



**ХVІ КОНГРЕС  
СВІТОВОЇ ФЕДЕРАЦІЇ  
УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРСЬКИХ  
ТОВАРИСТВ**

БЕРЛІН-КИЇВ 8-23 СЕРПНЯ 2016 РОКУ

**МАТЕРІАЛИ**

УДК 005.745:61.001.891.3(477)

ББК 51.1(0), 2ЛЯ431

МЗЗ XVI Конгрес Світової Федерації Товариств (8–23 серпня 2016 р., м. Берлін – м. Київ) : матеріали.,  
— Одеса: Видавництво Бартенєва, 2016— С 312: ISBN 978-966-1601-05-4

Матеріали XVI Конгресу Світової Федерації Українських Лікарських Товариств, якій відбувся в Берліні та Києві 18-23 серпня 2016 року. В них висвітлюються питання реформування системи охорони здоров'я, актуальні питання сучасної медицини за різними спеціальностями, громадського здоров'я, сімейно\медицини, медико-соціальні проблеми комбатантів і перміщених осіб, медичної термінології та історії медицини.

## РЕАКТИВНА ВІДПОВІДЬ ПОЛІМОРФНОЯДЕРНИХ НЕЙТРОФІЛЬНИХ ГРАНУЛОЦИТІВ ЗА АДЕНОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ ЛЕГКОГО І СЕРЕДНЬОТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ В ДОРΟΣЛИХ

Сидорчук А.С., Сидорчук Л.І., м. Чернівці, Україна, Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»

**Мета дослідження.** Вивчити реактивну відповідь поліморфноядерних гранулоцитів (ПНГ) периферичної крові хворих на аденовірусну інфекцію (АВІ) верхніх дихальних шляхів легкого і середньотяжкого перебігу.

**Матеріал та методи.** У дане проспективне клінічне дослідження типу «випадок–контроль», яке проводилося на базі КМУ «МП № 5 м. Чернівці» (головний лікар — Л.В. Клічук), за добровільною згодою залучено 37 осіб молодого віку: 22 жіночої та 15 — чоловічої статі (від 17 до 24 років, середній вік —  $(22,18 \pm 1,78)$  років) з ознаками гострої респіраторної вірусної інфекції на момент звернення за медичною допомогою (за критеріями Уніфікованого протоколу). Параклінічні дослідження виконували впродовж перших 24–48 годин захворювання. Контрольна група налічувала 32 практично здорові особи, середній вік —  $(22,14 \pm 1,37)$  років. Досліджені групи були співставні між собою за статтю і віком.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Зазначимо істотний зсув нейтрофілів на 85,71 %, зростання індексу співвідношення лейкоцитів і ШЗЕ на 72,0 %, що свідчить про наявність інтоксикації, яка патогенетично викликана руйнуванням клітин, уражених аденовірусами. Встановлено зростання реактивності нейтрофільних гранулоцитів на 83,92 %, що вказує на активацію цих клітин системою цитокінів у неспецифічному протиінфекційному захисті. Специфічна імунна відповідь формується пізніше, про що свідчить зниження індексу імунологічної реактивності організму хворих на АВІ на 14,86 %. Це також відображається у тенденції до зниження індексу зсуву лейкоцитів на 9,09 %, а індексу співвідношення нейтрофілів і моноцитів — на 21,57 %.

Показано, що у хворих на АВІ з ураженням верхніх дихальних шляхів легкого та середньотяжкого перебігу, запальний процес супроводжується зростанням абсолютної кількості лейкоцитів на 19,76 %, паличкоядерних нейтрофільних лейкоцитів — у 2,18 раз; ліфоцитів — на 30,30 % і моноцитів — на 48,15 %. Вищенаведене є свідченням формування різних типів імунної відповіді на аденовірусні антигени, що клінічно супроводжується маніфестацією у вигляді інтоксикаційного та катарального інфекційно-запального процесу.

Спостерігається тенденція до збільшення відносної кількості як гранулоцитів (на 1,44 %), так і агранулоцитів — на 10,66 %, що підтверджує активацію факторів і механізмів неспецифічного та специфічного імунного протиінфекційного захисту організму молодих осіб основної групи.

Вивчення фагоцитозу має важливе клініко-імунологічне значення, що полягає у комплексному аналізі та узагальненні стану неспецифічної реактивності організму і в діагностиці імунодефіцитного стану.

Фагоцитарна активність поліморфноядерних нейтрофільних гранулоцитів у молодих осіб, хворих на АВІ легкого та середньотяжкого перебігу, знижена на 15,96 % за одночасного зменшення на 40,86 %. Це свідчить про порушення нормальних процесів фагоцитозу

на початкових етапах, що ймовірно корелює з гуморальними факторами неспецифічного захисту — активністю системи комплементу, імуноглобулінів, адгезинів, опсонинів; тому фагоцитарна ємність крові знижується на 15,50 %. Примітним є формування тенденції до підвищення кількості активних ПНГ на 5,26 %, що свідчить про компенсаторну активацію їх функціональних можливостей.

Порушення фагоцитарної активності ПНГ встановлені також і на заключних етапах феномену фагоцитозу: знижено НСТ-спонтанний на 10,63 %, що доводить наявність вірусної інфекції. Характерним також є зменшення функціонального резерву кисневозалежного механізму бактерицидності фагоцитів на 15,45 %; відмітимо тенденцію до зниження коефіцієнту фагоцитарної активності.

Таким чином, незважаючи на активацію реактивної відповіді нейтрофільних гранулоцитів периферичної крові хворих молодого віку на АВІ легкого та середньотяжкого клінічного перебігу, фагоцитарна активність порушена на перших і заключних етапах цього складного і багатоступеневого процесу універсального протиінфекційного захисту організму, що пов'язано з наявністю ендогенної інтоксикації вірусного генезу.

## **РІВЕНЬ АДАПТАЦІЙНОГО НАПРУЖЕННЯ І КЛІТИННОЇ РЕАКТИВНОСТІ ОРГАНІЗМУ ХВОРИХ НА ГОСТРУ АДЕНОВІРУСНУ ІНФЕКЦІЮ**

Сидорчук Л.І., Сидорчук А.С., м. Чернівці, Україна, Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»

Патогенетичні механізми пристосування організму хворих на гостру аденовірусну інфекцію вивчені у 34 хворих (середній вік —  $(27,97 \pm 3,18)$  років), які перебували на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні обласної лікарні м. Чернівці. Провідну роль у забезпеченні адаптаційної діяльності організму відіграє система крові. Зміни параметрів системи крові свідчать про розширення або лімітування адаптаційної можливості організму хворого. Рівень адаптаційного напруження і клітинної реактивності організму хворих визначали за адаптаційним індексом та за імуно-гематологічними показниками, що характеризують пристосування організму і клітинну реактивність.

Рівень адаптаційного індексу ( $0,68 \pm 0,07$ ) знаходиться на верхній межі зони тренувань. У жодного хворого не встановлено стресової ситуації, у 10 (29,41 %) реакція пристосування знаходиться у зоні тренувань, у 17 (50,0 %) — у зоні спокійної активації та у 7 (20,59 %) — у зоні підвищеної активації. Рівень адаптаційного напруження у більшості (70,59 %) хворих підвищений, що є хорошим прогностичним показником перебігу аденовірусної інфекції.

Виявлено суттєве зниження індексу клітинної реактивності (у 3,72 раза) за рахунок зниження індексу клітинної реактивності організму, лейкоцитарного індексу інтоксикації у 1,84 раза, за індексом співвідношення абсолютної кількості лейкоцитів і швидкості зсідання еритроцитів — у 1,5 раза. При цьому зростають ядерний індекс ступеня ендотоксикозу у 4,33 раза, показник інтоксикації — у 1,25 раза, лімфоцитарно-гранулоцитарний індекс — у 1,33 раза. Все перераховане свідчить про активацію процесів і механізмів адаптаційного захисту за зниженої клітинної реактивності організму хворих на аденовірусну інфекцію.

- Плескач О.Я. — 80, 203  
Погорельчук Т.Я. — 148  
Погоріляк Р.Ю. — 262  
Позниш В.А. — 204  
Полянська О.С. — 59, 61, 213  
Полянський І.Ю. — 86  
Попов С.В. — 47  
Попова І.Б. — 207  
Попова І.Ю. — 96, 119  
Попович Я.О. — 163  
Поспішіль Ю.О. — 234  
Присташ О.І. — 122  
Притула В.П. — 169, 172  
Прихнюк І.О. — 190  
Прокопів О.В. — 150  
Проскурняк І.М. — 126  
Прохорова Є.М. — 124  
Прудников І.В. — 104  
Пурська М.Б. — 70, 71
- Радиш Г.В. — 68  
Радченко О.І. — 151  
Ремажевська В.М. — 142  
Решетар Д.В. — 68  
Рибалко О.Ю. — 151  
Рівіс О. — 210  
Рогач І.М. — 262  
Рогозинський В.О. — 169  
Рожко М.М. — 31  
Романів В. — 267  
Романюк О.К. — 47, 73  
Руда Т.В. — 222  
Рудень В.В. — 252, 253  
Рудень В.В. — 38, 56, 62  
Рудик В.Д. — 66
- Савельєва-Кулик Н.О. — 48  
Савичук О.В. — 198  
Савка К.А. — 72  
Савчин В.С. — 162  
Савчук О.В. — 62, 63  
Сажин Н.І. — 126  
Салата Ю.В. — 126  
Салтанова С.Д. — 44  
Саморукова В.В. — 58  
Саранча С.М. — 45, 46
- Саркісова Е.О. — 80  
Саркісова Ю.В. — 229  
Сахелашвілі М.І. — 70, 71  
Сахелашвілі О.І. — 69.  
Серветник М.І. — 235, 236  
Середюк В.Н. — 59  
Середюк Н.М. 51, 59, 60  
Середюк Р.О. — 59  
Сидоренко А.О. — 180, 189  
Сидоров В.О. — 172  
Сидорчук А.С. — 153, 154  
Сидорчук І.Й. — 224  
Сидорчук Л.І. — 153, 154  
Синиця В. — 195  
Сипко Т.С. — 203  
Сироткіна В.В. — 197  
Сіклицька Т.Б. — 142  
Сільченко М.І. — 172  
Сінгаєвська В.С. — 211  
Січненко П.І. — 47, 73  
Скакун О.З. — 60  
Скібіцька М.І. — 210  
Скрип В.В. — 262  
Скулінець Т.К. — 62  
Слабкий В.Г. — 249  
Слабкий Г.О. — 255, 261, 262, 265  
Слесарчук О.М. — 130  
Слинько Є.І. 91, 92, 93, 94, 95, 97, 98, 99, 100,  
101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110,  
111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 172  
Сміян О.І. — 47, 48  
Сміян О.І. — 73  
Сова О. — 248  
Сондак М. — 248  
Сорочинська Б.Ю. — 197  
Сорочинський І.М. — 173  
Ставицький С.О. — 27  
Стадник У.О. — 196  
Стамболі Л.В. — 205  
Старенький В.П. — 203  
Степаненко І.В. — 96, 119  
Степанова Є.І. — 202, 203, 204  
Стернюк А.М. — 180  
Стернюк Ю.М. — 189, 190  
Стецик Н.І. — 62, 63, 213  
Столяр Г.Л. — 232

Наукове видання

XVI Конгрес Світової Федерації Українських Лікарських Товариств,  
Берлін-Київ, 18–23 серпня 2016 року. Матеріали

Художнє оформлення й верстка  
«Видавництво Бартенєва»  
Редактори: М. Тищук, А. Яніна  
Художній редактор: Б. Бартенєв

Здано в набір 20.07.2016. Підписано до друку 29.07.2016  
Формат 500x707 1/8. Папір офсетний. Гарнітура Cambria.  
Друк офсетний. Тираж 1200 прим. Замовлення № 218  
Видавець і виготовлювач: Видавництво Бартенєва.  
Адреса: Одеса, вул. Садіківська 33, тел. (050) 905-10-42;  
e-mail: bart\_ru@ukr.net; bart\_ru@breezein.net  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи:  
№099638, серія В00, від 16.02.2005 р.  
Надруковано в друкарні «И-74».  
65000, м. Одеса, вул. Буніна, 4