

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗБІРНИК ТЕЗ

міжвузівської конференції молодих вчених та студентів

МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ



м. Харків - 2016

базового медицинского колледжа №1. Контрольную группу составили 21 студента гуманитарного профиля Харьковского Национального Университета им. Каразина.

Результаты. Прирост инфицированности за годы обучения у студентов ХНМУ составил 28,6%, у студентов лечебного факультета - 30,7%, у студентов педиатрического факультета - 23,1%. у студентов средних учебных медицинских учреждений – 14,3%. Следовательно, у обследованных студентов произошло первичное инфицирование. За годы обучения выраженные и гиперергические реакции на туберкулин у студентов медицинского профиля увеличились в 7 раз, с 4,0% до 27,1%, соответственно, у студентов средних учебных медицинских учреждений в 9 раз, с 1,6% до 13,7%. Лица с выраженной туберкулиновой чувствительности, а также с выраженными и гиперергическими реакциями относятся к группе риска по туберкулезу. Случаи заболевания туберкулезом выявляются на 5-ом и 6-ом курсах, что свидетельствует о увеличении риска заболевания студентов учебных медицинских учреждений с годами обучения. В то время как у студентов гуманитарного профиля случаев заболевания туберкулезом за годы обучения не наблюдалось, прирост инфицированности статистически незначимый. Из числа заболевших студентов чаще встречается туберкулез органов дыхания. Во всех случаях туберкулеза легких имел место распад легочной ткани, что говорит о несвоевременном выявлении заболевания.

Выводы. Достоверное увеличение частоты инфицированности микобактериями туберкулеза, нарастание числа выраженных и гиперергических реакций за годы обучения, выявление туберкулеза на старших курсах доказывает, что студенты-медики составляют самостоятельную группу повышенного риска заболевания туберкулезом и нуждаются в осуществлении мероприятий социальной профилактики туберкулеза.

Погорелова О.А., Краюшкина И.Л.
НЕТУБЕРКУЛЁЗНЫЕ МИКОБАКТЕРИОЗЫ
кафедра фтизиатрии и пульмонологии
Харьковский национальный медицинский университет,
Харьков, Украина

Научный руководитель: проф. Шевченко О.С.

Нетуберкулёзный микобактериоз (А.31) – инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями, за исключением *M. tuberculosis*, а также микобактерий входящих в комплекс *M. tuberculosis*.

На данный момент известно более 150 видов нетуберкулёзных микобактериозов (НТМ). До 75% микобактериозов вызывают *M. avium complex* (MAC). Микобактериозы распространены в окружающей среде, передаются преимущественно через воду и почву, факт передачи от человека к человеку не доказан. Наиболее часто микобактериозы встречаются у ВИЧ-инфицированных больных. При содержании CD4<50/мкл возможно возникновение диссеминированного микобактериоза (в 90% случаев возбудитель – MAC).

Различают 4 основные формы микобактериозов: лёгочная, поражение кожи и мягких тканей, поражение лимфоузлов, диссеминированная инфекция.

Диагностические критерии микобактериозов:

клинические: кашель с мокротой, кровохарканье, потеря веса, ночная потливость, одышка, слабость;

рентгенологические: узловые или кавернозные изменения в лёгких;

КТ: мультифокальні бронхоектази з множественними мелкими узелками;
лабораторне підтвердження: 2 позитивних на один і той же вид НТМ зразка мокроты з різницею не менше 1 тижня і не більше 12 місяців або біопсія легкого (кислотоустойчиві бактерії, гранулематозне запалення) і позитивна культура на НТМ;
ідентифікація виду НТМ: полімерна ланцюгова реакція (Hein test).

Лікування мікобактеріозів залежить від локалізації ураження і виду збудителя. Стандартна схема хіміотерапії мікобактеріозів повинна тривати не менше 12 міс. з обов'язковою культуральною конверсією мокроты і включати 3 препаратів:

Кларитромицин 500 мг або Азитромицин 500 мг;
Етамбутол 25 мг/кг;
Рифампіцин 600 мг.

Стандартна схема лікування туберкульозу в свою чергу включає прийом 4 препаратів (ізоніазид, рифампіцин, піразинамід, етамбутол) в період 2 місяців і 2 препаратів (ізоніазид, рифампіцин) в період 4 місяців і тому не може забезпечити достатню ефективність терапії мікобактеріозів.

За 2015 рік в ХОПТД № 1 було культурально виявлено 28 випадків мікобактеріозів, що склало 4,7% від всіх хворих. Мікобактеріоз встановлювався на основі характеру росту пігмент-продуруючих колоній (оранжеві колонії в формі пляшок). При цьому ідентифікація виду збудителя не проводилася і хворим була призначена стандартна протитуберкульозна терапія, що в наступному може призвести до зниження ефективності лікування.

Висновки:

1. Розповсюдженість мікобактеріозів має тенденцію до зростання за останні роки, що ймовірно пов'язано з зростанням ВІЧ-інфекції;

Неосвідомленість лікарів про проблему нетуберкульозних мікобактеріозів, а також відсутність необхідного обладнання суттєво знижує якість їх діагностики і призводить до призначення стандартних схем хіміотерапії, що в свою чергу є прогностично несприятливим фактором для хворих.

Бутов Д.О., Півень В.І.

ЗАСТОСУВАННЯ АЛЕРГЕНУ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО РЕКОМБІНАНТНОГО ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ

кафедра фтизіатрії і пульмонології

національний медичний університет, Харків, Україна

Інтенсивність туберкулінової реакції залежить від ступеню специфічної сенсibiliзації організму. Але існує велика кількість факторів та станів організму, які можуть вплинути на результат туберкулінової проби, послабити її специфічні прояви, або, навпаки, посилити до гіперергічних.

Результати багатьох досліджень показали, що діагностичний реагент для шкірної проби на основі рекомбінантного білка ESAT-CFP дозволяє достовірно диференціювати ГСТ, обумовлену інфікуванням *M. tuberculosis*, від реакцій, пов'язаних із вакцинальним імунітетом (БЦЖ) та інфікуванням іншими видами мікобактерій.

За результатами до клінічних та клінічних досліджень було доведено, що АТР нетоксичний, немає сенсibiliзуючих властивостей, безпечний та специфічний.