

**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

захворювання 6-15 років $-13,2 \pm 0,8\%$ та $14,2 \pm 1,7\%$, в групі хворих з давністю захворювання більш, ніж 15 років – $12,9 \pm 0,8\%$ та $12,8 \pm 0,6\%$ відповідно. В групі контролю рівень CD16+ і CD56+ становив – $16,9 \pm 2,30\%$ та $17,3 \pm 1,45\%$.

Таким чином, при вивченні натуральних кілерів із фенотипом CD16+ і CD56+ було встановлено, що в групі пацієнтів старше 51 року відбувалось вірогідне зниження NK-клітин відповідно на 21,8% і 27,1%, а у пацієнтів віком 31-50 вірогідне зниження NK-клітин із фенотипом CD16+ і CD56+ склало 16% і 12,2% відповідно. У пацієнтів 18-30 років ці лімфоцити не зазнали змін в порівнянні із здоровими особами із групи контролю. При цьому спостерігалася значуща ($p < 0,05$) від'ємна кореляція між CD16 ($r_s = 0,43$) і CD56 ($r_s = 0,48$) та віком хворих. При спостереженні NK-клітин було встановлено вірогідне зниження лімфоцитів із фенотипом CD16+ та CD56+ при значущій ($p < 0,05$) кореляційній залежності між CD16 ($r_s = -0,42$) і CD56 ($r_s = -0,44$), що спостерігається із збільшенням давності псоріазу у хворих, що хворіють більше 5 років.

Висновки. У хворих на псоріаз спостерігалось порушення імунологічного балансу вигляді зниження відносної кількості NK-клітин із фенотипом CD16+ та CD56+. У 85,2% хворих на псоріаз старше 30 років та тривалістю псоріазу більше 5 років спостерігалось вірогідне зниження натуральних кілерів із фенотипом CD16+ та CD56+.

Каштан Е. П., Гопко А. А.

ТУБЕРКУЛЕЗ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Харьковский национальный медицинский университет,

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии, г. Харьков, Украина

Руководитель: Чувурин Н. А.

Туберкулез распространен более чем у 2 миллиардов человек в мире, причем около 15 миллионов людей страдают активной формой. Существует определенная статистика проявления заболевания в зависимости от пола и возраста. Мужчины в возрасте до 20 практически не заболевают туберкулезом нервной системы, тогда как женщины в таком возрасте имеют такую патологию примерно в 6% случаях. Если анализировать возраст от 20 до 29 лет, то мужчины могут заболеть в 15% случаях, а женщины в 22%. Статистика гласит, что 28% мужчин и 19% женщин в возрасте от 30 до 39 лет являются склонными к нейротуберкулезу. При анализе возрастной категории от 40 до 49 лет получили такие данные: мужчины болеют в 26% случаях, но женщины в 19%. При оценке частоты заболеваний в возрасте от 50 до 59 лет, то мужчины заболевают в 18%, а женщины в 28%. Мужчины в возрасте 60 лет и старше болеют в 13% случаях, а женщины в 6%. Существует три формы туберкулеза ЦНС: туберкулезный менингит, внутричерепная туберкулема, спинальный туберкулезный арахноидит.

Туберкулезный менингит имеет 3 клинических периода. Продромальный период включает в себя несколько недель неспецифического недомогания, лихорадку, головную боль. Менингитный период включает в себя усиление головной боли, тошноту, рвоту и ранние признаки заболевания

менингита. Паралитический период включает в себя спутанность сознания и снижение когнитивных функций, иногда судороги и серьезные неврологические нарушения.

Внутричерепные туберкулемы – это конгломераты казеозного очага, которые формируются в головном мозге. Больные могут иметь очаговую неврологическую симптоматику, зависящую от расположения туберкулемы. Спинальный туберкулезный арахноидит является очаговым воспалительным заболеванием, которое образует кисты на разных уровнях в спинном мозге. Больные часто предъявляют жалобы на боли в позвоночнике, характерные как при сдавлении спинного мозга, так и раздражении нервных корешков.

Диагностика туберкулеза ЦНС включает в себя исследование спинномозговой жидкости. Обычно, в жидкости наблюдается повышение уровня белка и снижение уровня глюкозы. При исследовании СМЖ также могут присутствовать кислотоустойчивые микобактерии. Комплекс микобактерий туберкулеза может быть идентифицирован с помощью специального ДНК-зонда либо с помощью теста амплификации нуклеиновых кислот.

Лечение туберкулеза ЦНС состоит из рифампицина, изониазида, пиразинамида и этамбутола. Лечение обычно делится на интенсивную и пролонгированную фазы. Интенсивная фаза лечения длится 2 месяца. Пролонгированная фаза лечения включает в себя рифампицин и изониазид в течение 7-10 месяцев. Исследования показывают, что дополнительное лечение глюкокортикоидами снижает смертность. Больным с гидроцефалией может потребоваться хирургическое вмешательство, если присутствуют значительные неврологические нарушения. Внутричерепные туберкулемы оперируются, если нет признаков обструктивной гидроцефалии или сдавления ствола мозга.

Исходя из результатов статистических данных, можно сделать вывод, что у женщин туберкулёз нервной системы может встречаться довольно в раннем возрасте (до 20 лет), в то время как у мужчин это заболевание может выявиться намного позже (от 20 лет). В процентном соотношении наибольшее проявление заболевания в мужчин наблюдается в возрасте 40 лет. У женщин наибольший пик проявления заболевания наблюдается в возрасте 50 лет.

Колганова Н.Л., Романенко В.С.

МИКСТ-ЗАБОЛЕВАНИЯ В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра дерматологии, венерологии и медицинской косметологии

г. Харьков, Украина

Научный руководитель: Береговая А.А

Актуальность. Микозы являются одними из наиболее распространенных заболеваний в практике врачей-дерматологов. В структуре