

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

**Цель работы.** Определить особенности течения и диагностики завозной тропической малярии.

**Материалы и методы.** Обследовано 27 больных, находившихся на лечении в Харьковской ОКИБ с диагнозом тропическая малярия за период 2008-2015 г. Из них 24 (88,89 %) - мужчин, 3 (11,11 %) - женщин. Средний возраст – (29,26±2,20) лет. Граждан Украины было 5 (18,52 %), 22 (81,48 %) - студенты, эмигранты из стран Африки.

**Результаты.** Во всех случаях заражение происходило в эндемичных районах за пределами Украины. Клиническая картина развивалась спустя 1-21 день после выезда из эндемичной зоны. Средний срок поступления в клинику – (4,32±0,90) суток от начала заболевания. Во всех случаях диагноз подтверждался паразитоскопическим методом. У 40,74 % больных в анамнезе были указания на перенесенную ранее малярию. У 8 (29,63 %) пациентов диагноз установлен во время профилактического обследования. По тяжести течения: лёгкое – у 34,4 %, среднетяжелое – у 61,9 %, тяжелое – у 3,7 %. Всем пациентам проводилась этиотропная терапия: артиметр, люмифонтрен 3-5 дней. У 26 (96,3 %) больных на фоне терапии наблюдалось клиническое выздоровление, в одном случае заболевание окончилось летально.

**Выводы.** В Украине ежегодно регистрируются случаи завозной малярии, большую часть составляет тропическая малярия с наиболее тяжёлым течением, угрозой развития злокачественных форм и летальным исходом. Факторами риска являются пребывание или проживание в эндемичных по малярии странах и сведения о перенесенной малярии в анамнезе, что необходимо учитывать при постановке диагноза.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ИЗМЕНЕНИЕ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ У БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ МОНОНУКЛЕОЗОМ

*Солохидинов Шохрух*

*Научный руководитель: Болецкая Т. А.*

*Сумский государственный университет*

*Кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией*

Удельный вес инфекционного мононуклеоза в структуре инфекционной патологии в последнее время заметно повысился. ВЭБ-инфекция относится к первично хроническим инфекциям: из каждых 10 тысяч заразившихся этим вирусом примерно у 9999 она переходит в хроническую форму без острого эпизода заболевания. Заражение ВЭБ обычно происходит от клинически бессимптомных вирусоносителей, которых среди детей около 25 %, среди взрослых – около 20 %. Именно это обеспечивает ВЭБ столь массовое распространение в человеческой популяции, приближающееся в отдельных странах и регионах к 100 %.

**Материалы и методы** – 44 медицинских карт стационарного больного (ф.003/у), которые находились на лечении в СОИКБ им. З. Й. Красовицкого в 2012-2015гг. Средний возраст больных составил (22,18±0,69) лет, из них мужчин – 26 (59,09 %), женщин – 18 (40,91 %). Группу контроля составили 100 практически здоровых лиц, которые проходили медицинский осмотр в КУ «СМКЛ №1» поликлиническое отделение №2, г. Сумы. По формулам рассчитывались: индексы интоксикации - лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), реактивный ответ нейтрофилов (РОН), индекс сдвига лейкоцитов (ИСЛК), индексы неспецифической реактивности – лимфоцитарный индекс (Илимф), индекс адаптации (СПНР), индекс соотношения нейтрофилов и лимфоцитов (ИСНЛ), индекс иммунореактивности, индекс аллергизации (ИА), индекс соотношения нейтрофилов и моноцитов (ИСНМ), индекс соотношения лимфоцитов и моноцитов (ИСЛМ) индексы активности воспаления – лимфоцитарно-гранулоцитарный индекс (ИЛГ), индекс соотношения лейкоцитов и СОЭ (ИЛСОЭ). Статистически значимые различия для средних величин сравнивались с использованием t- критерия Стьюдента.

**Результаты.** Основные жалобы на момент поступления: общая слабость – 36 (81,82 %), повышение температуры тела – 34 (77,28 %), боль в горле – 30 (68,19 %), затруднение при глотании – 11 (25 %), сыпь на коже – 7 (15,91 %), головная боль – 6 (13,64 %), сухой кашель

– 5 (11,37 %), головокружение, заложенность носа – 4 (9,09 %), боль в шее, снижение работоспособности – 2 (4,55 %), выделения из носа, тошнота, потливость – 1 (2,28 %). Больные поступали на (7,75±0,81) день от начала заболевания. Регионарный лимфаденит регистрировался в 37 (84,09 %) случаях за счет нижнечелюстных – 17 (45,95 %), подчелюстных – 12 (32,44 %), заднешейных – 5 (13,52 %), затылочных – 3 (8,11 %) групп лимфатических узлов. Средний размер составил (1,32±0,12) см. Повышение температуры тела наблюдалось у 41 (93,19%) больного до фебрильных цифр – (38,01±0,09)<sup>0</sup> С. Гепатомегалия регистрировалась у 24 (54,55 %) больных. Печень была увеличена в среднем на (1,43±0,07) см.

При УЗИ регистрировались гепатолиенальный синдром у 11 (25 %) больных, холецистит у 6 (13,64 %), дискинезия ЖВП – у 5 (11,37 %), косвенные признаки гастродуоденита – у 4 (9,09 %) и стеатогепатоз – 1 (2,28 %). В биохимическом анализе крови наблюдались повышение активности АлАТ – (73,44±14,81), АсАТ – (54,29±6,10), ГГТ – (60,32±10,58), ЛДГ – (611,11±108,95) Ед/л. В общем анализе крови было статистически достоверное повышение уровня палочкоядерных нейтрофилов (7,18±1,02) и (4,56±0,15), эозинофилов (3,34±1,45) и (1,63±0,08), моноцитов (9,33±0,53) и (3,04±0,21), лимфоцитов (42,30±2,93) и (30,59±0,83), лейкоцитов (8,86±0,81) и (6,0±0,13), СОЭ (19,98±1,71) и (9,53±0,64), гемоглобина (146,09±4,99) и (131,63±1,06), эритроцитов (5,00±0,08) и (4,15±0,03), Илимф (1,62±0,25) и (0,5±0,02), ИЛГ (14,91±2,25) и (4,86±0,19), ИЛСОЭ (32,04±5,15) и (0,58±0,04), СПНР (2,17±0,35) и (0,54±0,02), ИА (4,06±1,14) и (1,66±0,08) соответственно и снижение уровня сегментоядерных нейтрофилов (34,22±2,95) и (59,94±0,75), ИСНМ (5,35±0,68) и (31,55±2,07), ИСЛМ (5,45±0,64) и (15,21±1,07), ИИР (5,71±0,64) и (16,03±1,11) соответственно.

**Выводы.** Среди больных большую часть составляют мужчины и люди молодого возраста. Обнаруженные гематологические изменения указывают на нарушения в иммунной системе, а именно превалирование гуморального (повышение Илимф, ИА) и угнетение клеточного звеньев иммунитета (повышение ИЛГ, ИЛСОЭ, СПНР, снижение ИСНМ, ИСЛМ, ИИР), что создает благоприятные условия для развития аутоиммунных процессов.

## ОСОБЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В НЕКОТОРЫХ ПОСТСОВЕТСКИХ ГОСУДАРСТВАХ

*Усманов Камолиддин*

*Научный руководитель: Болецкая Т. А.*

*Сумский государственный университет*

*Кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией*

По темпам распространения ВИЧ-инфекция занимает первое место в странах Восточной Европы, особенно в таких постсоветских странах как Украина, Россия, Беларусь, Узбекистан, Казахстан. Отсутствие эффективной этиотропной терапии делает эту проблему актуальной. Несмотря на активную и дорогостоящую терапию, средняя продолжительность жизни больных составляет в среднем 12 лет. Официально ВИЧ-инфекция регистрируются с 1987 г.

**Цель работы** - изучить распространенность и эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции в Украине, Республике Беларусь, Республике Узбекистан, Республике Казахстан за 2010-2015 гг.

**Материалы и методы.** Информационные бюллетени ВОЗ и UNAIDS за 2010-2015.

**Результаты исследования.** *Украина.* По темпам распространения ВИЧ-инфекции Украина занимает первое место среди стран Европы. По оценкам экспертов UNAIDS, в Украине с ВИЧ-инфекцией живет до 270 000 человек. В 2012 году общее количество ВИЧ-инфицированных составило 223 178, показатель распространенности – 491,0 случаев на 100 тыс. нас., в 2013 году – 500,7 (227 178), в 2014 – 572,5 (245 161). По состоянию на 1 октября 2015 года распространенность ВИЧ-инфекции – 650,9 (277 481).

Начиная с 2008 года, украинцы чаще всего инфицируются во время незащищенного полового контакта. Если в 2005 году на долю полового пути передачи приходилось 33%, то в