

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗБІРНИК ТЕЗ
міжвузівської конференції молодих вчених
та студентів
МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ

(Харків - 20 січня 2015 р.)

Харків - 2015

заболеваниями, не менее чем у 15% пациентов причиной лихорадки стал дебют заболеваний соединительной ткани, у 8% диагностируется онкологическая патология, как правило, лейкозы и лимфомы. Приблизительно в 5-15% случаев причину лихорадки неясного генеза не удается установить, несмотря на обследование, к данной категории относятся и дети с лихорадкой пубертатного возраста. Несомненно, что причины ЛНГ у детей существенно разнятся с таковыми у взрослых, а установление этиологического фактора чаще всего представляет существенные трудности и затратно как во времени, так и с материально-технической стороны. Поэтому усовершенствование стандартов диагностики данного контингента больных требует пристального внимания.

**Анциферова Н.В., Соломенник Г.О, Кузнецова А.А., Пеньков Д.Б., Бикова К.М.
МОЖЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ СТАДІЙ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ ХВОРИХ НА
ХРОНІЧНУ НСV-ІНФЕКЦІЮ**

Кафедра інфекційних хвороб

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Козько В.М.

Мета дослідження – підвищення ефективності діагностики фіброзу печінки у хворих на хронічний гепатит С (ХГС).

Завдання дослідження – з'ясувати наявність статистичного зв'язку між сироватковим вмістом матриксної металопротеїнази-1 (ММП-1), трансформуючого фактора росту- β 1 (ТФР- β 1), гаптоглобіну (ГГ) та стадією фіброзу печінки (F), визначеною за системою FibroMax (Fibrotest).

Матеріали та методи дослідження. Було досліджено вміст ММП-1, ТФР- β 1 та ГГ у сироватці крові 102 хворих на ХГС. Кількісне вимірювання у сироватці крові вмісту ММП-1 та ТФР- β 1 проводилося за допомогою імуоферментних наборів Human MMP-1 ELISA Kit (США) та TGF- β 1 ELISA Cat (США) на імуоферментному аналізаторі Libline-90. Визначення вмісту ГГ було проведено фотометричним методом у реакції з риванолом за допомогою діагностикуму фірми "Реагент" (Україна) на біохімічному аналізаторі Libline-80. Статистичний аналіз отриманих результатів проводили традиційними прийомами обчислення величин (M), помилок середніх арифметичних, достовірності відмінності (p) за t-критерієм Стьюдента, коефіцієнт кореляції (r).

Результати. Отримані результати дослідження вмісту ММП-1 у хворих на ХГС виявили достовірно зменшений рівень показника ($17,78 \pm 0,41$ нг/мл) проти аналогічного показника у контрольній групі ($24,16 \pm 1,38$ нг/мл, $p < 0,001$). Аналіз вмісту ТФР- β 1 показав, що його рівень у обстежених хворих був достовірно підвищений ($5,7 \pm 0,21$ нг/мл) проти аналогічного значення у контрольній групі ($1,14 \pm 0,21$ нг/мл, $p < 0,001$) аж у 5 разів. Вміст ГГ у сироватці крові хворих на ХГС був достовірно нижчий ($1,08 \pm 0,01$ г/л) проти аналогічного показника у контрольній групі ($1,37 \pm 0,13$ г/л, $p < 0,05$). Вміст ММП-1, ТФР- β 1, ГГ у сироватці крові досліджували також у хворих на ХГС, яким визначали F печінки за системою FibroMax (FibroTest). Проведення кореляційного аналізу виявило наявність зв'язків між F печінки та вмістом у сироватці крові ТФР- β 1 (прямого сильного, $r = 0,96$, $p < 0,001$), ММП-1 (зворотного сильного, $r = -0,95$, $p < 0,001$), ГГ (зворотного помірною, $r = -0,74$, $p < 0,01$), на підставі чого був розроблений ДПФ, який розраховується за формулою $ДПФ = ММП-1 / ТФР-β1 \times ГГ$ де ДПФ – діагностичний показник фіброзу; ММП-1 – ММП-1 у сироватці крові, нг/мл; ТФР- β 1 – ТФР- β 1 у сироватці крові, нг/мл; ГГ – ГГ у сироватці крові, г/л. Розрахунок показників ММП-1, ТФР- β 1 та ГГ показав, що для кожної стадії фіброзу печінки були характерні певні межі ДПФ: за

відсутності фіброзу (F 0) ДПФ був більше 10 ($10 < \text{ДПФ}$), для F 1 ДПФ становив від 4 до 9 ($4 < \text{ДПФ} < 9$), F 2 – від 3 до 4 ($3 < \text{ДПФ} < 4$), F 3 – від 1 до 3 ($1 < \text{ДПФ} < 3$), F 4 – завжди менше 1 ($\text{ДПФ} < 1$). Таким чином, простежувався зворотний зв'язок – із зростанням F знижувався ДПФ. З метою перевірки отриманих результатів було додатково проведено визначення F печінки 31 хворого на ХГС як за системою FibroMax (FibroTest), так і за запропонованим способом оцінки F печінки одночасно. При цьому частота збігу F печінки склала 90,32 %

Висновки. Запропонований спосіб діагностики F печінки дозволяє диференціювати початкові стадії фіброзу від помірного та вираженого. Спосіб володіє високою чутливістю, що складає 90,32 % та може бути використаний як метод неінвазивної діагностики фіброзу печінки у хворих на ХГС.

Базалєєва А. М.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ НА ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ В У ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Кафедра епідеміології

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Науковий керівник: професор Чумаченко Т.О.

Вірусний гепатит В (ВГВ) – це одне з найпоширеніших вірусних захворювань у світі. Україна належить до регіону з середнім поширенням ВГВ (2,2 % населення є носіями HBsAg). Одна з груп ризику інфікування вірусом гепатиту В – це медичні працівники, які професійно мають контакт з кров'ю, її препаратами та здійснюють парентеральні маніпуляції.

Мета роботи: визначення рівня захворюваності на ВГВ та вплив на неї вакцинопрофілактики серед медичних працівників у Харківській області.

Матеріали та методи: Епідеміологічний ретроспективний аналіз проведено на підставі офіційних даних Харківської обласної санітарно-епідеміологічної служби за період 1991 – 2013 рр.

Результати: На фоні проведення вакцинопрофілактики спостерігалось зниження захворюваності на ВГВ медичних працівників у 7 - 9 разів, так в 1999 р. інтенсивний показник дорівнював 80,4 на 100 тис. медичних працівників, а у 2013 р. 7,1 на 100 тис. медпрацівників. Середній показник захворюваності на ВГВ серед медичних працівників у дощеплювальний період (1991 – 1998 рр.) склав $69,6 \pm 12,5$ на 100 тис. медичних працівників, а за період 1999 – 2013 рр. достовірно знизився удвічі і склав $33,1 \pm 5,2$ на 100 тис. медичних працівників.

Висновок: Проведені дослідження показали зниження захворюваності на ВГВ медичних працівників у період після початку проведення імунізації вакцинами проти ВГВ, що свідчить про ефективність вакцинопрофілактики та підтверджує необхідність планової імунізації медичних робітників як контингенту високого ризику зараження збудником ВГВ з метою попередження професійного інфікування.

Береговая А.А., Позняк А.С., Линник А.С.

ГИАЛУРОНОВАЯ КИСЛОТА В РЕАЛИЗАЦИИ АНТИВОЗРАСТНОЙ ПРОГРАММЫ

Кафедра дерматологии, венерологии и медицинской косметологии

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Старение - закономерный разрушительный процесс возрастных изменений организма, ведущий к снижению его адаптационных возможностей, увеличению