

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ
Topical Issues of Theoretical and Clinical Medicine

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених
(м. Суми, 20-21 квітня 2017 року)

Суми
Сумський державний університет
2017

ОСОБЛИВОСТІ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Дубовик В.Ю., Корх Л.М.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Потайчук В.І.

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,
кафедра фтизіатрії та пульмонології*

Актуальність. З початку III тисячоліття однією з основних причин смерті населення від інфекційних хвороб є туберкульоз (ТБ), а мультирезистентний туберкульоз (МРТБ) досі залишається неконтрольованим. Кількість випадків МРТБ за 2014р. в Україні становила: серед нових випадків 22%, серед випадків повторного лікування 56% (у світі 3,3% і 22% відповідно).

Мета роботи - провести аналіз структури захворюваності на МРТБ.

Матеріали та методи. Проведений аналіз 65 історій хвороб та ТБ-01-МРТБ стаціонарних хворих на МРТБ віком від 21 до 62 років. Лікування пацієнтів проводилося за уніфікованим клінічним протоколом.

Результати. Серед обстежених 27 (42%) осіб вперше виявлені, 38 (58%) перебували на повторному лікуванні. У 56 (86%) пацієнтів туберкульозний процес був поширеним (фіброзно-кавернозний ТБ – 29(45%), дисемінований ТБ – 27 (41%)), у 9 (14%) – обмеженим (інфільтративний ТБ). Інтоксикаційний та бронхолегеневий синдроми визначались у 55 (85%) хворих, у 9 (15%) – клінічних проявів не було.

Хворих було розподілено на 2 групи: перша – 23 (35%) хворих – нові випадки МРТБ, друга – 42 (65%) хворих – ліковані в минулому протитуберкульозними препаратами I ряду. Серед пацієнтів першої групи 3 (13%) мали резистентність лише до Рифампіцину (R), 20 (87%) – до ПТП I ряду (H, R, S, E). У 16 (38%) пацієнтів другої групи, які лікувались ПТП I ряду, резистентність сформувалась після завершення інтенсивної фази лікування, у 26 (62%) – в кінці основного курсу лікування. Виникнення резистентності пов'язане з порушенням режиму лікування, зловживанням алкоголем та наркотичними речовинами, побічними реакціями на ПТП.

Висновок. Аналізуючи наведені дані, можна стверджувати, що значна кількість вперше виявлених хворих на МРТБ та хворих з набутою резистентністю свідчить про надзвичайну складність та актуальність даної проблеми в лікуванні та подоланні епідемії туберкульозу в Україні.

КОРЕЛЯЦІЯ УЛЬТРАЗВУКОВИХ ТА КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ДАНИХ В ДІАГНОСТИЦІ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Дяченко М.І.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Сніцарь А.О.

Сумський державний університет, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Актуальність. За даними ВООЗ, цироз печінки (ЦП) є причиною 1,8% всіх смертей в Європі. Найбільш значущими причинами ЦП залишаються вірусні гепатити В і С. За даними Державної служби статистики України у 2015 р. зареєстровано 47857 випадків захворювань на ЦП (131,8 на 100 000 населення), в т.ч. 8254 з діагнозом встановленим вперше в житті (22,7 на 100 000 населення). В Сумській області на 2015 рік зареєстровано 1649 випадків захворювань на ЦП (147,07 на 100 000 населення), в.т.ч. 322 з вперше встановленим діагнозом (28,72 на 100 000 населення).

Мета роботи – виявити кореляційні залежності в діагностиці ЦП.

Матеріали та методи. Амбулаторні карти за 2014-2015 роки (всього 45). Використані статистичні методи.

Результати. За результатами наших досліджень більшість хворих з ЦП виявляються на стадії субкомпенсації - 28 (62,2 %) хворих. На стадії компенсації 11 (24,5%) хворих, на стадії декомпенсації – 6 (13,3%). У всіх хворих за лабораторними даними кількість тромбоцитів нижче норми з діапазоном 28-215. Анемія спостерігалася у 2 (4,5%) хворих. Спостерігалася

лейкопенія у 24 (53,3%) хворих за рахунок зменшення сегментоядерних лейкоцитів. Інформативним методом є ультразвукове дослідження (УЗД) ОЧП. За даними УЗД у всіх хворих збільшені селезінка і печінка. Рідина в черевній порожнині клінічно виявляється лише на стадії декомпенсації ЦП, а при УЗД на стадії субкомпенсації. За допомогою ФГДС вже на ранніх стадіях можливо діагностувати розширення вен стравоходу. Розширення вен стравоходу I ст. виявлено у 10 (22,2%) хворих, II-III ст. - у 5 (11,1%). За допомогою УЗД розширення ворітної вени на стадії декомпенсації виявлено у 6 (13,3%) хворих, субкомпенсації - у 11 (24,5%). Клінічно розширення вен передньої черевної стінки спостерігалось у 2 (4,5%) хворих.

Висновки. Таким чином найбільш інформативними методами дослідження для виявлення розвитку цирозу печінки на стадії компенсації є кількість тромбоцитів та УЗД органів черевної порожнини.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ЗНАЧУЩІСТЬ ДІАРЕЙНИХ ІНФЕКЦІЙ В УКРАЇНІ

Дяченко О.О., Пташник О.І., Зьобра Ю.С.

Науковий керівник: к.мед.н, асистент Малиш Н. Г.

Сумський державний університет, кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією

Актуальність. Щорічно у світі реєструється 2,5 млрд. випадків діарейних захворювань. Недотримання вимог санітарно-гігієнічного режиму, стихійні лиха ускладнюють епідемічну ситуацію з гострих кишкових інфекцій (ГКІ) навіть у високорозвинених країнах.

Мета роботи - визначити епідеміологічну ситуацію з найбільш поширених ГКІ в Україні на сучасному етапі.

Матеріали та методи. У дослідженні використана статистична звітність Міністерства охорони здоров'я України (2011-2016 рр.), застосовані дескриптивний та аналітичний способи епідеміологічного методу досліджень.

Результати. У досліджуваному періоді найвищі показники захворюваності на шигельоз зареєстровані у Харківській області (медіана захворюваності складала 22,7). Друге, третє та четверте рангове місце займають Одеська, Миколаївська та Закарпатська області (медіани, відповідно складала 15,1; 9,1; 7,7). Медіана інцидентності на шигельоз у Сумській області була меншою ($p < 0,05$) і становила 2,02.

В Україні найвища інцидентність на сальмонельоз реєструвалася у Харківській області (медіана захворюваності склала 57,2). Друге, третє і четверте рангові місця займали м. Київ, Хмельницька, Одеська і Запорізька області (медіани, відповідно, становили 25,7; 24,6; 23,7; 23,5). У Сумській області відповідний показник склав 17,6.

Найчастіше гострі кишкові інфекції встановленої етіології (ГКІВЕ) реєстрували у Запорізькій, Одеській, Вінницькій та Харківській областях (медіани захворюваності, відповідно, становили 317,9; 167,5; 159,6; 145,1). Найвищі показники інцидентності на гострі кишкові інфекції невстановленої етіології (ГКІНЕ) реєстрували в Одеській області (медіана захворюваності склала 355,5 на 100). На другому і третьому ранговому місці - Миколаївська та Запорізька області (236,8 і 153,6, відповідно). У Сумській області медіана захворюваності на ГКІВЕ становила 94,5, на ГКІНЕ – 65,1.

Висновки. Сальмонельоз і шигельоз найчастіше виявляють на Слобожанщині, а ГКІВЕ і ГКІНЕ в областях, що територіально знаходяться у басейні Дніпра та мають вихід до Чорного моря. У Сумській області епідемічна ситуація, щодо ГКІ, є відносно благополучною.