

**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.

фіброзу печінки визначали за допомогою фіброеластографії печінки з використанням прибору FibroScan 502 TOUCH F60690 (Echosens, Франція) за системою METAVIR.

Результати. Стадія фіброзу печінки F0 (відсутність фіброзу) спостерігалася у 3 (8,3%) хворих, F1 (портальний фіброз без утворення септ) – у 10 (27,8%), F2 (портальний фіброз з поодинокими септами) – у 9 (25%), F3 (множинні порто-центральні септи без цироза) – у 6 (16,7%). Стадія фіброзу F4 (цироз печінки) вперше встановлена у 8 (22,2%) хворих, що дозволило констатувати діагноз ЦП клас А за Чайльд-П'ю.

Висновки. Застосування фіброеластографії печінки у хворих на ХГС дозволяє встановити стадію фіброзу печінки та виявити ЦП на першій стадії (клас А за Чайльд-П'ю), що має значення для визначення подальшої терапевтичної тактики.

**Кучеренко О.О., Лисак М.С.
РЕАКЦІЯ ФАКТОРІВ ІМУНІТЕТУ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА
ПНЕВМОНІЇ**

**Харківський національний медичний університет,
Кафедра дитячих інфекційних хвороб, м. Харків, Україна
Науковий керівник – Кузнєцов С.В.**

Пневмонії є одними з найбільш поширених захворювань у дітей. Своєчасна їх діагностика обумовлює успіх лікування і попередження різних ускладнень. Однак, розв'язанню питання етіологічної розшифровки пневмоній на ранніх етапах маніфестації патологічного процесу надано ще недостатньо уваги.

Мета роботи - виявлення особливостей імунного статусу хворих на пневмонії різної етіології в різні періоди захворювання.

Матеріали і методи. Обстежено 90 дітей у віці 1 міс. - 3 років: 30 хворих на хламідійні пневмонії (ХП), 30 – вірусні (ВП) і 30 – бактеріальні (БП). Застосовувались клінічні, лабораторні (бактеріологічні, ІФА, ПЛР; імунологічні - досліджувались рівні інтерлейкінів (1- β ; 4; 6; ФНП- α), Т-лімфоцитів (CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD16⁺, CD19⁺), імуноглобулінів (А, М, G) крові) і інструментальні методи.

Результати. Незалежно від етіології пневмонії в дебюті захворювання (ДЗ), згідно рангової структури найбільш реагував обмін цитокінів, потім клітинний імунітет і потім - гуморальний. В ДЗ виявлено дефіцит компенсації цитокінового обміну - домінування активності про-, над протизапальними цитокінами, а в періоді ранньої реконвалесценції (ПРР) при БП і ВП - баланс між цитокінами, що свідчило про його нормокompенсацію, а у хворих ХП - гіперкомпенсацію. В дебюті ХП знижався вміст CD3⁺, CD8⁺ і підвищувався - CD16⁺; при БП – підвищувався CD16⁺ і знижався CD3⁺, при ВП – підвищівся CD16⁺ і CD8⁺ і знижався - CD3⁺. В ПРР у хворих ХП виявлено дефіцит CD3⁺, при БП - підвищення CD19⁺, а ВП – збільшились рівні CD19⁺, CD16⁺, CD4⁺. В ПРР у хворих БП і

ВП виявлено компенсаторне підсилення гуморального імунітету, а при ХП - його дефіцит.

Висновки. Таким чином, виявлені дані стали науковим підґрунтям для розробки алгоритму ранньої етіологічної розшифровки пневмоній у дітей за допомогою показників їх імунного стану в дебюті захворювання, що дозволило удосконалити діагностику пневмоній у дітей на ранньому етапі їх маніфестації.

Лисицкая Н.А., Ткаченко В.Г.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И РАСПОЗНАВАНИЯ
ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ
Харьковский национальный медицинский университет,
Кафедра инфекционных болезней, г. Харьков, Украина
Научный руководитель: д.м.н., проф. Козько В.Н.

Пневмонии у больных с ВИЧ-положительным статусом являются одной из самых частых причин заболеваемости и смертности. Иммунная система организма человека, служащая для его защиты от развития инфекций, в случае ВИЧ/СПИДа повреждается до такой степени, когда нарушается или абсолютно нивелируется невосприимчивость к разнообразным, в т. ч. условно-патогенным возбудителям.

Pneumocystis jirovecii и *Pneumocystis carinii* – широко распространенные практически на всех объектах внешней среды грибы. Люди, контактируя с ними, приобретают иммунитет уже к 3-4 годам жизни, так как споры грибов легко распространяются по воздуху. Для иммунокомпетентных лиц пневмоцисты не опасны, но для ВИЧ-инфицированных этот возбудитель нередко становится фатальным. Пневмоцистоз (пневмоцистная пневмония) развивается на фоне глубоких нарушений клеточного и гуморального иммунитета, когда количество CD4+ лимфоцитов в крови (Т-хелперов) становится ниже 200 в 1 мкл.

У ВИЧ-инфицированных лиц пневмоцистная пневмония может протекать как моноинфекция, а также в сочетании с другими вторичными поражениями легких (туберкулез, цитомегаловирусная пневмония, ВЭБ-инфекция, лимфома и др.). Летальность при этом на ее поздних стадиях составляет 58-60% и связана, прежде всего, с поздним распознаванием пневмоцистоза вследствие затруднительной дифференциальной диагностики при его сочетании с другими поражениями легких.

Пневмоцистоз характеризуется следующей клинической картиной: длительным начальным периодом с постепенным нарастанием лихорадки, одышкой, сухим кашлем, а в период разгара – выраженной дыхательной недостаточностью. При перкуссии отмечается укорочение перкуторного звука, при аускультации изменения могут отсутствовать или выслушивается только жесткое дыхание, у некоторых больных – рассеянные сухие хрипы или крепитация. У всех больных отмечаются следующие клинико-лабораторные показатели: высокие значения активности суммарной лактатдегидрогеназы, высокая СОЭ, анемия, лейкоцитоз, снижение рО₂

ESTIMATION OF VALUE OF HEMATOLOGIC INDEXES IN DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM AFFECTION IN PATIENTS WITH AIDS	284
Авсюкевич А. С., Бурсак А. Г.	285
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕМЫ И ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ НА КЛИНИЧЕСКОМ ПРИМЕРЕ БОЛЬНОГО ИЗ ОПТД №1	285
Ахалая Е. А., Мамасуева Л.В.	286
ПРОБЛЕМА АКНЕ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ	286
Барিশовець А.В., Бахарев О.С.	287
ПОКАЗНИКИ СИСТЕМИ ПРОСТОГЛАНДИНІВ ЯК ДОДАТКОВІ КРИТЕРІЇ ПРОГНОЗУВАННЯ ХРОНІЗАЦІЇ ГОСТРОГО ГЕПАТИТУ В	287
Букій С.М.	288
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ШИГЕЛЬОЗУ У ДІТЕЙ, ІНФІКОВАНИХ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСОМ	288
Галашко К.Ю.	289
СУЧАСНИЙ СТАН МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ В ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ	289
Гарлиева К. Б.	290
ДИНАМІКА ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАХОДІВ СЕРЕД ДІТЕЙ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА ОСТАННІ П'ЯТЬ РОКІВ	290
Гольник Я.В., Золотарь А.А., Литвин Н.И.	291
СТИГМАЦІЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ	291
Дудник А.Ю., Геращенко Г.В., Кругова И.И.	292
АНАЛИЗ «МОДИФИЦИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ» У ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМОНИЕЕЙ ІV ГРУППЫ, ОСЛОЖНИВШЕЙ ГРИПП А(Н1N1) В ПОСЛЕПАНДЕМИЧЕСКИЙ ПЕРИОД	292
Запара И.А., Новохатская Я.П.	293
ТУБЕРКУЛЁЗ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	293
Зоц Я.В., Сохань А.В.	294
ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ УРОВНЯ ЛАКТАТА И ЛАКТАТДЕГИДРОГЕНАЗЫ В ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ГНОЙНЫМИ МЕНИНГИТАМИ	294
Іванова А.М, Самсонова Т.В.	296
ПИТАННЯ ПСОРІАЗУ В УМОВАХ ІНТЕГРАЦІЇ СУЧАСНОГО СУСПІЛЬСТВА	296
Ілюха С.Э.	297
ПРОФИЛАКТИКА ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	297
Ипполитов Д.А.	298
ВЛИЯНИЕ ИММУНОФЕНОТИПА ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ГРАНУЛЕМЫ НА ЕЕ МОРФОЛОГИЕЧКОЕ СТРОЕНИЕ У ВИЧ+ И ВИЧ- ПАЦИЕНТОВ	298
Калюжка В.Ю., Стоянова Ю.Д.	300
ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ЭПШТЕЙНА-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	300
Карамян А.А.	301
ДОСЛІДЖЕННЯ НАТУРАЛЬНИХ КІЛЕРІВ (NK-КЛІТИН) У ХВОРИХ НА ПСОРІАЗ	301
.....	301
Каштан Е. П., Гопко А. А.	302
ТУБЕРКУЛЕЗ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	302
Колганова Н.Л., Романенко В.С.	303
МИКСТ-ЗАБОЛЕВАНИЯ В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	303
Конарева В.І., Клюйник М.В.	304
ТЕРАПІЯ ТОКСОПЛАЗМОЗНОГО УРАЖЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ	304
Кузнецова А.А., Иллюха С.Э., Тесленко И.И.	306
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫСОКОАКТИВНОЙ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ (ВААРТ) У БОЛЬНЫХ С КО-ИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ/ТУБЕРКУЛЕЗ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ЕЕ НАЗНАЧЕНИЯ	306
Кузьмінава В.В., Сариева М.Р.	307