

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України  
Міністерство охорони здоров'я  
Сумський державний університет  
Медичний інституту



# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical  
Medicine

**Збірник тез доповідей**  
III Міжнародної науково-практичної конференції  
Студентів та молодих вчених  
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Суми  
Сумський державний університет  
2015

### ПАТОЛОГІЯ РЕСПІРАТОРНОГО ТРАКТУ У ПАЦІЄНТІВ З ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ (ЦМВ-І)

*Чічірельо-Константинович К.Д.*

*Науковий керівник - Мороз Л.В.*

*ВНМУ ім. М.І. Пирогова, кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології*

ЦМВ-І – це поліорганне захворювання, що залучає у патологічний процес практично всі органи. Клінічний перебіг хвороб системи органів дихання у коморбідності з ЦМВ-І становить собою значну проблему сучасної медицини і є підґрунтям для розширеного наукового дослідження.

**Мета роботи.** Дослідити поширеність та характер патології респіраторного тракту у хворих з лабораторно верифікованою ЦМВ-І.

**Матеріали та методи.** В інфекційному відділенні обстежено 40 пацієнтів (16 чоловіків, 24 жінки; вік – 18-40 років) на наявність клініко-лабораторних та рентгенологічних ознак захворювань легень та маркерів цитомегаловірусної інфекції – Ig M, Ig G (ІФА), ДНК вірусу (ПЛР).

**Результати дослідження.** Серед обстежених 27 (67,5 %) хворих мали ознаки респіраторної патології: у 12 (30 %) виявлені інтерстиціальні зміни легеневої тканини (продуктивний кашель, диспное, характерні рентгенологічні зміни); у 6 (15 %) діагностовано бронхіт (продуктивний кашель, дані спірометрії не змінені); 9 (22,5 %) хворих мали ларингіт (сильний кашель, виражений за груднинний біль). У всіх хворих з виявленою дихальною патологією визначались маркери гострого перебігу ЦМВ-І (ПЛР+, Ig M+). У решти 13 (32,5%) пацієнтів захворювань з боку дихальної системи не було виявлено, рівень Ig G+, рівень Ig M+ сумнівно. У всіх обстежених наявний запальний характер загального аналізу крові, клінічно – поліаденопатія, лихоманка, відсутність клінічної відповіді на терапію антибіотиками, позитивна динаміка у відповідь на противірусні препарати.

**Висновки.** Показник поширеності респіраторної патології серед контингенту хворих на ЦМВ-І є досить високим (67,5 %). Це дає підстави для диференційного підходу при виборі тактики етіотропного лікування задля ефективної відповіді пацієнта на терапію.

### ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СУЧАСНОЇ БЕШИХИ

*Шандиба І.О., Ільїна Н.І.*

*Сумській державний університет, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією*

В останні роки значна поширеність бешихи та її схильність до рецидивного перебігу знову привертають увагу дослідників та практичних лікарів. Частіше на дану патологію хворіють жінки. Однією з причин поширеності бешихи серед жінок є більш розповсюджена супутня соматична патологія (метаболічний синдром, тощо). Стать є одним з найважливіших факторів, який впливає на імунну реактивність організму.

**Мета роботи.** Вивчити гендерні особливості клінічного перебігу бешихи на сучасному етапі. Завдання роботи – прослідкувати вікову структуру, клінічні форми, супутню патологію, ускладнення захворювання відповідно до статі.

**Матеріали та методи.** Карти стаціонарних хворих на бешиху, що перебували на лікуванні в Сумській обласній клінічній інфекційній лікарні ім.З.Й.Красовицького протягом 2012-2014 років. Опрацьовано 132 історії хвороби. Результати досліджень були піддані статистичній обробці за допомогою програми Microsoft Excel.

**Результати дослідження.** Переважну більшість хворих склали жінки – 80 (60,6 %) осіб, чоловіки-52 (39,4 %). Вік жінок - від 23 до 87 років, чоловіків - від 27 до 85.

Первинна бешиха діагностована у 50 (62,5 %) осіб жіночої статі і у 37 (71,2%) чоловічої. Рецидивну бешиху виявлено у 30 (37,5 %) жінок, 15 (28,8 %) чоловік. Патологічний процес у жінок та чоловіків в більшості випадків локалізується на нижніх кінцівках – 68 (85 %) та 41 (79 %) відповідно. З клінічних форм переважає еритематозна – 41 (51,25 %) у жінок, 25 (48,1 %) у чоловіків. Інші клінічні форми: бульозно-геморагічна, виразково-некротична,

еритематозно-бульозна, еритематозно-геморагічна з такою ж локалізацією розвинулись у – 11 (13,75 %), 1 (1,25 %), 13 (16,25 %), 2 (2,5 %) осіб жіночої статі відповідно. У чоловіків еритематозно-бульозна форма з локалізацією на нижніх кінцівках спостерігалась у 8 (15,4 %), еритематозно-геморагічна – у 7 (13,5 %), бульозно-геморагічна – у 1 (1,9 %) особи, а еритематозна форма розвивалась при інших локалізаціях: верхня кінцівка – 2 (3,8 %), вушна мушля- 2 (3,8%), обличчя- 6 (11,5 %), черевна стінка- 1 (1,9%). Локалізація бешихи на обличчі була діагностована у 8 (10 %) жінок, з них еритематозна форма у 7 (8,75 %) та еритематозно-геморагічна – у 1 (1,25 %) випадків. При ураженні верхніх кінцівок у жінок визначалась тільки еритематозна форма бешихи – 4 (5 %) пацієнтки.

Серед ускладнень як у жінок, так і у чоловіків на першому місці хронічна лімфо венозна недостатність – 9 (11,25 %) і 11 (21,2 %) відповідно. Лейкемоїдна реакція за мієлоїдним типом розвинулась у 3 (3,75 %) жінок. У одного чоловіка хвороба була ускладнена флегмоною (1,9 %).

Супутня патологія, що суттєво впливає на перебіг бешихи більш притаманна жіночої статі: ожиріння - 13 (16,25 %) жінок, чоловіків – 4 (7,7 %), цукровий діабет - 7 (8,75%) і 5(9,6%), на гіпертонічну хворобу страждають 44 (55 %) і 21 (40,4 %) відповідно, екзема спостерігалась у однієї жінки, псоріаз був у одного чоловіка. На мікози стоп та алергічний дерматит хворіла тільки жіноча стать – 3 (3,75 %) та 2 (2,5 %) відповідно.

**Висновки.** У жінок з клінічних форм бешихи переважають еритематозна та еритематозно-бульозна, у чоловіків - геморагічна. Рецидиви хвороби виникають частіше у жінок, що, ймовірно, зумовлено частою наявністю у них фонових захворювань.

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЛИХОРАДКОЙ ЭБОЛА

*Пономаренко О.А.*

*Научный руководитель - Чумаченко Т.А.*

*Харьковский национальный медицинский университет, кафедра эпидемиологии*

Лихорадка Эбола представляет собой инфекционное заболевание из группы вирусных геморрагических лихорадок, которое впервые было зарегистрировано и описано в 1976 г. в районе одноименной реки в Африке. В декабре 2013 г. в Гвинее началась 25-я по счету вспышка, которая продолжается до сих пор, выйдя за пределы страны и распространившись в Сьерра-Леоне, Либерии, Нигерии, Сенегале, США и Испании. По данным ВОЗ на 11 марта 2015 г. зарегистрировано 24282 случаев заболевания и 9976 (41 %) летальных исходов. Самым активным механизмом передачи является контакт с больным человеком и инфицированным им материалом. Поэтому наибольшему риску заражения подвергается медицинский персонал в процессе оказания медпомощи и ухода за больными лихорадкой Эбола.

**Цель исследования.** Проанализировать заболеваемость и смертность медработников от лихорадки Эбола.

**Материалы и методы.** С целью анализа нами были изучены официальные данные Всемирной организации здравоохранения и Центра по контролю за заболеваниями. Использован эпидемиологический метод исследования.

**Результаты исследования.** Вспышка 2014-2015 гг. охватила 840 медицинских работников, из которых 491 умерли. Большинство всего случаев возникло в Либерии – 372, Сьерра-Леоне – 295, Гвинее – 173, Нигерии – 11. Количество умерших медработников составило 180, 221, 90, 5 соответственно в этих странах, летальность колебалась от 45 до 75 %, в среднем – 58,4 %.

**Выводы.** Таким образом, существует необходимость профилактики профессионального заражения медперсонала, соблюдения им стандартных мер предосторожности применительно ко всем пациентам независимо от их диагноза. В число этих мер входят: гигиена рук, использование одноразовых смотровых медицинских перчаток, масок, защитных очков и халатов при контакте с жидкостями организма, слизистыми оболочками, поврежденной кожей и загрязненными предметами. Ограничение использования игл и других острых предметов.