



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ТА СТУДЕНТІВ

**ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
«НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ ЗДМУ – 2021»**

**В РАМКАХ І туру «ВСЕУКРАЇНСЬКОГО КОНКУРСУ СТУДЕНТСЬКИХ
НАУКОВИХ РОБІТ З ГАЛУЗЕЙ ЗВАНЬ І СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ
У 2020 – 2021 Н.Р.»**

5 лютого 2021 року

Запоріжжя – 2021

ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ, ПРОФІЛАКТИКА ШКІРЯНИХ ФІЛЯРІОЗІВ

Мороз Д.В., Шумянська Д.В., Школа О.О., І медичний факультет, 6 курс

(наук. кер. к.мед.н. Глактіонов А.Г.)

Актуальність. Щорічно в світі фіксується аномально швидка зміна кліматичних умов і підвищення середньої температури, потепління в Україні з кожним роком стає більш прогресуючим.

У зв'язку з цим тема тропічних інфекційних хвороб стає більш актуальнішою. Громадяни України перебуваючи на територіях поширення тропічних інфекцій, мають можливість інфікуватись чи завести до дому збудників поширеної групи шкіряних філяріозів. Важливо в сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я і відбудови санітарно-епідеміологічної служби, вчасно діагностувати, призначити лікування, інформувати населення країни щодо важливості профілактики захворювання на групу інвазій викликаних філяріями.

Метою нашої роботи було висвітлити актуальність шкіряних філяріозів, звернути увагу майбутніх і практикуючих лікарів на важливість вчасного діагностування даної групи інвазій, проведення профілактичних заходів населенню в ендемічних країнах і районів розповсюдження, запобігти поширенню захворювання в Україні.

Результати. Філяріози частіше зустрічаються в країнах з тропічним і субтропічним кліматом. З початку 2000-х років в Україні відзначається збільшення числа випадків шкіряних філяріозів викликаних гельмінтами роду *Dirofilariae* сімейства *Filarioidea*. З 110 видів філярій, тільки мала кількість збудників можуть викликати хворобу у людини. В залежності від локалізації гельмінтів в організмі хворої людини поділяють групи філяріозів: шкірної, лімфатичної або вісцеральної локалізації. Шкіряні філяріози уражають гіподерму, жировий шар дерми.

Лоаоз – ендемічний гельмінтоз з групи філяріїдозів, підгрупи шкіряних філяріїдозів, для якого характерним є хронічний перебіг з ураженням шкіри у вигляді набряків та очей з проявами кон'юнктивіту.

Онхоцеркоз – гельмінтоз, що виникає внаслідок інфікування гельмінтом *Onchocerca volvulus*. Проявами захворювання є сильне свербіння, підшкірні пухирі та сліпота. Онхоцеркоз є другою інфекційною хворобою за кількістю випадків сліпоти. Хворобу відносять до підгрупи шкіряних філяріїдозів, групи філяріїдозів.

Стрептоцеркоз - гельмінтоз з групи філяріатозів, проявляється сверблячкою і набряком уражених тканин.

Наразі ВООЗ підтримує програму ліквідації трьох шкіряних філяріозів в ендемічних районах. Головним методом профілактики є індивідуальний захист від укусів комах, за допомогою носіння захисного одягу, використання репелентів, проведення інсектицидної обробки місць виплоду комах. Знищення мокриць у долинах річок, де вони водяться. Для цього застосовують водорозчинні інсектициди, якими обробляють воду річок. Одяг обробляють репелентами. На сьогодні не створено жодної вакцини проти шкіряних філяріозів.

Висновок. Створена ВООЗ Спеціальна програма з наукових досліджень і підготовки фахівців в області тропічних хвороб, прийняла нову стратегію щодо посилення і розширення наукових досліджень з метою профілактики "інфекційних хвороб бідності" і боротьби з ними.

Стратегія ґрунтується на зібраних за 30 років існування програми даних про розробку нових ліків, стратегіях їх доставки і посилення потенціалу наукових досліджень в країнах, ендемічних по паразитарним тропічним хворобам.

Надзвичайно важливо, в умовах сучасного клімату, вміти вчасно діагностувати, призначити лікування тропічних хвороб, доносити здоровим людям про правила та ефективність профілактики.

Для лікування та профілактики шкіряних форм філяріозів застосовуються: діетілкарбамазін, альбендазол, івермектин, литразин.

ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОНТАКТІВ ДІТЕЙ З ХВОРИМИ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ

Москалюк А. С., І медичний факультет, 6 курс
(наук. кер. проф. Разнатовська О.М.)

Актуальність. У літературі описано цікаві випадки контактів, де хворі на ТБ діти (15 і 9 років) без бактеріовиділення були джерелами зараження однокласників, які з ними контактували. При цьому в обох випадках у дітей мали місце клінічні симптоми, з наявністю яких вони продовжували відвідувати школу. Автори робіт вказують на те, що діти хворі на ТБ з негативним мазком мокротиння можуть бути джерелом туберкульозної інфекції. Тому такі випадки необхідно вважати заразними, поки не буде доведено протилежне. А відстеження контактів слід розглядати для контактів дітей з симптомами ТБ.

Мета дослідження: вивчення характеру проявів туберкульозного процесу та збігу профілів лікарської стійкості МБТ у дітей, які контактували з хворими на МР-ТБ в межах домогосподарства.

Матеріали та методи. Проведено вивчення характеру проявів туберкульозного процесу та збігу профілів лікарської стійкості МБТ у 12 дітей, які контактували з хворими на МР-ТБ в межах 6-ти домогосподарств (6 дорослих індексних пацієнтів, хворих на МР-ТБ). Обстеження та стаціонарне лікування дорослих та дітей відбувалося у відділенні легеневого туберкульозу № 3 (ВЛТ №3) та дитячому відділенні клінічної бази кафедри фтизіатрії і пульмонології ЗДМУ в Комунальній установі «Запорізький обласний протитуберкульозний клінічний диспансер» (ЗОПТКД). Кожна дитина, яка контактувала з хворим на МР-ТБ, та з підозрою на активний туберкульоз була додатково консультована в он-лайн режимі в ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України».

Результати дослідження. Таким чином, відслідковування дітей, які контактували з індексними пацієнтами з МР-ТБ в межах домогосподарства дозволило виявити наступні особливості. Дитяча захворюваність на ТБ перевищувала у 2 рази у порівнянні з контактними дорослими (44% проти 20%). При цьому захворюваність серед дітей віком до 2-х років була вищою майже у 3 рази відносно інших розрізів дитячого віку (54,5% проти 18,2% у віці до 5-ти років і 18,2% у віці старше 5-ти років). У 63,6% випадків діти були не щепленими вакциною БЦЖ. Насторожує той факт, що не щепленими були 83,3% дітей до 2-х років та всі діти до 5-ти років (100%). Серед клінічних форм у дітей переважали малі форми не деструктивного ТБ: ТБ ВГЛУ (36,4%), ПТБ (36,4%) та вогнищевий (18,2%).

Переважає кількість дітей (63,6 %), які захворіли на ТБ, виявлена у перший рік спостереження за індексними пацієнтами з МР-ТБ, при цьому у переважній кількості домогосподарств – 4-х домогосподарствах (66,6 %).

Висновок. Відслідковування дітей, які контактували з індексними пацієнтами з МР-ТБ в межах домогосподарства, особливо корисним є для своєчасного виявлення у них активного туберкульозу в перший рік спостереження за індексними пацієнтами з МР-ТБ. Найбільшою групою ризику захворювання на МР-ТБ є не щеплені вакциною БЦЖ діти до 2-х років, на