

Міністерство освіти та науки України
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
IV Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 21-22 квітня 2016 року)

ТОМ 2

Суми
Сумський державний університет
2016

відомий вже близько 50 років, але лише у 2013 р. було проведено рандомізоване контрольоване дослідження, яке показало високі результати його ефективності.

Мета роботи - ознайомитися з експериментальним методом терапії захворювань кишечника, який полягає в трансплантації мікрофлори, дослідити показання, протипоказання та можливу побічну дію.

Матеріали та методи. Оброблено та проаналізовано дані організації Open Biome, Австралійського центру хвороб органів травлення, публікації вчених університету Амстердама в журналі *New England Journal*.

Результати. Процедура пересадки мікрофлори проводиться в товстий кишечник при фіброколоноскопії (тонкий ендовідеоскоп). Ця процедура проходить під загальним знеболенням. Показанням для трансплантації є: хронічні запальні захворювання кишечника (хвороба Крона, виразковий коліт), синдром подразненого кишечника (як з закрепамми, так і з діареєю), ожиріння, лікування інфекції, спричиненої *C. difficile* (псевдомембранозний ентероколіт).

Можливою побічною дією проведення даної маніпуляції може бути механічне пошкодження стінки кишечника. Крім того, проведення трансплантації за допомогою колоноскопа, клізми чи назогастрального зонду є досить дискомфортним для пацієнта. В такому випадку проведення трансплантації можливо перорально.

Новий підхід полягає в наступному: фекалії здорових донорів заморожують, потім отриману з них суміш кишкових бактерій фасують в кислотостійкі капсули, призначені для перорального приймання. Попередньо проводиться лабораторне дослідження зразків фекалій на різні інфекції і алергени. Результати дослідження показали, що приймання заморожених фекалій в капсулах настільки ж ефективно і безпечно при клостридіальній діареї, як і інфузії фекалій через колоноскоп або назогастральний зонд.

За даними науковців (*Kelly CR, De Leon L, Jasutkar N; Women and Infant's Hospital, Brown University Alpert School of Medicine, Провіденс, Род-Айленд, США*), з 16 членів групи, яким була здійснена пересадка калу, 13 повністю одужали після першої ж процедури, ще двоє - після другої (94 %), в той час, як з 26 пацієнтів, які отримували ванкоміцин, одужали тільки семеро (27 %). Решта членів цієї групи самі попросили лікарів провести їм таку ж процедуру і одужали після однієї-двох процедур.

Висновки. Враховуючи те, що трансплантація фекальної мікрофлори може бути ефективно застосована при багатьох видах патології кишечника різної етіології, необхідно подальше вивчення даного методу з метою його використання в умовах терапевтичних та інфекційних лікарень і відділень. Слід відмітити, що трансплантація фекальної мікрофлори достатньо проста маніпуляція, з технічної точки зору та не несе значних матеріальних витрат задля її впровадження.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛАЙМ-БОРЕЛІОЗУ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Кулинич М. О., Харанай А. Г.

Науковий керівник: Болецька Т.О.

Сумський державний університет

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Лайм-бореліоз – це природно-осередкове трансмісивне захворювання, збудником якого є спірохети комплексу *Borrelia burgdorferi sensu lato*, яке характеризується поліморфною клінічною картиною, стадійністю розвитку та схильністю до хронічного та латентного перебігу. Наявність механізмів, які допомагають збуднику уникати імунної відповіді людини (перехід у внутрішньоклітинні L-форми), та можливість забезпечити дисбаланс клітинної та гуморальної ланок імунітету створює сприятливі умови для тривалої персистенції борелій в організмі з подальшим прогресуванням хвороби і розвитком нейробореліозу, Лайм-артриту, Лайм-кардиту, Лайм-гепатиту. Тому Лайм-бореліоз є однією з актуальних проблем сучасної інфектології

Мета роботи - вивчити клінічні особливості Лайм-бореліозу в Сумській області.

Матеріали та методи. Проведено аналіз 221 медичної карти стаціонарного хворого (ф. 003/о), які знаходились на лікуванні в Сумській обласній інфекційній клінічній лікарні в 1999-2015 рр., з них жінки - 133 (60,18 %), чоловіки - 88 (39,82 %). Середній вік хворих склав $(46,61 \pm 0,95)$ років. Методи: ретроспективний та статистичний аналіз.

Результати. Більшість пацієнтів було з локальною формою Лайм-бореліозу (кільцеподібна еритема) – 191 (86,43 %). У стадії десимінації з ураженням нервової системи – 21 хворий (9,50 %), на пізню стадію персистенції припадало - 4 (1,81 %), безеритемну форму – 3 (1,36 %), та по 1 (0,45 %) випадку Лайм-артриту та шкірно-суглобової форми. За віковою структурою спостерігався такий розподіл: особи молодого віку 18-44 роки – 88 (39,82 %), середнього віку 45-59 – 97 (43,90 %), похилого та старечого старше 60 років – 36 (16,28 %).

При поступленні хворі скаржилися на: слабкість – 130 (58,82 %), біль у м'язах, суглобах – 26 (11,76 %), підвищення температури – 22 (9,95 %), біль в місці укусу – 21 (9,50 %), біль у животі – 20 (9,05 %), зниження пам'яті – 14 (6,33 %), висипання на шкірі, підвищену втомлюваність – 14 (6,33 %), головокружіння, пітливість, озноб, зниження працездатності – 13 (5,88 %), безсоння – 6 (2,71 %), затерпання кінцівцівок, зниження зору, гіркоту у роті, тяжкість у правому підбер'ї – 5 (2,26 %), шум у вухах, відчуття серцебиття – 4 (1,81 %), розлади випорожнень, нудоту, відчуття печії по тілу – 2 (0,9 %).

Кільцеподібна еритема з'являлась на $(14,60 \pm 1,26)$ добу від часу присмокування кліща. Діаметр еритеми склав $(16,73 \pm 0,88)$ см. Суб'єктивні відчуття в ділянці еритеми: свербіння реєструвалося у 67 (31,6 %) пацієнтів, цианотичність – у 22 (10,38 %), біль – у 20 (9,43 %), набряк – у 15 (7,08 %), печія – у 5 (2,36 %), лущення шкіри – у 4 (1,89 %), оніміння – у 3 (1,42 %), пігментація – у 2 (0,94 %). Поява одномоментно 2 еритем реєструвалась у 8 (3,77 %) хворих, 3 - у 3 (1,42 %), 4 – у 2 (0,94 %).

Підвищення температури тіла до фебрильних цифр спостерігалась у 63 (28,51 %) хворих. Гепатомегалія реєструвалась майже у половини хворих – 109 (49,32 %).

Висновки. Таким чином, проведене дослідження свідчить про те, що в клінічній картині переважають локальні форми інфекції, що свідчить про гіподіагностику пізніх стадій Лайм-бореліозу. Серед хворих переважають особи працездатного віку та жінки.

ВПЛИВ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ВІРУСНОГО ГЕПАТИТУ С НА АВТОІМУННІ ПОКАЗНИКИ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Лішневська А. Г.

Науковий керівник: д-р мед. наук, професор Чемич М. Д.

Сумський державний університет

Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Лікування хронічних вірусних гепатитів (ХВГ) є важливою проблемою як у медичній науці, так і в практичній медицині. Обумовлено це їх широким поширенням, високим рівнем захворюваності, поліморфізмом клінічних проявів, чисельністю шляхів передавання, а також труднощами у лікуванні та прогнозуванні наслідків у хворих із супутньою патологією, зокрема автоімунними відхиленнями.

Мета роботи - дослідити зміни автоімунного статусу у хворих на ХВГ С при проведенні противірусної терапії (ПВТ).

Матеріали та методи. Проведений ретроспективний аналіз медичних карток амбулаторного хворого (ф. 025/о) 57 хворих на ХВГ С, що знаходилися на противірусній терапії (ПВТ) медичних карток стаціонарного хворого у СОІКЛ у 2014-2015 рр. Були вивчені анамнестичні, клініко-епідеміологічні, інструментальні та лабораторні дані (перед початком ПВТ та після 12 тижня).

Результати. Серед обстежених частка чоловіків (68,4 %) була у 2,2 раза більша, ніж жінок (31,6 %). Пацієнти молодого віку становили 54,4 %, що у 1,3 раза більше, ніж середнього (42,1 %) та у 15,5 раза більше, ніж похилого (3,5 %) віку. Переважну кількість склали особи, які проживали у містах (75,4 %).