

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

*До 212-ої річниці відкриття  
харківської вищої медичної школи*

## **ЗБІРНИК ТЕЗ**

**Наукової сесії та  
Фестивалю молодіжної науки**

*16-18 січня 2017*



**м. Харків - 2017**

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



**ЗБІРНИК ТЕЗ  
міжвузівської конференції молодих вчених та  
студентів**

**МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ**

**(Харків – 16-17 січня 2017 р.)**

**Харків - 2017**

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків – 16-17 січня 2017 р.)  
Харків, 2017. – 600 с.*

***За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО***

Відповідальний за випуск проф. В.В. М'ясоєдов

Затверджено Вченою радою ХНМУ  
Протокол № 12 від 22 грудня 2016 р.

Результати дослідження і обговорення. ААД розвивається на фоні антибіотикотерапії або в течение 8 тижнів після її відміни. ААД найчастіше виникає у пацієнтів, які довго перебувають в стаціонарі і, особливо, в палатах інтенсивної терапії, у осіб похилого віку, при імунodefіцитних станах, зондовому годуванні.

Причинами розвитку ААД в більшості випадків є порушення якості і кількості складу мікрофлори кишечника, порушення метаболізму вуглеводів внаслідок зменшення кількості анаеробів в порожнині товстого кишечника, порушення моторики шлунково-кишкового тракту, порушення ентерогепатическої циркуляції жовчних кислот.

Інфекції, пов'язані з високотитровими штамами *P. difficile*, в останні роки все більш актуальні. По літературним даним в Україні ААД зустрічається у 25% хворих, які перебувають на амбулаторному лікуванні, і у 48% пацієнтів – в стаціонарі. Привертає до себе увагу тенденція до зростання супутньої грибкової інфекції, викликаній переважно грибами *Candida spp.* (50,8%). Частіше всього ААД виникає при прийомі кліндамицину (20-30%), амоксициліну, амоксиклава (10-25%), цефалоспоринов II-III покоління (2-25,8%), еритромицину (11-16%), ампициліну (5-10%), фторхінолонів (1-2%).

Висновки. 1. Частота зустрічальності ААД коливається від 25% до 48%. 2. Виникнення даної патології в більшості випадків пов'язано з необґрунтованим застосуванням антибіотиків, особливо кліндамицину, амоксициліну, цефалоспоринов II покоління. 3. Назначення антибактеріальних препаратів повинно проводитися суворо за показаннями.

**Семеренська Т.І.**

## **ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ КАШЛЮКУ У М. ХАРКОВІ**

**Харківський національний медичний університет,  
кафедра епідеміології м. Харків, Україна  
Науковий керівник - проф. Чумаченко Т.О.**

Протягом 2015 року в м. Харкові збільшився рівень захворюваності на кашлюк. Однією з причин зростання захворюваності є проблема щеплення дітей. Основна мета імунізації проти кашлюку – зменшення ризику захворіти на тяжку форму інфекції дітей раннього віку, з цією метою у всіх країнах світу є пріоритетною програмою щеплення дітей трьома дозами коклюшної вакцини. По оцінках Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) на теперішній час 18,7 мільйонів дітей грудного віку – майже кожна п'ята дитина у світі – все ще не проходять регулярні щеплення проти інфекцій, контрольованих імунопрофілактикою, таких як кашлюк.

Мета роботи – оцінити ефективність імунізації на кашлюк у м. Харкові у 2015 році.

Матеріали і методи. Проведений аналіз офіційних даних щодо захворюваності на кашлюк та щепленості дітей проти цієї інфекції у м. Харкові у 2015 році.

Результати та їх обговорення. За 2015 рік у м. Харкові відмічався низький показник щеплення проти кашлюку серед хворих дітей. Так, у 2015 році по місту Харкову було зареєстровано 146 випадків захворювання на кашлюк, інтенсивний показник склав 10,2 на 100 тис. населення, в тому числі 140 дітей (інтенсивний показник 69,2 на 100 тис. дитячого населення).

Захворюваність реєструвалась серед різних соціальних груп населення. В структурі захворюваності на кашлюк дошкільники неорганізовані склали 58,2 % (85 осіб), діти, які відвідують ДНЗ (дитячі навчальні заклади) – 3,4 % (5 осіб), учні шкіл – 32,2 % (47 осіб), учні шкіл-інтернатів – 1,4 % (2 особи), учні технікумів – 0,7 % (1 особа).

Питома вага нещеплених серед захворілих склала 62,4 % – 90 осіб, у т.ч. нещеплені за віком – 18 (20,0 %), відмовились від щеплень – 10 (11,1 %), медичні протипокази мали 23 (25,6 %) дитини, не щеплені через відсутність вакцини – 33 (36,7 %) дитини, 6 (6,7 %) осіб дані були відсутні. Найбільший відсоток серед не щеплених захворілих на кашлюк відмічається серед дітей до року, які не отримали планові щеплення у зв'язку з відсутністю вакцини у лікувальних закладах м. Харкова – 33 дитини (22,6 %), не підлягали щепленню за віком 18 дітей (12,3 %), за медичними протипоказами – 5 дітей (3,4 %).

Висновки. Низьке охоплення щепленням дітей проти кашлюку м. Харкова, особливо дітей до року, недостатнє забезпечення імунобіологічними препаратами дитячих лікувально-профілактичних закладів у м. Харкові призвело до зростання захворюваності на кашлюк. Для формування імунітету і не допущення епідемічних ускладнень необхідно збільшити охоплення щепленнями дитячого населення та інформованість батьків про необхідність імунізації.

**Соколова Ю.А., Терновая А.Ю., Басик Т.М.**  
**КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ**  
**ДОКСИЦИКЛИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КОШАЧЬИХ**  
**ЦАРАПИИ**

**Харьковский национальный медицинский университет,**  
**Кафедра инфекционных болезней, г. Харьков, Украина**  
**Научный руководитель: д.мед.н., проф. Бондаренко А.В.**

Болезнь кошачьих царапин (БКЦ) – зоонозное доброкачественное инфекционное заболевание, относящееся к бартоanelлезам и вызываемое *Bartonella henselae*, характеризуется наличием первичного аффекта и доброкачественного лимфаденита. У взрослых течение БКЦ, как правило, атипичное с длительной лихорадкой, выраженной общей слабостью, миалгиями, артралгиями, потерей веса, гепатоспленомегалией, энцефалитом и т.д. Общепринятых схем лечения данного заболевания на сегодняшний день нет, и подходы к антибактериальной терапии находятся еще на этапе

ДІАГНОСТИКА СТАДІЇ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С.....	307
Кучеренко О.О., Лисак М.С. ....	308
РЕАКЦІЯ ФАКТОРІВ ІМУНІТЕТУ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ПНЕВМОНІЇ.....	308
Лисицкая Н.А., Ткаченко В.Г. ....	309
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И РАСПОЗНАВАНИЯ ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ.....	309
Літвін О.С. ....	310
СТАН ЦИТОКІНОВОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ВУГРОВУ ХВОРОБУ .....	310
Милько А. Ю. ....	311
ИЗУЧЕНИЕ КОРТИЗОЛА И СОМАТОТРОПНОГО ГОРМОНА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ.....	311
Нгуен Тхи Лиен, Саенко М. О. ....	313
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛЕГОЧНОГО ИНФИЛЬТРАТА .....	313
Нечипорук И.А. ....	314
ПРОБЛЕМА АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ <i>HELICOBACTER PYLORI</i> .....	314
Ольховский Е.С., Писаренко Г.Н. ....	315
СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ.....	315
Осокин. А.Э. ....	316
ХИМИОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ, КАК ФАКТОР УСУГУБЛЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЁЗУ В ХАРЬКОВЕ .....	316
Павлюк М.А. Лазарева О.И. ....	317
ПРОДУКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ АМПЛИФИКАЦИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА.....	317
Почерніна В.В. ....	318
TOLL-ПОДІБНІ РЕЦЕПТОРИ 4 ТА 9, ЇХ РОЛЬ В ЕТІОПАТОГЕНЕЗІ ПСОРІАЗУ. ....	318
Райлян М.В. ....	319
ІНФЕКЦІЯ, СПРИЧИНЕНА ВІРУСОМ ЗІКА: ВПЛИВ НА ЗДОРОВ'Я ТА ОЦІНКА РИЗИКІВ.....	319
Саакян Т.Э., Федорцова В.В. ....	321
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ОНИХОМИКОЗОВ .....	321
Семенюк М.А., Кислов А.В. ....	322
АНТИБИОТИК-АССОЦИИРОВАННАЯ ДИАРЕЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ.....	322
Семеренська Т.І. ....	323
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ КАШЛЮКУ У М. ХАРКОВІ .....	323
Соколова Ю.А., Терновая А.Ю., Басик Т.М. ....	324
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДОКСИЦИКЛИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ КОШАЧЬИХ ЦАРАПИН.....	324
Сорокина О.Г., Лядова Т.И. ....	326
ОСОБЕННОСТИ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ ЭПШТЕЙНА-БАРР .....	326
Трегуб Е.С. ....	327
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОРЬЮ В УКРАИНЕ В 2005 – 2015 Г. Г. ....	327
Фоміна Л.В. ....	328
СТАН ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ЕКЗЕМУ .....	328
Фундовая Е.В., Сухорукова М.Ф. ....	329
АКТУАЛЬНОСТЬ ИКСОДОВОГО КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА ДЛЯ УКРАИНЫ ...	329
Христенко Н.Є., Тихонова О.О., Ложко Н.В., Доспехова М.А., Гасанова А.І. ....	331
ЗНАЧЕННЯ ВИЗНАЧЕННЯ ВМІСТУ СЕЧОВИНИ В СИРОВАТЦІ КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С .....	331
Чопорова О.І., Андалеева Т. ....	332
СТРУКТУРА ПОБІЧНИХ РЕАКЦІЙ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛІЗУ ДАНИХ ЗА ПЕРШЕ ПІВРІЧЧЯ 2016 РОКУ .....	332
<b>НЕЙРОНАУКИ.....</b>	<b>334</b>