

Громадська організація
«Південна фундація медицини»

ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ

УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

**«СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ СВІТОВОЇ
МЕДИЦИНИ ТА ЇЇ РОЛЬ
У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ЗДОРОВ'Я
СВІТОВОГО СПІВТОВАРИСТВА»**

21-22 березня 2014 р.

Одеса
2014

С 91 «Сучасні проблеми світової медицини та її роль у забезпеченні здоров'я світового співтовариства»: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Одеса, 21-22 березня 2014 року). — Одеса: ГО «Південна фундація медицини», 2014. — 108 с.

У збірнику представлені матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Сучасні проблеми світової медицини та її роль у забезпеченні здоров'я світового співтовариства». Розглядаються загальні проблеми клінічної та профілактичної медицини, питання ветеринарної, фармацевтичної науки та інше.

Призначений для науковців, практиків, викладачів, аспірантів і студентів медичної, фармацевтичної та ветеринарної спеціальностей, а також для широкого кола читачів.

Організатори конференції не завжди поділяють думку учасників. У збірнику максимально точно відображається орфографія та пунктуація, запропонована учасниками.

ББК 5я43
УДК 615(063)

© Автори статей, 2014
© Південна фундація медицини, 2014

Клітинська О. В., Кудрявцев А. А.
ОЦІНКА РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ
У ПІДЛІТКІВ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ ПРОВЕДЕННЯ
МІСЦЕВОГО ЗНЕБОЛЮВАННЯ ПІД ЧАС
СТОМАТОЛОГІЧНИХ МАНІПУЛЯЦІЙ..... 34

Курик Л. М., Фещенко Ю. І.
ЕФЕКТИВНІСТЬ ГІНКГОЛІДІВ ТА БІЛОБАЛДІВ
В ПОПЕРЕДЖЕННІ ЗНИЖЕННЯ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ
У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ..... 37

Митникова А. С., Пивоварчук Р. Я.
МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА УСУНЕННЯ
ОБСТРУКТИВНОЇ НЕФРОПАТІЇ У ВАГІТНИХ..... 41

Нечитайло Д. Ю., Міхєєва Т. М.
ДОСЛІДЖЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ
СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ В ШКОЛЯРІВ
З ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ..... 44

Яременко О. Б., Петелицька Л. Б., Яременко К. М.
ДІАГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ ІМУНОБІОХІМІЧНИХ МАРКЕРІВ
У ХВОРИХ НА СИСТЕМНІ НЕКРОТИЗУЮЧІ ВАСКУЛІТИ..... 45

Курченко А. І., Несин О. Ф., Регурецька Р. А.
ДОСЛІДЖЕННЯ ІN VITRO ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ
АКТИВНОСТІ ДЕЯКИХ КЛІТИН ІМУННОЇ
СИСТЕМИ ХВОРИХ НА ЧЕРВОНИЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ..... 49

Руда Я. В., Беретій О. П., Гаразлюк О. І.
ВИКОРИСТАННЯ БІОЛОГІЧНИХ АГЕНТІВ
В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ..... 53

Рябоконт Е. Н., Баглык Т. В., Стебляк Л. В.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА С ГИАЛУРОНОВОЙ
КИСЛОТОЙ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА..... 56

Шегелин М. Б., Головачук Л. М., Мураль Н. І.
СТАНДАРТИЗАЦІЯ МЕДСЕСТРИНСЬКИХ
ВТРУЧАЧЬ У ВНУТРІШНІЙ МЕДИЦИНІ..... 60

Яворський В. В.
ВІДНОВЛЕННЯ ГОМЕОСТАЗУ У ДОНОРІВ
ПРИ СИСТЕМАТИЧНИХ ПЛАЗМОДАЧАХ..... 64

ЛІТЕРАТУРА

1. Н.В.Пасечко «Основи сестринської справи»— Тернопіль: Укрмедкнига, 2002 — [9, с. 58].
2. З.М. Смирнова, З.Б. Алітбекова «Посібник з медсестринського процесу»— Київ: «Здоров'я», 2002
3. М.Б. Шегедін «Медсестринство у внутрішній медицині»— Київ: «Медицина», 2009
4. І.Я. Губенко, О.Г. Шевченко, Л.П.Бразалій, В.Г. Апшай «Медсестринський процес»— Київ: «Здоров'я», 2001 — [1, с. 16].

Яворський В. В.
головний лікар

*КЗОЗ «Харківський обласний центр служби крові»
м. Харків, Україна*

ВІДНОВЛЕННЯ ГОМЕОСТАЗУ У ДОНОРІВ ПРИ СИСТЕМАТИЧНИХ ПЛАЗМОДАЧАХ

Сучасні програми лікування в хірургії, акушерстві-гінекології, травматології, гастроентерології, гематології не можливі без адекватної трансфузійної допомоги хворому. Єдиним джерелом компонентів крові та її препаратів є донорська кров. Зростання потреб закладів охорони здоров'я у якісних, безпечних та ефективних трансфузійних середовищах спричиняють збільшення навантаження на донорів, що потребує дослідження механізмів відновлення системи крові та їх імунологічної реактивності загалом. Визначення показників клітинного та гуморального імунітету донорів в період їх залучення до циклу плазмодач (ПД) формує уявлення про ступінь відновлення організму між доноріями, визначає безпечні схеми донорії, створює умови для адекватного використання донорського потенціалу.

Було проведено обстеження 28 первинних та 32 кадрових донорів плазмафереза (ПФ), що розділялись на підгрупи з урахуванням кількості донорії, проведених протягом 18 місяців дослідження. Визначали показники клітинної та гуморальної ланок адаптивного і вродженого, неспецифічного імунітету. Отримані дані обробляли з використанням методів описової статистики [1] за допомогою програмного пакета SPSS, версія 19.

Було встановлено, що у первинних донорів фагоцитарний індекс (ФІ) збільшувався порівняно з початковими значенням у перші 3-9 місяців, та до 18 місяця відновлювався до початкових значень. Так, у підгрупі 10-14 ПД сягав найбільшого показника 79 (77;80)% на 9 місяць, а початковий складав 76 (74;77)%; 15-17 ПД – 76 (74;77)% та 74 (73;76)% на початку; 18-25 ПД – 78 (74;79)% та 75 (74;80)% на початку. Подібний характер зміни ФІ і у кадрових донорів – збільшення у перші 9 місяців спостереження та поступове його відновлення до початкових значень на 18 місяць. У кадрових донорів зі збільшенням числа ПД ФІ зменшується. За показниками фагоцитарного числа (ФЧ) встановлено його наростаюче збільшення у терміни спостереження й найбільш наявне у підгрупі 10-14 ПД як у первинних, так і у кадрових донорів. На 18 місяць ФЧ у первинних донорів становило 5,3 (5,0;5,6) од. порівняно з початком 4,6 (4,3;5,2) од. та у кадрових – 5,2 (4,6;5,7) од. порівняно 4,5 (4,2;5,0) од. За показниками кількості CD16+ лімфоцитів (NK-клітини) було визначено їх поступове збільшення у первинних донорів від початку спостереження до 9 місяців, а в наступні терміни 12-18 місяців приріст кількості клітин був більш інтенсивним і особливо у підгрупі 10-14 ПД, де становив 24 (22;26)% порівняно з 19 (18;20)% на початку. Для групи кадрових донорів не визначено подібної чіткої спрямованості, кількість CD16+лімфоцитів коливалася як у бік збільшення, так і зниження від початкового показника, у різні терміни дослідження. На відміну від первинних донорів у групі кадрових – при збільшенні частоти донорії кількість CD16+лімфоцитів зростає.

В цілому, у первинних та кадрових донорів при систематичних ПД підвищується неспецифічна резистентність організму. При цьому у первинних донорів реакція менш виражена, ніж у кадрових.

Вміст трансформуючого ростового фактора (TGF-β1) у крові первинних донорів збільшувався на 20% на 3 місяць, та на 13% у кадрових донорів. Але потім на 9 місяць зазнавав значного падіння – до 30% від контролю як у первинних, так і кадрових донорів. TGF-β1 є інгібітором росту клітин в організмі, його зниження пояснюється необхідністю регенерації клітин системи крові при донорії.

Концентрація інтерферону-γ (ІНФ-γ) у первинних і кадрових донорів на початку обстеження значно не відрізнялась 2,75 (1,85;11,50) пг/мл та 1,00 (0,40;1,70) пг/мл відповідно. У послідовному визначенні значне зростання на (9 – 12) місяці порівняно з контролем та 3-м місяцем. У первинних донорів у 10-12 рази, у кадрових – 30-31 рази.

Значне збільшення ІНФ-у у донорів свідчить про активацію гуморальної неспецифічної резистентності. Подібні зміни визначені за вмістом інтерлейкіну-17 (ІЛ-17): у первинних донорів збільшення складало 1,2 та 1,9 рази, з максимумом на 9 місяць; у кадрових 1,6 – 1,8 рази з найбільшим показником на 12 місяць досліджень.

Визначенні показники маркерних цитокінів макрофагів (TGF- β 1), Th1 (ІНФ- γ) та Th17 (ІЛ-17) свідчать про активацію гуморальної ланки неспецифічної резистентності при регулярних ПД і у первинних донорів вона менш виражена, ніж у кадрових.

Аналіз динаміки змін Т-лімфоцитів (CD3+) та їх субпопуляцій Т-хелперів (CD4+) і Т-супресорів/цитотоксичних клітин (CD8+) дозволив визначити достовірні зміни CD3+ на 6 місяць у первинних донорів. У групі 10-14 ПД 58 (52;68)% порівняно з початком, що після 9 місяців збільшувалися до 62 (61;69)% і не відрізнялися від початкового рівня 63 (59;75)%. Встановлене зняження зумовило достовірні відмінності між первинними та кадровими донорами. Для CD4+ встановлений різноспрямований характер зміни. Так, у групі первинних донорів 15 – 17 ПД на 3 та 6 місяці CD4+ дещо знижувалась від початкового значення 33 (25;34)%, але у подальшому достовірно збільшувалась і після 18 місяців становило 37 (32;41)%. У 18-25 ПД, напротив, після 3 місяців 38 (34;39)% та 6 місяців 33(30;38)% CD4+ збільшувалось відносно початку 30 (27;42)%, а потім до 18 місяців відновлювалось до початкового показника. У кадрових донорів подібні зміни не визначені, загалом кількість CD4+клітин була вищою порівняно з первинними донорами, як на початку спостереження, так і в наступні терміни. Вміст CD8+клітин не залежав від кількості донатцій та не відрізнявся між первинними та кадровими групами донорів. Таким чином, у частини первинних донорів (24 %) плазми спостерігалось тимчасове зняження клітинного адаптивного імунітету на 6 місяць, що викликано недостатньою сформованістю компенсаторно-приспосувальної реакції, порівняно з кадровими донорами, та його відновлення на 9 місяць спостереження.

Аналіз показників В-лімфоцитів (CD19+), ІgM, ІgG, ІgA, циркулюючих імунних комплексів та лімфоцитотоксичних аутоантитіл, що характеризують стан гуморального адаптивного імунітету, дозволив визначити підвищення кількості CD19+ у групах з великою кількістю донатцій: для кадрових донорів вже на 6 місяці спостереження 15,0 (13,0;16,0)%, а для первинних на 15 місяці – 15,5 (14,0;16,5)%, порівняно з відповідними показниками початку 13,0 (12,0;14,0)% та 13,0

(12,5;15,5)%. Це свідчить про підвищення гуморального адаптивного імунітету, як у первинних, так і у кадрових донорів, та показує його збільшення зі зростанням частоти донатцій. Поряд з цим встановлене більш наявне зняження концентрації ІgG у групі кадрових донорів від 6 місяця по 18 місяці спостереження у всіх групах, що може бути спричинено втратою білка при частих ПД. Підвищення вмісту ІgG в групі первинних донорів у 12-18 місячний термін може відображати активацію адаптивної реакції організму. За показниками ІgM у крові первинних донорів не визначенні достовірні зміни у групах протягом терміну спостереження. Тоді як для кадрових донорів відзначений різноспрямований характер змін. У 10-14 ПД поступово знижувалась концентрація від початкового значення 1,55 (1,5; 1,62) мг/мл і на 15 місяць становила 1,19 (1,05;1,57) мг/мл, після 18 місяців визначене незначне відновлення до 1,33 (1,19;1,57) мг/мл. У 15 – 19 ПД концентрація ІgM знизилась після 3 місяців порівняно з початком 1,38 (1,11;1,52) мг/мл, але вже на 6 місяць була більшою за початкове значення і становила 1,42 (1,11;1,62) мг/мл та на 9 місяць набула максимальної величини 1,75 (1,19;1,05) мг/мл. У 20 – 28 донатцій вміст ІgM у період 3-9 місяців був нижчий за початкове значення 1,42 (1,19;1,65) мг/мл, до 12 місяця спостереження відновлювався, на 15 місяць падіння було найбільшим і концентрація білка склала 1,19 (0,97;1,45) мг/мл. У первинних донорів плазми при систематичних донатціях концентрація ІgA зростала, у 10 – 14 ПД на 18 місяць спостережень становила 2,30 (1,79;2,64) мг/мл порівняно з 1,99 (1,89;2,47) мг/мл на початку; у 15-17 ПД – 2,76 (2,30;3,29) мг/мл порівняно з 2,21 (2,04;2,44) мг/мл та у 18 – 25 ПД – 2,42 (2,02;2,88) мг/мл порівняно з 2,16 (1,70;2,83) мг/мл. Це активація пов'язана зі зростанням кількості В-лімфоцитів, що синтезують імуноглобуліни. У кадрових донорів вміст ІgA зменшувалась в окремі терміни дослідження. Не встановлена наявну залежність ІgA від донорського стажу та кількості проведених ПД, зміни імуноглобуліну певною мірою можуть бути викликанні іншими зовнішніми чинниками, що пов'язано з його ключового функцією – захист слизових оболонок.

Рівень ЦК у динаміці дослідження зменшувався як у первинних, так і кадрових донорів у значну кількість термінів дослідження. Це, очевидно, пов'язано з елімінацією ЦК при плазмодачах та недостатнім їх відновленням між донатціями. Значимої різниці в рівнях ЦК між групами та підгрупами донорів плазми не визначено. Рівень лімфоцитотоксичних аутоантитіл у динаміці дослідження первинних до-

БАКТЕРІАЛЬНИЙ ВАГІНОЗ: СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ЕТІОЛОГІЇ І ЛІКУВАННЯ

За даними багатьох джерел, найбільш часто, серед захворювань жіночої статеві системи зустрічається бактеріальний вагініт неспецифічної етіології. Хоча БВ не є прямою загрозою жіночому організму, однак сприяє накопиченню в нижніх відділах статевих шляхів високіх концентрацій умовно- патогенних мікроорганізмів, які являються причиною розвитку гнійно- запальних захворювань органів малого тазу і причиною акушерських ускладнень. При дослідженні вагінального середовища було встановлено наявність мікрофлори, що дозволяє певним мікроорганізмам активно розвиватися у вагінальному середовищі і прикріплюючись на епітелій піхви утворювати з ним міцні симбіотичні зв'язки, успішно конкуруючи з факультативною і транзитною умовно- патогенною мікрофлорою. Основне місце серед вагінальних бактерій займає рід *Lactobacillus*. Лактобацили здатні прикріплюватися на поверхню епітеліоцитів, ферментувати глюкоген з накопиченням органічних кислот і стимулювати місцевий імунітет. Відкриття в 1991 році рід *Aerobium* розширило уявлення про БВ як захворювання асоційоване виключно з *G. vaginalis*, оскільки виявилось, що даний мікроорганізм являється високо специфічним маркером БВ. На сьогодні відомо, що *A. vaginae* не зустрічається у здорових жінок і практично в 100% випадків виявляється при хронічному рецидивуючому протіканні БВ. Головною особливістю цих факультативно аеробних грам позитивних бактерій це неможливість їх виділення класичними мікробіологічними методами. Основними препаратами які застосовують для лікування БВ- це мкстронідазол і кліндоміцин. Рівень вилікування після терапії метронідазолом або кліндоміцином складає 80- 90% по завершенню лікування. Але як показують результати досліджень, через три місяця після завершення терапії частота рецидивів може перевищувати 30%.

рівні 10-14 ПД підвищувався від початкового рівня 11,0 (10,0;15,0)% до 16,0 (13,0;16,0)% на 18 місяць, 15-17 ПД і 18 – 25 ПД був більш стабільним, порівняно з початковими показниками 17,0 (13,0;21,5)% та 16,0 (15,0;19,0)% відповідно. У кадрових донорів збільшення рівня лімфоцитокенічних аутоантитіл встановлено при 10 – 14 ПД до 16,0 (14,5;18,0)% порівняно з початком 14,5 (13,0;17,5) %, та при 20 – 28 ПД до 17,0 (14,5;19,0)% порівняно з – 14,0 (12,5;17,0) %. Загалом, у первинних донорів вміст лімфоцитотоксичних аутоантитіл був вищий, ніж у кадрових та обох цих групах він зростає зі збільшенням частоти донорів.

Отже, гуморальний адаптивний імунітет підвищується при систематичних донорах як і у кадрових, так і у первинних донорів плазми, при цьому у останніх він менш виражений, що може бути спричинене неповною сформованістю адаптивної реакції порівняно з кадровими.

Таким чином було встановлено, що у кадрових донорів відновлення гомеостазу забезпечується за рахунок сформованої компенсаторно-пристосувальної реакції адаптивного імунітету, у первинних донорів плазми ці механізми менш виражені, але відмічається їх активність на пізніх термінах від 9 місяців залучення до циклів систематичних плазмодач.

ЛІТЕРАТУРА

1. 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.