

**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

Нгуен Тхи Лиен, Саенко М. О.
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛЕГОЧНОГО
ИНФИЛЬТРАТА

Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра фтизиатрии и пульмонологии, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: доцент Матвеева С. Л.

Легочный инфильтрат – клинико-рентгенологический синдром, в основе которого лежит проникновение и накопление в ткани легкого клеточных элементов биологической жидкости, что ведет к увеличению объёма и уплотнению легочной ткани.

Выявление инфильтративной тени в лёгком предполагает проведение дифференциальной диагностики между неспецифической пневмонией (НП), опухолями крупных бронхов, осложнённых пневмонией, инфильтративным туберкулёзом лёгких (ИБТЛ), эозинофильным инфильтратом (ЭИ) и инфарктом лёгкого (ИЛ), осложнившимся пневмонией. При дифференциальной диагностике необходимо учитывать следующие факторы: анамнез, возраст, клиническое течение, рентгенологические данные динамики, результаты бронхоскопии, цитологического, гистологического, бактериологического исследования, результаты биологических проб и тестов, эффективность проводимого лечения.

Начало заболевания при ИТБЛ и раке, осложненном пневмонией постепенное, при неспецифической пневмонии, ИЛ – острое, при ЭИ – острое или постепенное. Из анамнеза: при ИБТЛ пациент был инфицирован микобактерией туберкулеза, при НП ведущую роль играют переохлаждение и хронические заболевания дыхательных путей. Факторы, приводящие к развитию рака легких являются курение, профессиональные вредности, рецидивирующие пневмонии, возраст старше 50 лет. ЭИ характеризуется контактом с аллергеном. При ИЛ наблюдается тромбоз вен нижних конечностей, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь. Синдром общей интоксикации характерен для всех данных заболеваний. Кровохарканье наблюдается при раке легкого, ИТБЛ и ИЛ. При НП и ЭИ пациент жалуется на сухой кашель или кашель с выделением небольшого количества мокроты. Из рентгенологических особенностей: при НП и раке легкого очаг локализуется в III сегменте, структура тени неоднородная, тяжистая, жесткой плотности. При ЭИ и ИЛ поражаются любые отделы легкого, но для ЭИ свойственно малоинтенсивная фокусная тень с нечёткими контурами, а для ИЛ – тень в виде треугольника, вершина которого направлена к корню. Патогномичной для ИТБЛ является локализация в I, II, VI сегментах, структура тени неоднородная с включением петрификатов и просветлений. Для ИТБЛ при бронхоскопии обнаруживаются инфильтраты, рубцы, ограниченный катаральный эндобронхит, при НП наблюдается диффузный эндобронхит. Опухоль в просвете бронха, кистовидный стеноз, нарушение бронхиальной проходимости характерно для рака легких. При ИЛ изменений не выявлено. В бронхиальном содержимом для рака легкого, ИЛ свойственно наличие неизмененных эритроцитов, для ЭИ – эозинофилы. При

ИТБЛ обнаруживают включения: микобактерии туберкулёза, эластические волокна, кристаллы холестерина и извести, клетки туберкулезной гранулемы.

В общем анализе крови выявляется лейкоцитоз при ИТБЛ и ИЛ. Эозинофилия специфично для ЭЛ. При раке легкого наблюдаются ускорение СОЭ, лимфоцитопения и анемия. Лейкоцитоз более 15×10^9 , нейтрофильный сдвиг влево до палочкоядерных, ускорение СОЭ патогномично для НП. «Золотым стандартом» диагностики ЭИ является положительная кожная проба с аллергеном, а для ИЛ – ЭКГ, при котором характерно признаки острого легочного сердца.

Лечение антибиотиками широкого спектра действия в отношении ИТБЛ неэффективно, в остальных случаях наблюдается положительная динамика или временное улучшение.

На основании патогномичных данных мы провели дифференциальную диагностику между различными формами инфильтрата легкого. Верифицирование выше перечисленных патологий имеет огромное значение для назначения адекватного лечения пациентов и профилактики развития осложнений.

Нечипорук И.А.

ПРОБЛЕМА АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ HELICOBACTER PYLORI

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра эпидемиологии, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: ассистент Райлян М.В.**

Открытие в 1984 году роли бактерии *Helicobacter pylori* в развитии хронического гастрита перевернуло представление об этиологии ряда болезней желудочно-кишечного тракта. Появилась возможность лечения таких заболеваний как острый и хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки при помощи антибиотиков.

Однако эффективность такого лечения снижается из-за формирования резистентности *H. pylori* к антибиотикам.

Цель: определить основные проблемы резистентности *Helicobacter pylori* и возможные пути их решения.

Материалы и методы исследования: проведен анализ современных научных данных, опубликованных в отечественной и зарубежной литературе.

Результаты. Резистентность к антимикробным препаратам является основной причиной неэффективности антихеликобактерной терапии (по данным Богун Л.В., 2011). Успех эрадикационной терапии во многом определяется факторами со стороны макроорганизма. Результативность различных схем двойной терапии (ингибиторов протонной помпы плюс амоксициллин/кларитромицин/метронидазол) изучена давно. На основании исследования эффективности таких схем можно прогнозировать эффективность тройных схем антихеликобактерной терапии при наличии резистентности *H. pylori* к одному из антибиотиков, входящему в состав тройной схемы. Следует подчеркнуть, что кларитромицин является