



24

DECEMBER, 2021

HELSINKI, REPUBLIC OF FINLAND

**SCIENCE OF XXI CENTURY: DEVELOPMENT,
MAIN THEORIES AND ACHIEVEMENTS**

I INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND THEORETICAL CONFERENCE

VOLUME 2



**EUROPEAN
SCIENTIFIC
PLATFORM**





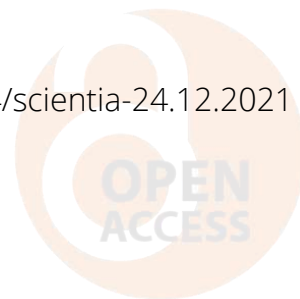
24 | December, 2021

Helsinki, Republic of Finland

**SCIENCE OF XXI CENTURY: DEVELOPMENT,
MAIN THEORIES AND ACHIEVEMENTS**
I International Scientific and Theoretical Conference

VOLUME 2

Helsinki, 2021



Chairman of the Organizing Committee: Holdenblat M.

Responsible for the layout: Bilous T.

Responsible designer: Bondarenko I.

S 40 **Science of XXI century: development, main theories and achievements:** collection of scientific papers «SCIENTIA» with Proceedings of the I International Scientific and Theoretical Conference (Vol. 2), December 24, 2021. Helsinki, Republic of Finland: European Scientific Platform.

ISBN 978-1-68564-134-4

DOI 10.36074/scientia-24.12.2021

Papers of participants of the I International Multidisciplinary Scientific and Theoretical Conference «Science of XXI century: development, main theories and achievements», held on December 24, 2021 in Helsinki are presented in the collection of scientific papers.



The conference is included in the Academic Research Index ReserchBib International catalog of scientific conferences and registered for holding on the territory of Ukraine in UKRISTEI (Certificate № 228 dated February 25th 2021).

Conference proceedings are publicly available under terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

UDC 001 (08)

© Participants of the conference, 2021

© Collection of scientific papers «SCIENTIA», 2021

© European Scientific Platform, 2021

ISBN 978-1-68564-134-4

CEREBRAL VASCULAR AND TISSUE CHANGES IN HAEMORRHAGIC STROKE

Research group:

Kamalova M.И., Mirzoev J.B., Rakhmatova I.B., Nuraliev A.A., Rafova D.K., Kamolov R.J. 74

GASTROINTESTINAL PATHOLOGY RELATED TO AUTISM SPECTRUM DISORDER (ASD)

Vikraman Pillai Akhil Krishnan, Bratkova L. 76

INDIVIDUALIZED APPROACH IN SCIENCE DIFFERENT BRANCHES BY LITERARY AND OWN DATA

Sartipi Hamed Nosratolla, Tkachenko E.V., Aqib Muhammad 78

THE PREVALENCE OF TURNER SYNDROME ON THE TERRITORY OF UKRAINE AND INDIA

Thankamoni Sindhu Sony, Kushniryk O. 81

THE ROLE OF INFLAMMATORY CYTOKINES IN THE PROLIFERATIVE STAGE OF UPPER AIRWAY INFLAMMATION

Kurbanov G.T. 84

АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРИ В ДІАГНОСТИЧНО-ЛІКУВАЛЬНОМУ АЛГОРИТМІ ХВОРИХ НА ПУХЛИНИ СЕРЕДОСТІННЯ. РЕНТГЕНЕНДОВАСКУЛЯРНІ ТЕХНОЛОГІЇ

Кравченко Р. 87

ВПЛИВ МОДИФІКАЦІЙ НА КЛАСИФІКАЦІЮ ШКАЛИ ГЛІСОНА

Бадалов З.А. огли, Ворушило В.В. 93

ВПЛИВ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ НА ЗДОРОВ'Я ВЧИТЕЛІВ В СИСТЕМІ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ

Лебединець Н.В., Циганкова Є.В. 96

ГИСТОТОПОГРАФИЯ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КИСТЫ ЯИЧНИКА

Жураева Г.Б., Зикирова А.И. 99

ДЕФЦИТ ВІТАМІНУ В1, ЯКИЙ ВИКЛИКАЄ ХВОРОБУ БЕРІ-БЕРІ

Костів А.В., Костів М.В., Головка В.В. 103

ДОЦІЛЬНІСТЬ ФІБРИНОЛІЗУ ПРИ ГОСТРОМУ КОРОНАРНОМУ СИНДРОМІ І ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST

Трикур В.С., Шупер В.О. 105

ЕВТАНАЗІЯ: ЗА ТА ПРОТИ

Видренко А.О., Червінська Д.Л., Щирій Б.В. 107

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТА ДІАГНОСТИКА ФОЛІКУЛЯРНОЇ ЛІМФОМИ

Пилипенко В.С. 109

КРОПИВ'ЯНКА ЯК ПОЧАТКОВИЙ СИМПТОМ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Гуманець К.Р., Пащенко Г.І. 111

Трикур Василь Сергійович

Студент

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Шупер Віра Олександрівна

кандидат медичних наук,

доцент кафедри внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

ДОЦІЛЬНІСТЬ ФІБРИНОЛІЗУ ПРИ ГОСТРОМУ КОРОНАРНОМУ СИНДРОМІ І ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST

Вступ.

Гострий коронарний синдром (ГКС) – це один з проявів ішемічної хвороби серця, що проявляється ішемією певної ділянки міокарда. ГКС може супроводжуватися наступним її некрозом і розвитком гострого інфаркту міокарду (ГІМ) з рубцюванням і виключенням цієї ділянки з роботи серця. Зазвичай ГКС і ГІМ виникають внаслідок оклюзії великої коронарної артерії. Оклюзія, в свою чергу, в більшості виникає внаслідок розриву атеросклеротичної бляшки, або рідше – внаслідок утвореного тромбу на пошкодженому ендотелію коронарної судини [1, 2].

Незважаючи на всі досягнення у лікуванні таких хворих, смертність від ІХС з наступним ГКС і ГІМ залишається доволі високою. ІХС посідає перше місце серед смертності у світі. Кожен рік помирає більше 7 мільйонів людей, хворих на ІХС, це займає 12.8-13% усієї смертності на планеті. У середині ХХ століття середня госпітальна смертність від ГІМ складала 25-30%. В наш час за даними статистики ці цифри коливаються в межах 4-6%. ГІМ - це дуже небезпечний стан, економічні наслідки якого для держави і суспільства є дуже негативними. Вони включають не тільки смерть людей, а і всі фінансові витрати на невідкладну допомогу, швидку госпіталізацію, проведення ангіопластики та інших хірургічних втручань, психологічну та фізичну реабілітацію після перенесеного інфаркту. Вибір правильної стратегії лікування може врятувати життя хворого і попередити небажані наслідки для держави та соціуму [3, 5].

Мета роботи. Визначити доцільність і правильність проведення фібринолізу у терапії ГІМ.

Викладення основного матеріалу. Реперфузійна терапія є єдиною можливістю зберегти уражену ділянку міокарда, відновивши прохідність коронарних судин. На даний час для відновлення кровотоку існує не так багато методів. Найшвидшим і найдоступнішим з них є фібринолітична терапія. Фібриноліз або тромболізис проводиться ферментами, що розчиняють фібрин. Зараз існує декілька класів даних препаратів. Фібринолітики 1 класу (стрептокіназа, стрептодеказа, урокіназа, плазмін) – прямо виділені людські чи бактеріальні ферменти. Препарати 2 класу (альтеплаза, дутеплаза, ретеплаза, тенектеплаза, ланотеплаза) – рекомбіновані, штучно синтезовані активатори плазміногену. Механізм дії фібринолітиків полягає у взаємодії з ендогенним плазміногеном і перетворенні його у активний плазмін, який володіє прямою фібринолітичною властивістю і розчиняє фібрин та фібриноген [1, 2].

У 1988 році було доведено доцільність використання тромболітичних препаратів у лікуванні ІХС. Результати дослідження ISIS-2, проведеного на 17187 пацієнтах, показали достовірне істотне зниження смертності таких хворих у наступні 35 діб у порівнянні із хворими, яким фібриноліз не проводився [3]. Також, саме після цього дослідження стандартом лікування ішемії міокарду стала комбінація тромболітика і ацетилсаліцилової кислоти. Практика показала, що введення фібринолітичних засобів найкраще проявляє себе у перші години після появи симптомів ГКС. Журнал «Circulation» у 1998 році опублікував аналіз, де було розраховано, що при кожній додатковій затримці тромболізу число померлих збільшується на 1.6 людину на кожну 1000 пацієнтів [4]. Проте, все одно виправданою фібринолітична терапія залишається протягом перших 24 годин при збереженні ангінозного болю і збереженні елевації сегмента ST на ЕКГ [6].

Основним і найнебезпечнішим ускладненням тромболітичної терапії є геморагічний інсульт. За останніми даними, він спостерігався у 8-14% пацієнтів, пролікованих таким методом, і зустрічався в основному у перші доби після лікування. Іншим важким ускладненням є алергічні реакції на фібринолітики бактеріальної природи – стрептокіназу і стрептодеказу. Але при застосуванні рекомбінантних препаратів дане ускладнення повністю відсутнє [5].

Висновки. Таким чином, використання тромболітичної терапії при ГКС і ГІМ з елевацією сегмента ST до 12-24 годин є обґрунтованим із доведеною ефективністю. За відсутності можливості швидкої ангіопластики, тромболізис залишається єдиним методом врятувати міокард від великого некрозу і попередити ускладнення або навіть врятувати життя пацієнту.

Список використаних джерел:

1. ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction. 1999 Uptate. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Management of Acute Myocardial Infarction). Web version
2. ISIS-2 (Second International Study of Infarct Survival) Collaborative Group. Randomised trial of intravenous streptokinase, oral aspirin, both, or neither among 17,187 cases of suspected acute myocardial infarction: ISIS-2. *Lancet* 1988; ii: 349-60.7.
3. The Task Force on the Management of Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. Management of acute myocardial infarction syndromes in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2003; 24: 28-66.
4. White H., Van de Werf F. Thrombolysis for Acute Myocardial Infarction. *Circulation* 1998; 97: 1632-1646.
5. Амосова Е.Н., Дыкун Я.В., Мишалов В.Г. Посібник із тромболітичної терапії. – К., 1998. – 162 с.
6. Дзяк Г.В., Коваль Е.А. Тромболітична терапія при гострому коронарному синдромі з елевацією сегмента ST: чи необхідно змінити стандарт реперфузійної терапії? // Український кардіологічний журнал. - 2004. - № 1. - С. 15-21.