

Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет

ЗБІРНИК ТЕЗ

міжвузівської конференції молодих вчених та студентів

МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ



Харків - 2013

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції
молодих вчених та студентів (Харків 15-16 січня 2013 р.) Харків, 2013. – 364 с.

За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО

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

*Затверджено вченою радою ХНМУ
Протокол № 11 від 27 грудня 2012 р.*

возможности разграничить отдельные стадии фиброза, с высокой вероятностью позволяет спрогнозировать тяжелый фиброз печени (цирроз) или его отсутствие.

Сухорукова М. Ф.

АКТУАЛЬНІСТЬ ІКСОДОВОГО КЛІЩОВОГО БОРЕЛІОЗУ ДЛЯ НАСЕЛЕННЯ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Харківський національний медичний університет, кафедра епідеміології

Науковий керівник – проф. Чумаченко Т.О.

Іксодовий кліщовий бореліоз (ІКБ) або хвороба Лайма – захворювання, яке за рівнем поширеності та високими економічними збитками залишається актуальною проблемою для розвинутих країн світу. В Україні з 2000 року введена обов'язкова реєстрація випадків ІКБ на національному рівні. Це пов'язано з тим, що ІКБ через хронізацію процесу при несвоєчасній діагностиці призводить до довготривалої непрацездатності, інвалідизації та інколи летальних випадків.

В Харківській області перший випадок ІКБ зареєстровано у 2000 р. та до 2012 р. виявлено ще 260 хворих. За цей період відмічалось 2 різких підйоми захворюваності (2005, 2009 рр.) з поступовим зростанням у наступні 2-3 роки. Ензоотичні з бореліозу території виявлено в усіх районах області та м. Харкові. За період епіднагляду обстежено понад 2000 кліщів, знятих з людей, середній показник інфікованості бореліями склав 12,1 %.

Мета роботи: виявити особливості захворюваності на ІКБ у Харківській області.

Матеріали і методи. Нами було проаналізовано захворюваність на ІКБ за період останнього підйому (2009 – 2011 рр.) та попередній рік (2008 р.) на підставі даних офіційних донесень в МОЗ України про випадки ІКБ.

Результати та обговорення. За аналізуємий період було зареєстровано 181 випадок ІКБ або 69,3 % від виявлених випадків за період епіднагляду. Щороку більше хворих реєструвалось серед міських жителів (всього 72,4 %), проте у 2009 р. зростання захворюваності відбулося за рахунок сільських мешканців (42,2 % при середньому показнику за 4 роки – 27,6 %). Випадки захворюваності реєструвались протягом року, найбільша захворюваність спостерігалась з травня по жовтень з піком у липні; у захворілих присмоктування кліща найчастіше відбувалось у травні-липні та жовтні. ІКБ хворіли люди всіх вікових груп, але переважали особи у віці 50 – 59 років (48,1 %); серед дітей зареєстровано 23 випадки (12,7 %), проте у 2011 р. їх питома вага збільшилась до 18,9 %. В усі роки частіше захворювання виникало у жінок (66,3 %). Інфікувалось в антропогенних осередках 49,7 % захворілих, проте з 2009 р. збільшилась питома вага осіб, що інфікувались у природних умовах (у 2008 р. - 26,7 %, у наступні роки – 53,4 % - 56,4 %). При відвідуванні парків, лісопаркових зон постраждали 34,3 % захворілих, друга третина захворілих (35,4 %) інфікувалась під час відпочинку у лісі, зборі ягід, грибів; понад 10,5 % були покусані кліщами на дачах та присадибних ділянках. Інфікувались за межами Харківської області 13,3 % захворілих, у 2009 р. одним з факторів зростання захворюваності була реєстрація завезених випадків (20,0 %).

Аналіз клінічних симптомів захворювання показав наявність мігруючої еритеми (97,2 %) при легкому перебігу захворювання (75,7 %) у більшості захворілих. Тяжкий перебіг відмічено у 1 випадку. Мігруюча еритема виникала на 6-15 день після укусу кліщем (35,8 %), мала розмір 1-5 см (41,5 %).

Висновки. За останні два роки в області відмічається стабілізація захворюваності на хворобу Лайма. У 2009 р. зростання захворюваності відбулось за рахунок

поліпшення діагностики серед сільських жителів та реєстрації випадків, де інфікування відбулось поза межами області. Має місце виражена сезонність захворюваності з пиками у літній та пізно осінній період. Укуси кліщів більшість постраждалих отримали у період найбільшою активності кліщів (травні-липні та жовтні). Розподіл випадків за віком і статтю, упродовж 4-х років має сталий характер. Майже у половині випадків інфікування відбулось у межах населених місць, що потребує організації дезінсекційних заходів в містах. Мігруюча еритема є основною клінічною ознакою для діагностики ІКБ в області.

Тверезовський В.М.

АКТУАЛЬНІСТЬ КАШЛЮКОВОЇ ІНФЕКЦІЇ В СУЧАСНИХ УМОВАХ ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ

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

Ціль роботи – визначити ступінь актуальності кашлюкової інфекції в умовах застосування вакцинопрофілактики в світі та м. Харків.

Матеріали і методи. Вивчений стан вакцинопрофілактики кашлюку, захворюваність на цю інфекцію та летальність в світі. Проведений аналіз захворюваності на кашлюк в м. Харків протягом 2009 – 2011 р. та 4 місяці 2012 р., оцінений рівень охоплення профілактичними щепленнями проти кашлюку дитячого населення м. Харків.

Результати і обговорення. Кашлюк – бактеріальна інфекція, яка в довакцинальний період посідала друге місце після кору по захворюваності та смертності дитячого населення. Проти кашлюкової інфекції розроблені вакцини двох типів – цілюноклітинна кашлюкова вакцина та ацелюлярна кашлюкова вакцина. Обидві вакцини входять до складу комплексних вакцин.

Незважаючи на застосування вакцинації за оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) щорічно збудник кашлюку *Bordetellapertussis* спричиняє 16 млн. випадків кашлюку та біля 195 000 випадків смерті серед малюків, переважно в країнах, що розвиваються (WHO, 2010). Проведення вакцинації проти кашлюку з високим рівнем охоплення імунізацією дитячого населення в промислово розвинених країнах дозволило знизити захворюваність на кашлюк більш ніж на 90 %. В світі біля 82 % всіх малюків отримують первинну серію щеплень, яка складається з 3-х доз вакцини проти кашлюку. Це попередило, за розрахунками, біля 687 000 випадків смерті в 2008 р. (WHO, 2010). Основна задача вакцинації проти кашлюку – зниження ризику виникнення важкого перебігу захворювання у дітей раннього віку завдяки охопленню 3 дозами вакцини проти кашлюку 90 % дітей відповідного віку. В Україні специфічна профілактика проти кашлюку проводиться дітям, починаючи з 3-місячного віку і до 6 років 11 місяців 29 днів у відповідності до національного Календаря профілактичних щеплень. Перенесений кашлюк в анамнезі не є протипоказанням до вакцинації проти даної хвороби. В місті Харків захворюваність на кашлюк протягом 2009 – 2011 рр. коливалась в межах 1,9+0,7 на 100 тис. населення в 2009 р. до 13,7+1,9 на 100 тис. населення в 2011 р. Протягом періоду, що аналізується, спостерігалось зниження охоплення дитячого населення щепленнями проти кашлюку, що відбивається на величині імуного про шарку дитячого населення. Для вакцинації найчастіше використовуються вакцини «Пентаксим» та «Інфанрікс», до складу котрих входить ацелюлярна кашлюкова вакцина. Зниження рівня охоплення населення щепленнями привело до того, що зараз серед населення міста