

Міністерство охорони здоров'я України  
Буковинський державний медичний університет

# МАТЕРІАЛИ



96-ї підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
Буковинського державного медичного університету

16, 18, 23 лютого 2015 р.



Чернівці 2015

Матеріали 96-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу БДМУ

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



## **МАТЕРІАЛИ**

**96 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

**16, 18, 23 лютого 2015 року**

**Чернівці – 2015**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Іващук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Ташук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2015



of statistic analysis of phase images of bile by different types pathology make possible differentiation of bile changes in patients with combined pathology.

**Маслянюк В.А.**  
**ТРЬОХГОДИННИЙ ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНИЙ ТЕСТ**  
**ТА РІВЕНЬ ГЛІКОЗИЛЬОВАНОГО ГЕМОГЛОБІНУ У ДІАГНОСТИЦІ ГЕСТАЦІЙНОГО**  
**ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ**

*Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології*  
*Буковинський державний медичний університет*

Гестаційний цукровий діабет визначається як будь-яке порушення толерантності до вуглеводів, що виникло, або було вперше виявлене під час вагітності. Нозологія включає різноманітні стани незалежно від того, чи потребує жінка інсуліну, або ж лікування полягає лише в дієтотерапії, та чи минає цей стан після пологів. Не виключена також ймовірність виявлення маніфестного цукрового діабету, що не був діагностований своєчасно.

За різними дослідженнями (залежно від популяції, що вивчається, та діагностичних тестів) від 1% до 14% вагітностей ускладнюються гестаційним цукровим діабетом, який може призвести до невиношування плода і розвитку фетопатій. Доказано, що навіть якщо ознаки цукрового діабету, які мали місце під час вагітності самостійно зникають, ризик розвитку маніфестного цукрового діабету у жінки залишається високим. Надлишкова маса тіла, за якої має місце інсулінорезистентність, підвищує можливість розвитку репродуктивних порушень у вагітних жінок, а також є одним з критичних чинників, які регулюють статевий розвиток дитини. Актуальним залишається вивчення поширеності гестаційного діабету, особливостей його перебігу при надлишковій масі тіла та удосконалення критеріїв діагностики.

Нами продовжене дослідження з проведенням скринінгового тестування вагітних жительок м.Чернівці на діагностику цукрового діабету з застосуванням трьохгодинного глюкозотолерантного тесту та визначення глікозильованого гемоглобіну

Встановлено, що із 310 скринінгпозитивних жінок 68 (21,98%) мали надлишкову масу тіла, а у 20 (6,45%) діагностовано ожиріння. За результатами трьохгодинного перорального діагностичного тесту толерантності до глюкози гестаційний цукровий діабет діагностовано у 25 (8,1%) вагітних. Серед вагітних з гестаційним діабетом 9 (36,0%) мали надлишкову масу тіла, а 10 (40%) ожиріння, у 6 (24%) індекс маси тіла (ІМТ) був у межах норми. Рівень глікозильованого гемоглобіну у вагітних з надлишковою масою тіла та ожирінням дорівнював 6,5%, а в жінок з нормальним індексом маси тіла – 5,0%.

Проведене дослідження показало, що визначення рівня глікозильованого гемоглобіну, поряд з трьохгодинним глюкозотолерантним тестом є одним з критеріїв його діагностики, а надлишкове накопичення жирової тканини у вагітних внаслідок дисбалансу споживання та витрати енергії – важливий чинник ризику гестаційного діабету.

**Оленович О.А.**  
**НЕСПЕЦИФІЧНА РЕАКТИВНІСТЬ ОРГАНІЗМУ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2**

*Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології*  
*Буковинський державний медичний університет*

Як відомо, обмінні процеси в організмі за умов цукрового діабету (ЦД) зазнають істотних змін, впливаючи на адаптаційні можливості організму та визначаючи ступінь його імунореактивності. Вивчення стану адаптаційних резервів організму, механізмів запуску дезадаптаційних процесів набуває особливої актуальності у випадку ЦД, для якого характерні виражені зміни природженої та адаптивної імунної відповіді, серйозні порушення нейроендокринної та імунної взаємодії, що визначає тяжкість перебігу та прогноз захворювання. Особливої уваги заслуговує порівняльний аналіз показників імунореактивності на тлі ЦД типу 1 та 2 з метою їх своєчасної корекції та прогнозування індивідуальної відповіді організму хворих на лікування.

Метою дослідження було вивчити зміни реактивності та адаптаційного потенціалу організму у хворих на цукровий діабет типу 2.

Під нашим спостереженням знаходилось 23 хворих на ЦД типу 2 (середній вік – 56,87±1,55 року), 14 з яких жінки (61% хворих), а 9 – чоловіки (39% обстежених). 10 практично здорових осіб увійшли до групи контролю. Верифікацію діагнозу здійснювали на підставі поглибленого клініко-анамнестичного та лабораторно-інструментального досліджень із використанням критеріїв, запропонованих комітетом експертів ВООЗ. Тяжкість захворювання встановлювалась за ступенем прояву клінічних симптомів. Так, середньотяжка форма діабету встановлена в 14 (61%) осіб, тяжка форма захворювання виявлена в 9 (39%) обстежених; пацієнти з легким перебігом діабету не входили до групи спостереження. Всі пацієнти знаходились у стадії субкомпенсації захворювання, яка досягалася застосуванням гіпоглікемізуючої терапії – пероральних цукрознижувальних засобів (4% осіб), комбінованої терапії (52% осіб), інсулінотерапії (44% осіб) за ЦД типу 2.

Для оцінки адаптаційного та загального реактивного потенціалу хворих на ЦД використані інтегральні гематологічні коефіцієнти: лейкоцитарний індекс (ЛІ), модифікований лейкоцитарний індекс інтоксикації Б.А.Рейса (ЛІІ), індекс зсуву лейкоцитів (ІЗЛ), індекс співвідношення лейкоцитів і ШЗЕ (ІЛШЗЕ), лімфоцитарно-гранулоцитарний індекс (ЛГІ), загальний індекс (ЗІ), ядерний індекс інтоксикації (ЯІ), індекс співвідношення нейтрофілів і лімфоцитів (ІСНЛ), індекс співвідношення нейтрофілів і моноцитів (ІСНМ).



Одержані дані опрацьовані методами варіаційного статистичного аналізу з визначенням парного критерію Стьюдента за програмою «Biostat».

Розрахунок інтегральних гематологічних індексів виявив істотні зміни індексів неспецифічної резистентності у хворих на ЦД типу 2: ЛІ знижувався на 25% ( $P < 0,001$ ), тоді як ІСНМ, навпаки, підвищувався ( $P > 0,7$ ); інший індекс неспецифічної резистентності – ІСНЛ – зростав на 29,8% ( $P < 0,001$ ). Це вказує на зниження неспецифічної імунорезистентності за рахунок, переважно, макрофагальної ланки на тлі вираженого дефіциту специфічного імунного захисту. Зміна резистентності організму, у свою чергу, визначає інтенсивність та вираженість ендогенної інтоксикації. Так, у хворих на ЦД типу 2 істотно наростали ознаки інтоксикації за індексами ЛПІ (перевищував контрольний показник на 25,9% ( $P < 0,001$ )) та ІЗЛ (був вищим за контроль на 23,4% ( $P < 0,001$ )). Це супроводжувалося достовірним зниженням індексів запалення у хворих на ЦД типу 2 порівняно з контролем: ЛПГ був на 21,7% нижчим за контрольний рівень ( $P < 0,001$ ) з тенденцією до зниження ІЛШЗЕ ( $P > 0,3$ ). Такі зміни досліджуваних показників дозволяють припустити, що інтоксикація за ЦД носить ендогенний характер і спричинена, ймовірно, активацією деструктивних механізмів тканинного розпаду внаслідок дисметаболических процесів, характерних для ЦД. За відсутності нейтралізуючої протидії детоксуючих систем організму, про декомпенсацію яких свідчить зниження ЯІ ( $P = 0,05$ ) на тлі ЦД типу 2, та неповноцінності ферментних систем, що страждають за ЦД, автоінтоксикація призводить до розвитку «метаболического імунодефекту», у результаті якого порушуються процеси регуляції імунорезистентності, проліферації і метаболізму імунокомпетентних клітин, авторегуляції імунної відповіді. Крім того відомо, що інсулінорезистентність або ЦД типу 2, який поряд з ожирінням та артеріальною гіпертензією є складовою так званого метаболічного синдрому, супроводжується накопиченням нефізіологічних концентрацій проміжних та кінцевих продуктів метаболізму, кисневого голодування та окисної деструкції тканин, клітинних стресових медіаторів, інших ендотоксинів, що викликають розвиток токсемії. Виражена автоінтоксикація у хворих на ЦД типу 2 закономірно спричиняє перенапруження і виснаження макрофагальної імунореактивності, спрямованої головним чином на різноманітні продукти тканинного розпаду. Моноцитарна дисфункція, у свою чергу, здатна провокувати порушення в системі презентації антигенів для імунокомпетентних клітин, тим самим забезпечуючи спотворення специфічної імунної відповіді.

Таким чином, динаміка змін інтегральних гематологічних коефіцієнтів вказує на розвиток ендогенної інтоксикації на тлі цукрового діабету типу 2, інтенсивність якої не лише є наслідком порушення метаболічних процесів за цукрового діабету, а й сама слугує причиною розвитку патологічних реакцій, зокрема, модулюючого впливу на імунореактивність організму та дезорганізації роботи імунної системи. За цукрового діабету типу 2 формується дефіцит і зниження функціональної активності як специфічної ланки імунітету, так і неспецифічної імунорезистентності (переважно, макрофагальної ланки), що призводить до порушення механізмів регуляції клітинних і гуморальних реакцій.

**Olenovych O.A.**

### **NONSPECIFIC BODY REACTIVITY IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS DEPENDING ON ITS SEVERITY**

*Department of Clinical Immunology, Allergology and Endocrinology  
Bukovinian State Medical University*

Investigation of the adaptive body reserves, starting mechanisms of dysadaptation processes is of a high importance in relation to diabetes mellitus (DM), known to be accompanied by the significant disturbances of neuroendocrine and immune interaction, that stipulates the severity and prognosis of the disease. That's why the comparative analysis of immune reactivity parameters in DM of various severity is of a special attention in concern of their timely correction and prognosis of the probable individual patient's response on administered treatment.

Considering that, the objective of this research was to study the changes of reactivity and adaptive body potential in patients with diabetes mellitus depending on the degree of its severity.

33 patients with DM (17 men and 16 women – 52 and 48% respectively), aged between 19 and 78 years (mean age –  $50,70 \pm 2,27$  years) and 10 healthy individuals, who served as control group, participated in the study. The verification of the diagnosis was based on thorough clinical-anamnestic and laboratory-instrumental investigations according to the WHO recommendations.

According to the results of complex patients' examination DM type 1 was established in 10 patients – 30% (mean age –  $36,50 \pm 3,83$  years), whereas in 23 patients (70%) DM type 2 was diagnosed (mean age –  $56,87 \pm 1,55$  years). The severity of the disease was assessed by the degree of clinical symptoms manifestation. Thus, moderate severity of DM was identified in 17 enrolled patients with overwhelming majority of DM type 2 patients (82%); severe form of the disease was observed in 16 examined patients, represented by 44% of type 1 diabetics and 56% of type 2 diabetics; individuals with mild diabetes were absent among those involved into the study. All participating patients were at the subcompensation stage of the disease.

Integral haematological coefficients were used for the assessment of adaptive potential and general reactivity in diabetic patients: leukocytic index (LI), modified leukocytic intoxication index by B.A.Reys (LII), leukocyte shift index (LSI), neutrophils to lymphocytes ratio index (NLRI), leukocytes to sedimentation ratio index (LSRI), lymphocytic-granulocytic index (LGI), nuclear intoxication index (NII), neutrophils to monocytes ratio index (NMRI). Statistical processing of the obtained data was performed by means of «Biostat» software, using paired Student's t-criterion.



Integral haematological indices calculation revealed substantial changes of nonspecific resistance indices in patients with diabetes depending on the severity of its course. Thus, LI decreased by 25,0% in case of moderate DM ( $P<0,001$ ) and by 19,2% ( $P<0,05$ ) in case of severe form of the disease, whereas NMRI tended to decrease only in patients with moderate diabetes ( $P>0,4$ ) and, on the contrary, to increase in case of severe diabetes ( $P>0,7$ ). Other nonspecific resistance index – NLRI – was increased by 29,8% ( $P<0,001$ ) in case of moderate DM and by 23,1% ( $P<0,01$ ) in severe diabetes. These findings evidence the impairment of nonspecific immune resistance, contributed mostly by microphages in case of moderate DM and by macrophages – in severe form of diabetes, accompanied by the deficiency of specific immune responsiveness, reliably more significant in diabetes of moderate severity.

Disturbance of the resistance, in its turn, determines the intensity and gravity of endogenous intoxication. Thereby, the signs of intoxication were found to be enhanced in patients with DM according to LII (exceeded control index by 24,7% ( $P<0,001$ ) and 20,6% ( $P<0,01$ ) in patients with moderate and severe DM respectively) and LSI (was by 22,3% ( $P<0,001$ ) and 16,3% ( $P<0,05$ ) higher than of control in patients with moderate and severe DM correspondingly). Meanwhile, it should be noted, that despite the absence of reliable difference between mentioned parameters in patients with DM of various severity, their changes were more substantial in case of moderate DM. At the same time, the decline of inflammation indices, observed in case of DM in comparison with control, was also found to be more significant in patients with moderate diabetes: LGI was by 21,9% lower of that in control in moderate diabetes ( $P<0,001$ ) and by 15,3% – in case of severe course of the disease ( $P<0,05$ ), while LSRI tended to the decrease in both case ( $P>0,3$  and  $P>0,1$  respectively).

Considering all reported above, we came to the conclusions, that dynamics of changes of integral haematological coefficients in case of diabetes mellitus indicates the development of endogenous intoxication, whose intensity depends on the severity of the disease and which is considered not only as the consequence of metabolism disturbances, typical for diabetes, but as the cause of pathological reactions as well, modulating the influence on body immunological reactivity and immune system disorganization in particular. In case of diabetes mellitus the impairment of specific immunity as well as nonspecific one is formed, leading to dysregulation of cell-mediated and humoral reactions and depending on diabetes severity: reliably more significant in moderate diabetes decline of nonspecific immune resistance is contributed by microphages, in severe form of diabetes – by macrophages.

**Павлович Л.Б.**

### **ВМІСТ ВІДНОВЛЕНОГО ГЛУТАТІОНУ В ЕРИТРОЦИТАХ КРОВІ ХВОРИХ З ДІАБЕТИЧНОЮ ПОЛІНЕЙРОПАТІЄЮ**

*Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології  
Буковинський державний медичний університет*

В останні роки спостерігається посилена увага з боку науковців та клініцистів до питань вивчення етіології та патогенезу діабетичної полінейропатії (ДПН). Механізми, які лежать в основі розвитку ДПН, до кінця не вивчені, однак встановлено, що велику роль відіграє оксидантний стрес та порушення метаболізму ω-жирних кислот. Активність власної антиоксидантної системи (АОС) організму при ЦД знижена, що, можливо, пов'язано з генетичними факторами. Це призводить до порушення балансу анти- та прооксидантних систем на користь останніх.

Метою дослідження було довести доцільність застосування мілдронату (МД) та тіотриазоліну (ТТЗ) в комплексному лікуванні хворих із діабетичними полінейропатіями залежно від тривалості цукрового діабету на основі вивчення в еритроцитах крові хворих з ДПН вміст відновленого глутатіону, як основного компоненту захисної глутатіонової системи.

Нами було обстежено 88 хворих на цукровий діабет II типу, які знаходились на стаціонарному лікуванні в Чернівецькому обласному клінічному ендокринологічному диспансері. Серед хворих було 38 жінок та 50 чоловіків, вік хворих становив від 36 до 65 років. Цукровий діабет (ЦД) середнього ступеня тяжкості спостерігався у 84 хворих, у 4 хворих – важкий. 14 хворих знаходилися в стані компенсації захворювання, 74 – в стані субкомпенсації.

Пацієнти були розподілені на 3 групи: I гр. - хворі на ЦД терміном до 1 року (29 хворих); II гр. - хворі на ЦД терміном до 10 років (32 хворих); III гр. - хворі на ЦД терміном понад 10 років (27 хворих). Додатково хворі були розподілені на дві підгрупи. I підгрупа - пацієнти, які отримували базисну терапію; вона включала діету № 9, манініл по 5мг двічі на добу або інсулінотерапію ( 2/3 добової дози вранці та 1/3 дози ввечері з розрахунку 0,7 – 1,0 Од/кг маси тіла), пентоксифілін 5мл внутрішньовенно крапельно на 250 мл ізотонічного розчину натрію хлориду, вітаміни В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub> (18 хворих); II підгрупа - хворі, які на фоні базисного лікування отримували МД 10% - 5 мл внутрішньовенно 1 раз на добу впродовж двох тижнів (22 хворих); III підгрупа - 23 хворих, які на фоні базисного лікування отримували ТТЗ (2 мл 2,5 % розчину внутрішньом'язово 1 раз на добу впродовж двох тижнів); IV підгрупа - 21 пацієнт, яким на фоні базисного лікування отримували МД (5 мл 10% розчину внутрішньовенно болюсно 1 раз на добу) та ТТЗ (2 мл 2,5 % розчину внутрішньом'язово 1 раз на добу впродовж двох тижнів). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Використовувались клінічні, біохімічні методи дослідження. Одержані результати обробляли статистично, з використанням t-критерію достовірності Ст'юдента.

Визначали в еритроцитах крові хворих з ДПН вміст відновленого глутатіону, як основного компоненту захисної глутатіонової системи. Під час дослідження глутатіон-глутатіонредуктазної системи згідно наших досліджень у хворих з ДПН відмічалось вірогідне зниження рівня відновленого глутатіону, як основного



<b>Скрицька Н.В.</b> Українознавство як генеза творення української культури	<b>304</b>
<b>Соловійова Н.М.</b> Антропологізація англійського медичного тексту субмов імунології та імуногенетики у форматі ономастичної науки	<b>305</b>
<b>Телеки М.М.</b> Українські імена в пропріальній медичній лексиці	<b>306</b>
<b>Тимофієва М.П.</b> Розвиток професійно значущих рефлексивних компонентів на вузівському етапі підготовки студентів-медиків	<b>307</b>
<b>Ткач А.В.</b> Про багатозначність наукових лексем (на матеріалі медичних термінів)	<b>307</b>
<b>Тодоріко А.Д.</b> Вплив міжособистісних стосунків на формування професійних якостей студента-медика	<b>308</b>
<b>Цуркан М.В.</b> Стилізація розмовної лексики у прозі письменників Буковини	<b>309</b>
<b>Шалаєва Г.В.</b> Становлення та деякі спірні питання ономастики	<b>310</b>
<b>Шутак Л.Б., Навчук Г.В.</b> Вторинні назви в медичному дискурсі	<b>311</b>
<b>СЕКЦІЯ 18 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b>	
<b>Навчук І.В.</b> Профілактична медицина як основа реформування галузі охорони здоров'я	<b>312</b>
<b>Ревенко Ж.А., Грицюк М.І.</b> Створення соціально-медичного паспорта території	<b>312</b>
<b>Таралло В.Л.</b> Табличний довідник інтегральних показників здоров'я населення	<b>313</b>
<b>Чебан В.І.</b> Законодавство України у сфері наукових досліджень; вимоги до проведення наукових досліджень та оформлення їх результатів	<b>313</b>
<b>Юрнюк С.В., Сенюк Б.П., Хомко О.Й.</b> Правова культура медичного працівника	<b>314</b>
<b>Ясинська Е.Ц., Вацик М.З.</b> Аналіз захворюваності хронічними хворобами та їх вплив на збереження здоров'я хворих та населення в цілому	<b>316</b>
<b>СЕКЦІЯ 19 ФІЗИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ В МЕДИЦИНІ</b>	
<b>Боєчко В.Ф.</b> Про роль сучасних фізичних методів в медичній практиці	<b>316</b>
<b>Григоришин П.М.</b> Лазерна поляриметрична діагностика полікристалічних мереж плівок біологічних рідин	<b>317</b>
<b>Гуцул О.В.</b> Інноваційні фізичні методи гематологічних досліджень	<b>317</b>
<b>Іванчук М.А.</b> Побудова експертних медичних прогностичних систем з використанням діаграми Вороного	<b>318</b>
<b>Клепиковський А.В., Махрова Є.Г.</b> Оцінка температурних напружень в мікрохолодильних пристроях для радіоелектронної апаратури	<b>319</b>
<b>Микитюк О.Ю.</b> Фізичні основи проточної цитометрії та її значення для медицини і біології	<b>319</b>
<b>Новаковська О.Ю.</b> Метод вимірювання кореляційних контурів для діагностики та селекції орієнтаційних і фазових змін мереж біологічних кристалітів	<b>320</b>
<b>Федів В.І., Давиденко І.С., Олар О.І.</b> Нанотехнології як новий етап розвитку морфологічних методів діагностики	<b>321</b>
<b>Шафранюк В.П.</b> Вивчення полів деформацій в реальних кристалах під дією зосереджених сил за допомогою Х-інтерферометрії	<b>322</b>
<b>Шафранюк В.П.</b> Особливості структурної досконалості кристалів на основі твердих розчинів CdTe і HgTe	<b>323</b>
<b>Шинкура Л.М.</b> Токсикологічні аспекти використання наночастинок	<b>323</b>
<b>СЕКЦІЯ 20 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ ІМУНОЛОГІЇ, АЛЕРГОЛОГІЇ ТА ЕНДОКРИНОЛОГІЇ</b>	
<b>Абрамова Н.О.</b> Залежність вуглеводного обміну та антропометричних показників від PRO197LEU поліморфізму гена GPX 1	<b>324</b>
<b>Abramova N.O.</b> Characteristics of antithyroid autoimmunity parameters in patients with diabetes mellitus type 2 depending on leptyn level in blood	<b>325</b>
<b>Абрамова Н.О., Пашковська Н.В.</b> Особливості тиреоїдного гомеостазу у пацієнтів із цукровим діабетом 2-го типу в залежності від НОМА-IR	<b>325</b>
<b>Ілюшина А.А.</b> Застосування пробіотиків у хворих на метаболічний синдром	<b>326</b>
<b>Ілюшина А.А., Ляшук Р.П.</b> Адреногенітальний синдром у жінок	<b>327</b>
<b>Каспрук Н.М.</b> Місце антигістамінів у лікуванні хронічної кропив'янки	<b>327</b>
<b>Каспрук Н.М.</b> Синдром хронічної втоми у хворих на хронічний обструктивний бронхіт та шляхи корекції	<b>328</b>
<b>Коваль Г.Д.</b> Імунофенотипічна харак-теристика ендометрію у жінок з безпліддям, асоційованим з ендометріозом	<b>329</b>
<b>Ляшук Р.П.</b> Природні стимулятори імунної системи	<b>330</b>
<b>Ляшук Р.П., Сходницький І.В.</b> Алкоголізм і ендокринна система	<b>330</b>
<b>Marchuk Yu.F.</b> Modern methods of diagnostics of cholelithiasis by patients with chronic cholecystitis combined with diabetes mellitus type 2	<b>331</b>
	<b>349</b>



<b>Маслянко В.А.</b> Трьохгодинний глюкозотолерантний тест та рівень глікозильованого гемоглобіну у діагностиці гестаційного цукрового діабету	<b>332</b>
<b>Оленович О.А.</b> Неспецифічна реактивність організму у хворих на цукровий діабет типу 2	<b>332</b>
<b>Olenovych O.A.</b> Nonspecific body reactivity in patients with diabetes mellitus depending on its severity	<b>333</b>
<b>Павлович Л.Б.</b> Вміст відновленого глутатіону в еритроцитах крові хворих з діабетичною полінейропатією	<b>334</b>
<b>Пашковська Н.В.</b> Особливості оцінки функції щитоподібної залози під час вагітності	<b>335</b>
<b>Пашковська Н.В., Присяжнюк І.В.</b> Клінічно-діагностичні особливості ураження біліарного тракту у хворих на гіпотиреоз	<b>336</b>



---

Підписано до друку 2.02.2015. Формат 60x84/16. Папір офсетний.  
Гарнітура Times New Roman. Друк офсетний.  
Обл.-вид. арк. 16,37. Ум.-друк. арк. 19,8.  
Тираж 100 пр. Зам. №17-2014.  
Віддруковано СПД Лівак У.М. Реєстр № ІФ-28.  
58018, м. Чернівці, вул. Головна 246/302. Тел.: 543474

Видавництво БДМУ  
Свідоцтво державного реєстру  
Серія ДК, №2610 від 12.09.2006 р.