

МЕДИЧНА НАУКА ТА ПРАКТИКА XXI СТОЛІТТЯ

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

7-8 лютого 2014 р.



Київський медичний
науковий центр

КИЇВ 2014

**Громадська організація
«Київський медичний науковий центр»**

ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ

**УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«МЕДИЧНА НАУКА
ТА ПРАКТИКА ХХІ СТОЛІТТЯ»**

7-8 лютого 2014 р.

Київ
2014

Мани Ханс МИКРОБИОЦЕНОЗ НЕБНЫХ МИНДАЛИН КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ	58
Нікоряк Р. А., Деркач В. Г., Русіна С. М. ПОШИРЕННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ НЕВРОТИЧНОГО РЕГІСТРУ СЕРЕД МОЛОДІ БУКОВИНСЬКОГО КРАЮ	61
Труш М. М., Обуховська Д. В., Федорова О. А. АНАЛІЗ СМЕРТНОСТІ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ МІСТА КИЄВА ЗА 2006 РІК ВНАСЛІДОК ОТРУЄНЬ ЕТИЛОВИМ СПИРТОМ	63
Паліс С. Ю., Герасим Л. М. ОПЕРАТИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ.....	65
Петелицька Л. Б., Яременко О. Б., Яременко К. М. МАРКЕРИ УРАЖЕННЯ СТІНКИ СУДИН ТА ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА СИСТЕМНІ НЕКРОТИЗУЮЧІ ВАСКУЛІТИ	66
Пономаренко С. В., Осолодченко Т. П., Литвиненко О.А. ПОЖИВНЕ СЕРЕДОВИЩЕ З КОМПОНЕНТАМИ РОСЛИННОЇ СИРОВИНИ ДЛЯ КУЛЬТИВУВАННЯ КЛІНІЧНИХ ІЗОЛЯТІВ МІКРООРГАНІЗМІВ	67
Роман Д. В., Труш М. М., Федорова О. А. АНАЛІЗ СУЦІДІВ В СТРУКТУРІ НАСИЛЬНИЦЬКОЇ СМЕРТІ ЗА 2006 РІК В М.КИЄВІ.....	69
Федорова О. А. ПРО НЕОБХІДНІСТЬ НОВОГО ПІДХОДУ ДО НАДАННЯ КОМПЛЕКСНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖЕРТВАМ НАСИЛЛЯ.....	71
Черемісіна В. Ф. КОНЦЕНТРАЦІЯ ЦІК ТА ЇХ МОЛЕКУЛЯРНИЙ СКЛАД У СИРОВАТЦІ КРОВІ У ЩУРІВ З АЛЕРГІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ.....	75
Шульгай О. М., Кабакова А. Б., Шульгай А.-М. А. ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРОБІОТИКІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДЕСТРУКТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ДІТЕЙ	77
Юрценюк О. С., Рудницький Р. І. ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК – ТРУДОВИХ МІГРАНТІВ	80
Яворський В. В. СТАН КЛІТИННОГО АДАПТИВНОГО ІМУНІТЕТУ У ДОНОРІВ ПЛАЗМИ	83
 НАПРЯМ 3. АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ	
Бачинський П. П., Шевченко В. А., Шевченко Т. М. СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ПОКРАЩЕННЯ СТАНУ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПРОФІЛАКТИКИ ЙОГО ПОРУШЕННЯ У ДІТЕЙ ТА МОЛОДІ УКРАЇНИ	86

Яворський В. В., головний лікар
*Комунальний заклад охорони здоров'я
«Харківський обласний центр служби крові»
м. Харків, Україна*

СТАН КЛІТИННОГО АДАПТИВНОГО ІМУНІТЕТУ У ДОНОРІВ ПЛАЗМИ

За останні два десятиріччя в лікувальних закладах України та світу у зв'язку зі збільшенням високотехнологічних оперативних втручань в кардіохірургії, ортопедії, онкології зросли масштаби застосування компонентів донорської крові [1], що супроводжується збільшенням потреби у наявності повноцінних компонентів, та зокрема плазми. Поширення технологій плазмаферезу (ПФ) певною мірою сприяє стандартизації, виключенню людського чинника на етапах заготівля, але повноцінне забезпечення ускладнюється обмеженістю донорського ресурсу [2]. Збільшення кількості процедур ПФ потребує додаткового спостереження за станом здоров'я донорів. На сьогодні недосить вивчений вплив донацій на організм донора, а кожна процедура викликає певні зміни в організмі, частина з яких має компенсаторно-приспосувальне значення, а деякі можуть перебігати як патологічні стани і навіть загрожувати життю донора [3].

Метою роботи було дослідження стану клітинного адаптивного імунітету первинних та кадрових донорів плазми.

Матеріалом досліджень була венозна кров донорів плазми, залучених до ПФ. Обраних донорів розділили на 2 дослідні групи: I – первинні та II – кадрові донори, зі стажем від 1 до 9 років. Дослідні групи первинних донорів була розділена на підгрупи (ПГ) в залежності від кількості донацій: I ПГ 10-15 плазмадач; II ПГ – 15-17 для первинних (15-19 для кадрових); III ПГ – 18-25 (20-28 для кадрових). Дослідження проводились з урахування частоти плазмадач. Інтервали між донаціями склали 14, 21, 28 та 45 діб, а між циклами – 30, 60, 90 діб. Кількість циклів у схемах варіювала від 1 до 4, а кількість донацій в них – від 4 до 6, в залежності від доз зданої плазми.

Відбір зразків венозної крові від донорів та проведення досліджень здійснювали під час першої плазмадачі (контроль) та через 3, 6, 9, 12, 15 та 18 місяців.

При визначенні субпопуляцій Т і В лімфоцитів, в основі метода закладена реакція розеткоутворювання з еритроцитами [4], на яких адсорбовані моноклональні антитіла проти рецепторів CD₃₊ (Т-лімфоцити), CD₄₊ (Т-хелпери), CD₈₊ (Т-супресори). Відсоток розеткоутворюючих лімфоцитів, які зв'язували не менше 3 еритроцитів із діагностикумами на 200 клітин, визначали за допомогою світлового мікроскопу «Биолам» з імерсійною системою.

Аналіз даних проводили з використанням методів описової статистики [5]. Для кількісних показників параметри статистики наведені в якості медіани та інтерквартильного розмаху (Me(Q1;Q3)). Для перевірки статистичних гіпотез про вид розподілу був застосований критерій Shapiro-

Wilk's. Дві незалежні групи порівнювали за допомогою U- критерію Манна-Уїтні, три і більше – за допомогою рангового аналізу варіацій по Краскелу-Уоллісу з подальшим попарним порівнянням груп за тестом Манна-Уїтні. Величину рівня значимості приймали рівною $p < 0,05$, що відповідає критеріям, прийнятим в медико-біологічних статистичних дослідженнях. Статистичний аналіз результатів проводили за допомогою програмного пакета «SPSS», 19 версія.

Аналіз динаміки зміни кількості CD_{3+} -лімфоцитів показав їх тимчасове зменшення на 6 місяць у I ПГ первинних донорів, показник становив 58 (52;68) %, а контролю 63 (59;75) %, відмінності достовірні ($p=0,033$), але до 9 місяця спостереження відновлювався 62 (61;69) %. В інших ПГ первинних та кадрових донорів показники достовірно не відрізнялись від контрольних. Це, вочевидь, пояснюється тим, що на цей час ще недостатньо сформовані адаптаційні реакції у первинних донорів на відміну від стійкої адаптації у кадрових донорів. Аналогічне зниження визначене за показником CD_{4+} -лімфоцитів. Поряд з цим у II ПГ на 12-й 37 (28;42) % та 18-й місяці 37 (32;41) % показники вищі за контроль 33 (25;34) %.

В цілому кількість CD_{4+} -лімфоцитів у первинних донорів збільшувалась на 9-й – 18-й місяці порівняно з 3-м – 6-м. Це узгоджується з отриманими нами даними про те, що у первинних донорів, за показниками вмісту CD_{3+} -клітин у крові, на цей час вже не відзначається зниження клітинного імунітету, яке спостерігалось на 6-й місяць. Як відомо, CD_{4+} -лімфоцити є активаторами імунної відповіді. Очевидно, збільшення їх кількості є компенсаторно-приспосувальною реакцією, спрямованою на протидію зниженню імунітету, і лежить в основі розвитку адаптаційних імунних реакцій організму донорів в цілому і у первинних донорів адаптаційні реакції виражені меншою мірою, ніж у кадрових.

При аналізі кількості CD_{8+} -лімфоцитів у динаміці дослідження достовірних змін у ПГ не виявлено, однак на 3-й місяць у кадрових донорів I ПГ (10-14 донацій) кількість CD_{8+} -лімфоцитів більша 24 (22;29) %, ніж у донорів I групи з аналогічним числом донацій 20 (18;22) %. CD_{8+} -лімфоцити представлені ефекторами (цитотоксичними клітинами) та регуляторами (супресорами та контрсупресорами), відповідно, більша їх кількість при більшій частоті донацій і донорському стажі може свідчити про більшу виразність захисних і регуляторних механізмів.

За даними кількості CD_{3+} -лімфоцитів у крові, у первинних донорів плазми при систематичних донаціях на 6-й місяць клітинний імунітет менш виражений порівняно з кадровими донорами. У цей же термін в середньому у 24 % первинних донорів спостерігається тимчасове зниження клітинного адаптивного імунітету порівняно з вихідним, яке нівелюється до 9-го місяця. У кадрових донорів клітинний адаптивний імунітет не змінюється. Це, вочевидь, пояснюється ще недостатньою адаптацією у первинних донорів і стійкою – у кадрових. У первинних донорів на 9-й – 18-й місяці дослідження збільшується кількість CD_{4+} -лімфоцитів у крові порівняно з початковим і попередніми термінами дослідження, ймовірно, як компенсаторно-приспосувальна реакція, спрямована на протидію знижен-

ню імунітету. При цьому кількість CD₄⁺-клітин залишається меншою, ніж у кадрових донорів, у яких вона не змінюється у динаміці дослідження, очевидно, у зв'язку зі сформуванням стійкої адаптації. Кількість CD₈⁺-клітин на 3-й місяць дослідження більша при більшій частоті донацій та донорському стажі, що може свідчити про більшу виразність захисних і регуляторних імунних механізмів.

Отримані результати свідчать про те, що у первинних донорів при систематичних донаціях плазми, у яких на 6-й місяць спостерігається зниження клітинного імунітету, яке, як відомо, характеризується підвищеною чутливістю до інфекцій, особливо вірусних, грибкових, збудників хронічних інфекцій, можуть виникати відповідні інфекції, а також прояви захворювання за наявності прихованих або недиагностованих хвороб. Як видно, це зниження клітинного імунітету є тимчасовим, воно нівелюється до 9-го місяця, однак при недостатній адаптації організму воно може не нівелюватися, а виявитися захворюванням.

Література:

1. Перехрестенко П. М. Виробництво і використання крові та її компонентів в Україні / П. М. Перехрестенко, Л. В. Назарчук // Укр. журн. гематології та трансфузіології. – 2011. – № 1. – С. 21–24.
2. Greinacher A. Demographic Changes: The Impact for Safe Blood Supply / A. Greinacher, K. Fendrich, W. Hoffmann // *Transfusion Medicine Hemotherapy*. – 2010. – Vol. 37, N 3. P. 141-148.
3. Платонова Г. К. Показатели гемостаза у лиц, награжденных нагрудным знаком «Почетный донор России» / Г. К. Платонова, Л. Н. Тарасова, О. И. Матрохина // *Вестн. службы крови России*. – 2011. – № 3. – С. 22–26.
4. A chronic illness characterized by fatigue, neurologic and immunologic disorders, and active human herpesvirus type 6 infection / D. Buchwald, P. R. Cheney, D. L. Peterson [et al.] // *Ann. Intern. Med.* – 1992. – Vol. 116, N 2. – P. 103–113.
5. Ланг Т. А. Как описывать статистику в медицине. Аннотированное руководство для авторов, редакторов и рецензентов / Т. А. Ланг, М. Сесик; пер. с англ. под ред. В. П. Леонова. – М.: Практическая медицина, 2011. – 480 с.