контрольній (при вихідному значенні – $52,4 \pm 3,9$) (мал. 1).



Мал. 1. Динаміка величини індексу SCORAD у дітей, хворих на atopічний дерматит, на фоні застосування фенкаролу в комплексі традиційної терапії

Відмінною властивістю фенкаролу від антигістамінних препаратів першого покоління є відсутність седативного ефекту, що узгоджується з іншими авторами. Всі діти добре переносили прийом препарату, не реєструвалося сонливості відчуття розбитості, занепокоєння, порушення сну. Тільки у єдиного хворого на кропив'янку з набряком Квінке протягом одного дня відзначався головний біль. Нами не зафіксовано у хворих атропіноподібних ефектів, посилення синдрому бронхіальної обструкції у хворих на бронхіальну астму. У дітей, які отримували фенкарол, ми не реєстрували збільшення маси тіла, що властиво антигістамінним препаратам 2 покоління. Клінічно та електрокардіографічно не встановлено порушень серцево-судинної діяльності. Проведені клінічні спостереження свідчать про високу ефективність фенкаролу під час лікування алергодерматозів. Препарат має антиалергічну, протизапальну та антисвербіжну дію і є більш ефективним та безопарним порівняно з іншими антигістамінними препаратами першого покоління при лікуванні кропив'янки та atopічного дерматиту.

Висновки.

1. Фенкарол є ефективним антигістамінним препаратом у комплексному лікуванні алергодерматозів у дітей.

2. Препарат справляє швидкий антигістамінний ефект, що визначає доцільність його застосування для усунення гострих алергозів.

3. Фенкарол має виражені антигістамінні, протисвербіжні та антиексудативні властивості.

4. Застосування фенкаролу в терапевтичній дозі обумовлює достатній ефект при позитивну переносимість хворими.

5. Фенкарол має високий профіль безпеки і може бути рекомендований до застосування в педіатричній практиці.

Список використаних джерел:

1. Mochulska OM, Kosovska TM. (2021). Systemic therapy of allergic dermatoses in children (literature review). *Modern pediatrics. Ukraine.* 1 (113): 62-67.
2. Paller AS, Guttman-Yassky E, Schuttelaar ML, Irvine AD, Antila M, Baselga E, Kataoka Y, Bruin-Weller MS, Marcoux D, Abramova A, Rizova E, Liu C, Zhang A. (2022). Disease characteristics, comorbidities, treatment patterns and quality of life impact in children <12 years old with atopic dermatitis: Interim results from the PEDISTAD Real-World Registry. *Journal of the American Academy of Dermatology.* 87 (5): 1104-1108.
3. Prasannanjaneyulu V, Nene S, Jain H, Nooreen R, Otavi S, Chitlangya P, Srivastava S. (2022). Old drugs, new tricks: Emerging role of drug repurposing in the management of atopic dermatitis. *Cytokine & Growth Factor Reviews.* 65: 12-26.
4. Young TK, Glick AF., Yin HS, Kolla AM, Velazquez JJ, Nicholson J, Oza VS. (2021). Management of Pediatric Atopic Dermatitis by Primary Care Providers: A Systematic Review. *Academic Pediatrics.* 21 (8): 1318-1327.
5. Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018;32:657-82
6. Barrett M, Luu M. Differential diagnosis of atopic dermatitis. *Immunology and Allergy Clinics of North America.* 2017;37:11. doi: 10.1016/j.iac.2016.08.009.
7. Izuhara K, Nunomura S, Nanri Y, Ogawa M, Ono J. Periostin in inflammation and allergy. *Cellular and Molecular Life Sciences.* 2017;74:4293. doi: 10.1007/s00018-017-2648-0.
8. Radi, G.; Campanti, A.; Diotallevi, F.; Martina, E.; Marani, A.; Offidani, A. A Systematic Review of Atopic Dermatitis: The Intriguing Journey Starting from Physiopathology to Treatment, from Laboratory Bench to Bedside. *Biomedicines* 2022, 10, 2700
9. Schaefer TS, Zito PM. StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; Treasure Island (FL): Mar 7, 2023. Antiemetic Histamine H1 Receptor Blockers.
10. Curto-Barredo L, Giménez-Arnau AM. Treatment of chronic spontaneous urticaria with an inadequate response to H1-antihistamine. *G Ital Dermatol Venereol.* 2019 Aug;154(4):444-456.
11. Wollenberg A, Barbarot S, Bieber T, et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018;32:657-82