

**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.*

ацикловіром (зовіракс, медовір) та специфічний людський імуноглобулін G проти вірусу герпесу (фірми Біофарма) першого або другого типу (в залежності від етіології захворювання); другу групу склали хворі, які отримували противірусну терапію ацикловіром та патогенетичну терапію (19 хворих); третю групу склали хворі, що отримували лише патогенетичну терапію в зв'язку з тим, що хворим не був своєчасно встановлений етіологічний діагноз (21 хворий). Найдовше симптоми захворювання відмічались у третій групі. В той же час у групі хворих, які окрім патогенетичної терапії отримували ацикловір та імуноглобулін G, стан хворих покращувався найшвидше та скорочувалась як загальна тривалість захворювання, так і тривалість періоду розпаду хвороби.

Мясоедова Д.Г.

ОЦЕНКА ПРОЯВЛЕНИЙ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В В ГРУППАХ РИСКА В ГОРОДСКОМ РАЙОНЕ КРУПНОГО МЕГАПОЛИСА

**Харьковский национальный медицинский университет,
кафедра эпидемиологии**

Научный руководитель - проф. Чумаченко Т.А.

Вирусный гепатит В является серьезной медицинской и социальной проблемой, что обусловлено широким распространением этой инфекции, длительным тяжелым течением с хронизацией инфекционного процесса, неблагоприятными последствиями (цирроз печени, гепатокарцинома, летальный исход), частым поражением молодого трудоспособного населения. Украина принадлежит к региону со средним распространением ВГВ (2,2 % населения являются носителями HBsAg). Медицинские работники, имеющие по роду своей профессиональной деятельности частые и тесные контакты с кровью являются одной из групп риска инфицирования ВГВ. Несмотря на сокращение в последние годы частоты заражений при проведении медицинских манипуляций (забор крови на анализ, инъекции, проведение эндоскопических процедур и т. д.), вероятность заражения сохраняется. Многими авторами доказана передача пациентам инфекционного агента врачами-носителями вируса ВГВ путем контаминации при проведении инвазивных манипуляций.

Цель работы: Оценка проявлений эпидемического процесса вирусного гепатита В (ВГВ) среди медицинских работников и лиц рискованного поведения в городском районе крупного мегаполиса.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ по официальным данным районной санитарно-эпидемиологической станции г. Харькова за период 2000-2012 гг.

Результаты: Результаты анализа показали, что динамика заболеваемости ВГВ имела тенденцию к снижению, максимальный уровень заболеваемости зарегистрирован в 2002 году и составил 15,98 на 100 тыс. населения, минимальный показатель 1,35 на 100 тыс. населения отмечался в 2009 г. Медработники являются группой риска по ВГВ, в связи с этим проведен анализ заболеваемости указанного контингента. С 1999 г. в Харьковской области была начата вакцинация против ВГВ медицинских работников, а с 2000 г. - новорожденных. Показатель охвата вакцинацией медицинских работников в 1999 г. составил 5,5 %, в 2002 г. - 49,8 %, в 2003 г. в связи с отсутствием вакцины этот показатель снизился до 5,5 %. В дальнейшем охват вакцинацией медицинских работников увеличился и достиг 75,2 - 100 %. Интенсивный показатель заболеваемости в группе медицинских работников составил

30,2 на 100 тис. Медичинських працівників. Це в 2 рази більше показателя загальної захворюваності населення. Частіше всього в епідемічний процес ВГВ залучалися особи молодого активного віку 20-29 років, частинний вага яких становив в середньому 46,3 %, непрацююче населення – 38,1 %. Відзначається зміна структури шляхів передачі. Якщо в початку періоду спостереження переобладали штучні шляхи передачі, пов'язані з медичними маніпуляціями, то, починаючи з 2004 р., відзначалося поступове збільшення частки статевих до 27,2% і парентерального (введення парентеральних наркотиків) до 45,4 %, шляхів передачі. Це може бути пов'язано з однієї сторони, з посиленням профілактичних заходів в лікувально-профілактичних закладах, з іншої сторони, з активізацією циркуляції збудників серед осіб з ризикованим поведінкою (парентеральні наркомани; особи, залучені в проституцію).

Висновки: Таким чином, для зменшення захворюваності ВГВ необхідно проведення профілактичних прививок проти ВГВ з високим охопленням вакцинацією новонароджених дітей і осіб з групи ризику, в першу чергу медичних працівників; проведення санітарно-просвітницької роботи серед осіб з ризикованим поведінкою і заходів, спрямованих на розрив шляхів передачі в лікувально-профілактичних закладах (використання одноразового інструментарію, контроль якості стерилізації і т.д.), салонах краси і др.

Ольховський Є.С., Жаркова Т.С.

ОСОБЛИВОСТІ КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ У ДІТЕЙ РАНОГО ВІКУ

Харківський національний медичний університет,

кафедра дитячих інфекційних хвороб

Науковий керівник – проф. С. В. Кузнецов

Обстежено 44 хворих на шигельоз, 58 – сальмонельоз, 36 – ешерихіоз дітей віком 1 місяць-3 років. Шигельоз і сальмонельоз частіше реєстрували у дітей другого року життя (середній вік – $18,32 \pm 9,8$ місяць і $15,46 \pm 8,47$ місяць відповідно), на ешерихіоз частіше хворіли діти першого-другого років ($12,96 \pm 8,42$ місяць). Виявлено високий відсоток несприятливого преморбідного фону (87,86%). Несприятливий перебіг КІ складав від 12,7% при сальмонельозі до 13,48% і 14,09% при шигельозі та ешерихіозі відповідно. Найчастіше мали місце середньотяжкі форми (60,95%) з гастроентероколітними проявами (при шигельозі – 63,88%, при сальмонельозі – 64,42%, при ешерихіозі – 48,32%). Основні клінічні прояви хвороби (порушення загального стану, лихоманку, діарейний синдром, млявість або запеклість, зниження апетиту, блювота та/або зригування) маніфестували протягом трьох діб. Високим виявився відсоток хворих, які надходили до стаціонару з проявами дегідратації: 41,85% при шигельозі, 41,35% – сальмонельозі, 30,34% – ешерихіозі. В гострому періоді хвороби відбувалися однотипні зміни клінічного аналізу крові та сечі, копроцитограми, ЕКГ, які залежали від тяжкості хвороби, але не визначалися етіологічним чинником. У переважній більшості хворих мав місце розвиток кетонацидозу, симптом блювоти і/або зригування спостерігався при шигельозі – 41,41%, при сальмонельозі – 52,88%, при ешерихіозі – 43,82% випадків.

Таким чином, бактеріальні КІ у дітей раннього віку мають схожі клініко-лабораторні ознаки, характеризуються швидким розвитком зневоднення та кетонацидозу. Ці особливості треба враховувати при проведенні терапії хворих, передусім – призначенні регідратаційної терапії із залученням препаратів, що містять лактат або ацетат/малат.