



**Львівська  
медична  
спільнота**

**МІЖНАРОДНА  
НАУКОВО-ПРАКТИЧНА  
КОНФЕРЕНЦІЯ**

**«РОЛЬ ТА МІСЦЕ МЕДИЦИНИ:  
ВИМОГИ ЧАСУ»**

**м. Львів, 15-16 червня 2012**

**ЛЬВІВ 2012**

ББК 51.1  
УДК 614  
Р-68

Р-68 Роль та місце медицини: вимоги часу. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 15–16 червня 2012 року): – Львів.: ГО «Львівська медична спільнота», 2012. – 88 с.

ББК 51.1  
УДК 614  
Р-68

У збірнику представлені матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Роль та місце медицини: вимоги часу».

Усі матеріали подаються в авторській редакції.

## ЗМІСТ

<b>СЕКЦІЯ 1. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА.....</b>	<b>5</b>
<b>БАБИНЕЦ О. М., ГРИШИНА Е. И. ....</b>	<b>5</b>
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ НЕКОТОРЫХ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗОМ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	
<b>ПОЛЯНСЬКА О. С., ВІЛГОРСЬКА К. В., БАРБЕ А. М. ....</b>	<b>7</b>
ФІБРИЛЯЦІЯ ПЕРЕДСЕРДЬ: МАРКЕРИ ВИНИКНЕННЯ	
<b>ЗАХАРЧУК О. І. ....</b>	<b>9</b>
ВПЛИВ ТОКСОКАРОЗНОЇ ІНВАЗІЇ НА СТАН ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ	
<b>ГРИШИНА Е. И., БАБИНЕЦ О. М., МУРАДЯН О. В. ....</b>	<b>14</b>
ЦИТОКИНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗОМ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	
<b>ІШКОВ М. О. ....</b>	<b>17</b>
ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ «ДІОКСИЗОЛЬ» ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ВЕРХІВКОВИХ ПЕРІОДОНТИТІВ ЗА ДАНИМИ РЕНТГЕНОГРАМ	
<b>КОЛОСКОВА Е. К., VOROTNYAK T. M., ORTEMENKA Y. P. ....</b>	<b>19</b>
INDICES OF INTERLEUKINS - 4, 5, 8 AND IMMUNOGLOBULIN-E IN CHILDREN WITH BRONCHIAL ASTHMA UNDER THE DIFFERENT TYPES OF ACETYLATION	
<b>ЛАХТІН Ю. В. ....</b>	<b>22</b>
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РЕТЕНЦІЇ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ РЕГІОНІВ З МІКРОЕЛЕМЕНТОЗАМИ	
<b>ОРТЕМЕНКА Є. П., ШАХОВА О. О. ....</b>	<b>25</b>
ОСОБЛИВОСТІ ЦИТОЛОГІЧНОГО СКЛАДУ МОКРОТИННЯ У ШКОЛЯРІВ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ РАНЬОГО ТА ПІЗЬОГО ДЕБЮТУ	
<b>САЖИН С. І., БОЖИК І. П. ....</b>	<b>27</b>
КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИГРИПОЗНОЇ ВАКЦИНАЦІЇ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ	
<b>ФІЛИППОВА О. В. ....</b>	<b>32</b>
ПРИНЦИПЫ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ	
<b>ХОМИЧ В. Н. ....</b>	<b>36</b>
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ	
<b>СЕКЦІЯ 2. ФАРМАЦЕВТИЧНІ НАУКИ .....</b>	<b>42</b>
<b>ГУДИНА В. Ю., СІЛІН О. В., КОВАЛЕНКО С. М. ....</b>	<b>42</b>
НОВИЙ БІОЗОСТЕРНИЙ КЛАС ФТОРХІНОЛОНОВИХ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ АГЕНТІВ	

гіпертонічних розчинів (3%, 5%, 7% розведення) натрію хлориду, за методом Pavord I.D. у модифікації Pizzichini M.M. [4, с. 643-648]. За дебютом захворювання сформовані дві клінічні групи спостереження. У першу (I) групу ввійшла 21 дитина з раннім початком БА (до 3 років включно) [5, с. 562-564], другу (II) групу склали 25 дітей із пізнім дебютом (в 6 років і пізніше) [6, с. 548-557] хвороби.

Отримані результати. До цитологічного складу індукованого мокротиння I клінічної групи увійшли: еозинофільні гранулоцити  $3,95 \pm 1,3\%$ , нейтрофільні гранулоцити  $49,9 \pm 4,1\%$ , опасисті клітини  $0,38 \pm 0,3\%$ , альвеолярні макрофаги  $30,0 \pm 4,5\%$ , лімфоцити  $15,8 \pm 2,9\%$ , епітеліальні клітини  $47,8 \pm 4,7\%$ . У цитологічний аналіз бронхіального секрету в хворих на астму пізнього початку увійшли відповідно: еозинофіли  $14,2 \pm 4,3\%$  ( $P < 0,05$ ), нейтрофіли  $46,3 \pm 4,8\%$  ( $P > 0,05$ ), мастоцити  $0,5 \pm 0,3\%$  ( $P > 0,05$ ), макрофаги  $29,7 \pm 4,5\%$  ( $P > 0,05$ ), лімфоцити  $9,3 \pm 2,8\%$  ( $P > 0,05$ ), епітеліоцити  $40,4 \pm 3,2\%$  ( $P > 0,05$ ).

У хворих на БА з раннім дебютом реєстрували виразнішу нейтрофільно-лімфоцитарну запальну реакцію дихальних шляхів, а у пацієнтів із фенотипом пізньої астми – еозинофільно-макрофагальний варіант запальної відповіді бронхів. Так, серед хворих на БА раннього початку відсоток дітей із кількістю в індукованому мокротинні нейтрофільних гранулоцитів  $\geq 48\%$  та лімфоцитів  $> 11\%$  склала відповідно 76,2% та 47,6%, а в II групі порівняння частка пацієнтів за зазначених розподільчих точок клітинного складу мокротиння становила 52,0% ( $P < 0,05$ ) та 16,0% ( $P < 0,05$ ) відповідно. Водночас, у I клінічній групі відсоток школярів із кількістю еозинофільних гранулоцитів  $> 4\%$  та альвеолярних макрофагів  $> 37\%$  становив відповідно 23,8% та 9,5%, а в групі хворих із пізнім дебютом БА частка пацієнтів із вищевказаними дискримінантними точками в цитологічному аналізі мокротинні сягала 60,0% ( $P < 0,05$ ) та 28,0% ( $P < 0,05$ ). Фенотипу БА із раннім дебютом також притаманно виразніша запальна відповідь дихальних шляхів, що відображувалося підвищеною кількістю злущеного епітелію в індукованому мокротинні. Так, серед хворих на БА раннього початку реєструвалося 38,0% дітей із кількістю епітеліоцитів у бронхіальному секреті  $> 55\%$ , а серед пацієнтів II клінічної групи порівняння – лише 12,0% ( $P < 0,05$ ) школярів.

Висновок. Для бронхіальної астми раннього початку притаманно виразніше пошкодження епітеліального шару дихальних шляхів внаслідок їх нейтрофільно-лімфоцитарного запалення. За фенотипу захворювання з пізнім дебютом запальна

відповідь бронхів опосередкована еозинофільно-макрофагальною клітинною асоціацією.

#### Література:

1. Sood J. Understanding of asthma has improved / J. Sood, J. Garrett // *New Zealand doctor*. – 2007. – Vol. 12. – P. 24-25.
1. 2. Kapitein B. Gene expression in CD4+ T –cells reflects heterogeneity in infant wheezing phenotypes / B. Kapitein, M.O. Hoekstra, E. N. J. Nijhuis, D. J. Hijnen [et al.] // *Eur. Respir. J.* – 2008. – Vol. 32. – P. 1203-1212.
3. Cowan D.C. Effects of steroid therapy on inflammatory cell subtypes in asthma / D.C. Cowan, J.O. Cowan, R. Palmay [et al.] // *Thorax*. – 2010. – Vol. 65. – P. 384-390.
4. Douwes J. Non- eosinophilic asthma: importance and possible mechanisms / J. Douwes, P. Gibson, J. Pekkanen, N. Pearce // *Thorax*. – 2002. – Vol. 57. – P. 643-648.
5. Shapiro G.G. Among young children who wheeze, which children will have persistent asthma? / G.G. Shapiro // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 2006. – Vol. 118, N. 5. – P. 562-564.
6. Spahn J.D. Clinical assessment of asthma progression in children and adults / J.D. Spahn, R. Covar // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 2008. – Vol. 121. – P. 548-557.

**Сажин С. І.**

*к. мед. н.*

**Божик І. П.**

*Буковинський державний медичний університет*

*Ковельський медичний коледж*

*м. Чернівці, Україна*

### КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИГРИПОЗНОЇ ВАКЦИНАЦІЇ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ

Грип та інші гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) – найбільш соціально значимі, поширені та масові захворювання, які займають провідне місце у структурі інфекційних захворювань. У період збільшення респіраторної захворюваності на частку ГРВІ припадає 10-15% тимчасової непрацездатності населення, в інші пори року вони становлять до 40% усіх захворювань серед дорослих і більше 60% – серед дітей [1, с. 1]. Під час епідемії грип уражає 5-15 % усього населення. При



пандеміях, коли виникає різка зміна властивостей вірусу, ризик захворіти має кожна друга людина. Діти хворіють грипом у 4,6 раза частіше, ніж дорослі. Смертність від грипу та його ускладнень займає перше місце у структурі смертності серед усіх інфекційних та паразитарних захворювань. За даними ВООЗ щороку під час спалахів грипу у світі хворіють 3-5 млн. людей і 250-500 тисяч з них помирають від ускладнень [2, с. 54].

Серед науковців продовжується дискусія щодо спектру ефективності протигрипозних вакцин. З одного боку позиціонується виключно специфічний захисний ефект проти грипу в 80-90% щеплених дітей за умови антигенної відповідності формули вакцини антигенній структурі вірусу грипу, при цьому імунізація не захищає від інших респіраторних вірусів, а захворюваність іншими ГРВІ серед щеплених в епідемічний період може залишатися достатньо високою, можливі тяжкі ускладнення на тлі аденовірусної, парагрипозної інфекції, РС-вірусів тощо [3, с. 45]. Натомість інші автори, навпаки, наводять факти зниження частоти, ускладнень ГРВІ та тривалості періоду непрацездатності з приводу вірусних інфекцій серед осіб, які щеплені проти грипу [4, с. 2414].

Враховуючи, що діти, які навчаються в освітніх закладах, є групою епідемічного ризику, актуальним вбачається вивчення клінічної ефективності вакцинації проти грипу у підлітків-студентів.

**Мета дослідження.** Вивчити клінічну ефективність профілактичної імунізації проти грипу у студентів підліткового віку.

**Матеріал і методи.** З дотриманням принципів біоетики на базі Ковельського медичного коледжу обстежено 440 студентів віком від 15 до 18 років. Методом випадкової вибірки когорта дітей розподілена на дві групи. До першої (I) клінічної групи увійшли 234 студента, яким проведена вакцинація протигрипозною вакциною. Обов'язковою умовою входження до першої групи спостереження вважали наявність інформаційної згоди від підлітків та їхніх батьків. Другу (II) клінічну групу склали 206 дітей, яким не проводилася вакцинація проти грипу в зв'язку з відмовою батьків або через наявність тимчасових протипоказань під час проведення вакцинальної кампанії. Групи спостереження виявилися зіставлювані за основними клінічними показниками (табл. 1).

Таблиця 1

Загальна клінічна характеристика груп порівняння (M±m)

Клінічні групи	Кількість дітей	Дівчата, %	Міські мешканці, %	Середній вік, роки
I група	234	84,6±2,4	62,1±2,8	16,4±0,2
II група	206	86,9±2,3	64,0±2,7	16,5±0,2
$P_{t\phi}$		>0,05		

Для проведення вакцинації використовували вакцину Ваксигрип одноразово у дозі 0,5 мл, яку вводили у передепідемічному періоді. Ваксигрип – це інактивована спліт-вакцина другого покоління для профілактики грипу. Вакцина виготовляється з актуальних грипозних штамів вірусу, її склад щорічно оновлюється у відповідності до рекомендацій ВООЗ. В одній дозі (0,5 мл) тривалентної вакцини міститься по 15 мкг гемаглютиніну вірусу кожного серотипу. Щорічно більше 70 млн. доз цієї вакцини застосовується в країнах усіх континентів, в т.ч. і в Україні.

Ефективність вакцинації розраховували за формулою [5, с. 1056]:

$$EB = \frac{P3H - P3B}{P3H} \times 100,$$

де EB – ефективність вакцинації, P3H – рівень захворюваності на грип та ГРВІ серед невакцинованих осіб, P3B – рівень захворюваності на грип та ГРВІ серед вакцинованих осіб

Крім, власне випадків захворюваності на грип та ГРВІ впродовж наступних шести місяців після щеплення, досліджували тривалість хвороби та наявність ускладнень. Таким чином, додатково ефективність вакцинації оцінювали, враховуючи зниження абсолютного (ЗАР) та відносного ризиків (ЗВР), мінімальної кількості осіб, яких необхідно щепити для досягнення одного позитивного результату (МКХ).

Результати дослідження та їх обговорення. Установлено, що за листопад-квітень у навчальному закладі перехворіло 115 (26,1±2,1%) студентів. При аналізі захворюваності на грип та ГРВІ виявлено, що в I клінічній групі впродовж наступних після

вакцинації шести місяців захворіли 13 підлітків (5,6±1,5%). Цей показник достовірно нижчий, ніж у II клінічній групі, де перехворіли 102 студенти (49,5±3,5),  $P < 0,05$ . Таким чином, ефективність вакцинації становила 88,8% при 95 довірчому інтервалі (ДІ) в межах 80,8-94,3%. Зниження абсолютного ризику захворіти на ГРВІ впродовж шести місяців після проведення щеплення склало 44,0% при МКХ 1,13 особи. Середня тривалість епізодів ГРВІ у групах порівняння становила 4,5±1,1 у першій та 7,4±1,2 дня у другій ( $P < 0,05$ ) відповідно.

За результатами опитування у 8 студентів першої клінічної групи (3,4±1,2%) спостерігалися післявакцинальні реакції у вигляді субфебрильної гіпертермії, головного болю, загальної слабкості. Ці явища минали протягом 1-2 днів і не потребували спеціального лікування.

Установлено, що кількість студентів II клінічної групи з більш тяжкими формами ГРВІ вірогідно вища (21,8±2,9%), ніж у I групі (0,8±0,6%),  $P < 0,05$ . У дев'яти студентів (4,4±1,4%), які не були щеплені, відмічались ускладнення ГРВІ у вигляді пневмонії (4 підлітка), отиту (2 студента), синуситу (3 студента). Натомість серед пацієнтів першої клінічної групи не зафіксовано ускладнень від гострих респіраторних інфекцій.

Результати клінічно-епідеміологічного аналізу ефективності вакцинації наведені в табл. 2. Так, група дітей, які щеплені від грипу вакциною Ваксігріп у передепідемічному періоді, володіла вищими показниками зниження абсолютного та відносного ризику захворіти на грип та ГРВІ впродовж наступного півріччя, а також меншою кількістю ліжкоднів, тяжкістю перебігу хвороби та наявністю ускладнень

Таблиця 2

Ефективність щеплення проти грипу вакциною Ваксігріп у дітей підліткового віку

Показники	Критерії		
	ЗАР, %	ЗВР, % (95% ДІ)	МКХ (95% ДІ)
Середня тривалість ГРВІ > 5 днів	36,7	94,5 (88,0-98,1)	1,06 (0,03-5,60)
Тяжкий перебіг ГРВІ	21,0	96,1 (90,0-99,0)	1,04 (0,03-5,55)
Наявність ускладнень	4,4	100,0 (96,4-100,0)	1,00 (0,03-5,45)

Примітка. ЗАР – зниження абсолютного ризику, ЗВР – зниження відносного ризику, МКХ – мінімальна кількість хворих, яких необхідно пролікувати для досягнення одного позитивного результату

Наявність стовідсоткового ЗВР наявності ускладнень пояснюється відсутністю дітей за даним критерієм у I клінічній групі та, ймовірно, буде зменшуватися при проведенні досліджень на популяційному рівні.

Таким чином можна констатувати зменшення частоти, тривалості, тяжкості та ускладнень ГРВІ, що, ймовірно, пов'язане зі зниженням частоти та тяжкості мікст-інфекцій за участю грипозного вірусу, який часто діагностують як ГРВІ. Отже, інактивована тривалентна вакцина Ваксігріп активно стимулює вироблення специфічних антитіл до вірусів грипу А і В та володіє високою імуногенною дією та достатньо низькою реактогенністю.

#### Висновки

1. Вакцинація проти грипу є високоефективним методом активної імунізації дітей підлітково віку.
2. Щеплення проти грипу дозволяє зменшити частоту, тривалість, тяжкість перебігу грипу та гострих респіраторних вірусних інфекцій, запобігти ускладненням у дітей.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні динаміки імунологічних показників периферичної крові у дітей підліткового віку.

#### Література:

1. Грипп у детей: клинко-эпидемиологические особенности и новые возможности терапии / Сергиенко Е.Н., Шмелева Н.П., Германенко И.Г., Грибкова Н.В. // Мед.Новостии - 2009. № 14. – С. 1–4.
2. Кареткина Г.Н. Грипп: выбор этиотропного препарата с учетом опыта пандемии 2009-2012 гг. / Г.Н. Кареткина // Поликлиника. – 2012. - № 1 (1). – С. 54-58.
3. Гаращенко Т.И. Элиминационная терапия слизистых оболочек верхних дыхательных путей в профилактике гриппа и ОРВИ / Т.И. Гаращенко, Л.И. Ильенко, М.В. Гаращенко // Внутрішня медицина. – 2007. - № 1 (1). – С. 45-48.
4. Trivalent inactivated subunit vaccine Influvac: 25 year experience of safety and immunogenicity / K.M. Giezeman, J. Nauta, I.F. de Bruijn, A.M. Palache // Vaccine. – 2009. – Vol. 27. – P. 2414–2417.



5. Field evaluation of vaccine efficacy / W.A. Orenstein, R.H. Bernier, T.J. Dondero // Bulletin of the World Health Organization. — 1985. — Vol. 63, N 6. — P. 1055-1068.

**Филиппова О. В.**  
студентка

*Национального медицинского  
университета имени А. А. Богомольца  
г. Киев, Украина*

### **ПРИНЦИПЫ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ**

К концу XX века в экономически развитых странах в результате социально-экономического развития, успехов в медицинской науке, появления новых способов диагностики и предупреждения заболеваний у недоношенных новорожденных удалось достичь значительного увеличения выживаемости и снижения заболеваемости у недоношенных детей. Преждевременные роды до настоящего времени остаются одной из ведущих причин высокой заболеваемости и смертности среди новорожденных детей. Риск рождения больного ребенка напрямую зависит от срока гестации.

Недоношенные дети — дети, родившиеся в сроки от 28 до 37 недель внутриутробного развития и имеющие массу тела ниже 2500 г, длину 45 см и менее. В зависимости от массы тела при рождении различают 4 степени недоношенности: I степень — недоношенные, родившиеся с массой тела 2001—2500 г; II степень — с массой 1501—2000 г; III степень — с массой 1001—1500 г, IV степень — 1000 г и менее. Жизнеспособными считают недоношенного с массой тела при рождении более 500 г, сделавшего хотя бы один вдох. Частота рождения недоношенных детей в различных регионах нашей страны составляет от 6 до 14%.

Преждевременные роды напрямую отражают состояние здоровья беременной женщины. Основными причинами невынашивания является инфекция, тяжелые соматическое состояние матери, осложнения беременности. Одной из основных причин преждевременных родов является внутриутробная инфекция [1]. Наиболее частые причины недоношенности: истмико-цервикальная недостаточность,

пороки развития матки, экстрагенитальная патология, инфекционные болезни у беременной; патология плода (пороки развития, антенатальная патология, врожденные болезни), патология беременности и родов (токсикоз, иммунологическая несовместимость беременной и плода, преждевременная отслойка плаценты, преждевременное излитие околоплодных вод), а также такие факторы, как профессиональные вредности, возраст беременной моложе 20 и старше 35 лет, вредные привычки (алкоголизм, наркомания, курение).

В тех случаях, когда не удастся предотвратить развитие инфекции, а также преждевременные роды, рекомендуется провести профилактику тяжелых дыхательных нарушений у недоношенного ребенка. Применение антенатальной стероидной терапии впервые было применено в практике перинатологии Liggins и Howie еще в 1972 году [2].

Эффективность применения кортикостероидов при осложненных беременностях. Антенатальная стероидная терапия снижает неонатальную заболеваемость и смертность у детей, рожденных на сроке 26-34 недели гестации без отрицательных эффектов на состояние матери.

Выхаживание недоношенных и глубоко-недоношенных младенцев невозможно себе представить без организации правильного лечебно-охранительного режима, который является залогом успешного лечения в любом медицинском учреждении, будь то родильный дом или отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Все новорожденные дети, рождаясь, переходят от внутриутробного развития к внеутробному, где условия внешней среды для них являются совершенно неизвестными.

В отличие от детей, родившихся в срок, недоношенный ребенок еще очень незрелый. Попадая в стационар, недоношенные дети часто оторваны от родителей, подвержены большому количеству лечебных процедур, сильным внешним раздражителям. Медицинский персонал должен предпринимать исключительные меры для оптимального сохранения целостности кожи младенца, и его нервно-психического состояния.

Недоношенные дети, особенно родившиеся с очень низкой и экстремально низкой массой тела, относятся к пациентам высокого риска по развитию нарушений теплового гомеостаза вследствие малого содержания или отсутствия бурой жировой ткани, обеспечивающей температурную защиту. Кроме того, незрелая центральная нервная система неспособна дать