

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

МАТЕРІАЛИ



97-ї підсумкової наукової конференції*
професорсько-викладацького персоналу
Вищого державного навчального закладу України
«Буковинський державний медичний університет»

15,17, 22 лютого 2016р.



ffl | ffl ffl B ffl ffl | Щ 1 I 1
ffiffi ffl ffl m m 1» 1» 1»
I J J U L M
III 1:1
Чернівці 2016



x'S

x ∞

is

o °

o y

o φ

o o

o o

o e

o o

o o

o o

o o

o o

o o

o o

o o

o o

o o

o o

o o

o o

o o

o o

o o

o o

o o

/

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

97 - і

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

15, 17, 22 лютого 2016 року

Чернівці — 2016



УДК 001 :378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М34

Матеріали 97 — і підсумкової науков01 конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) - Чернівці: Медуніверситет, 2016. - 404 с іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 - і підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 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. Івашук О.І., доцент, к.мед.и. 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.
доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.
доктор медичних наук, професор Тащук В.К.
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний університет, 2016

СЕКЦІЯ I
ОСНОВИ МОРФОЛОГІЇ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ І ТВАРИН, АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ПАТОЛОГІЧНОЇ АНАТОМІЇ ТА СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ

Антонюк О.П.
МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ЗМІНИ БУДОВИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В
НОВОНАРОДЖЕНИХ.

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

Морфологія атрезії тонкої кишки зумовлена багатьма факторами, зокрема поліетіологічною патологією. Проблеми морфології атрезії кишки, зумовлена практичним значенням проблеми. Реконструктивні операції, які мають за мету усунути механічну непрохідність, викликану атрезією кишки, повинні здійснюватися тільки у межах здорових, тобто функціонально повноцінних тканин. Саме тому необхідно чітко визначити межі між функціонально повноцінною та зміненою частиною кишки, що неможливо без знання морфології атрезії кишки.

Серед оклюзії дистальної частини дванадцятипалої кишки переважають стенози, проксимальної атрезії; в середньому відділі розподіл цих вад приблизно рівне. Атрезії на рівні великого сосочка дванадцятипалої кишки можуть супроводжуватися розширенням загальної жовчної протоки і носять назву Т-подібних. Серед супрапапілярних форм переважає атрезія у вигляді вільних ізольованих сліпих кінців; нижче великого сосочка дванадцятипалої кишки частіше спостерігається мембранозна форма.

Стенози являють собою перфоровану мембрану або гіпоплазовану ділянку дванадцятипалої кишки, іноді з різким порушенням диференціювання її стінки. Некроз розвивається не тільки в паренхіматозних елементах тканин і органів, але і в їх стромі. При цьому руйнуються як клітини стромы, так і нервові закінчення і компоненти екстрацелюлярного матриксу. Розщеплення ретикулярних, колагенових і еластичних волокон відбувається за участю нейтральних протеаз (колагенази, еластази), глікопротеїдпротеаз, ліпідів - ліпаз. При мікроскопічному дослідженні виявляються розпад, фрагментація і лізис ретикулярних, колагенових і еластичних волокон (еластолізіс), в некротизованій тканині нерідко відкладається фібрин. Судинний некроз пов'язаний з абсолютною або відносною недостатністю циркуляції в артеріях, венах і лімфатичних судинах. Найбільш часта форма судинного некрозу зумовлена порушенням кровообігу в артеріях у зв'язку з їх тромбозом, емболією, тривалим спазмом, а також з функціональним перенапруженням органа в умовах гіпоксії. Отже, атретичні зміни дванадцятипалої кишки призводять до фіброзного переродження гіпертрофованого м'язового шару, що є наслідком декомпенсованої гіпертрофії. Розшарування м'язової оболонки, як у коловому шарі так і в поздовжньому шарі. Недостатня циркуляція в тканині викликає їх ішемію, гіпоксію і розвиток ішемічного некрозу, патогенез якого пов'язаний не тільки з гіпоксичними, але і з реперфузійними механізмами. Некротизована тканина може мати щільну і суху консистенцію, що спостерігається при коагуляційному некрозі. Тканина при цьому може піддатися муміфікації. В інших випадках мертва тканина в'яла, містить велику кількість рідини, піддається міомалізації. При мембранозній формі атрезії мембрана нагадує слизову оболонку. Товщина мембрани в ДПК коливається до 1,5 мм, а в клубовій кишці – до 0,5 мм. При атрезії ДПК відбувається потоншення її стінки (норма 4-4,1 мм, при атрезії 2-2,2 мм).

Отримані результати підтверджують клініко-анатомічну закономірність: чим вище в кишковій трубці перепона, тим важчі зміни в органі і тяжкий стан хворого. Безпосередньо ділянки атрезії з множинними вогнищами фіброзу та некрозу вказують на можливу первинність порушень розвитку кровеносних судин, що зумовило в даній ділянці ішемію з розвитком фіброзу. Це стосується всіх ділянок кишки – як тонкої, так і товстої (ободової) кишки – при атрезії з фіброзними тяжами (II тип) та повній формі атрезії (III тип). Щодо множинних ділянок атрезії (IV тип), зокрема, при синдромі "пагоди", то патологічні прояви настільки множинні і значні, що в даному разі на перший план виходить патологія розвитку кишкової трубки як такої, зокрема, порушення повороту кишки. Анатомічне переривання просвіту дванадцятипалої кишки перекривається мембраною або фіброзним тяжем. При стенозі кишки просвіт може бути звужений, але завжди більшою чи меншою мірою збережений, тоді як при атрезії відсутній на певній ділянці. Дуоденальна атрезія (або стеноз) – одна з причин природженої кишкової непрохідності. Популяційна частота атрезії цієї локалізації приблизно 1 випадок на 10000, стенозів – 1 випадок на 27000. Питома вага хворих з такою вадою померлих у віці до 1 міс. становить 1%.

Банул Б.Ю.
МОРФОГЕНЕЗ ПАРАМЕЗОНЕФРИЧНИХ ПРОТОК ТА ЇХ ПОХІДНИХ У ЗАРОДКОВОМУ ПЕРІОДІ
ОНТОГЕНЕЗУ ЛЮДИНИ

Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

У зародків 9,5 мм ТКД між статевими залозами та мезонефральною частиною статевого гребеня виникає неглибока борозна, вистелена ціломічним епітелієм.



У ході проведених *in vitro* експериментів було встановлено, що всі досліджені сполуки проявляють антикандидозну активність. Так, найнижчу протикандидозну активність проявляють 5-етоксикарбоніл-6-хлорометил-3,4-дигідропіримідин-2(1*H*)-они, що містять в 4-му положенні фенольне ядро з гідроксильними та алкоксильними групами, мінімальні фунгістатичні концентрації яких склали 250,0 мкг/мл. Серед нових похідних хінолоновмісних сполук найнижчою протигрибковою активністю володіють Зацетил-4-феніл-6-хлоро-2-хінолон та піридиніва ($C_{23}H_{18}BrClN_2O_2$) і 4метилпіридиніва ($C_{23}H_{18}BrClN_2O_2$) солі, одержані на його основі, мінімальні фунгістатичні концентрації яких становлять 125,0 мкг/мл.

Найвищу антикандидозну активність проявили серед представників обох груп гідроброміди хінолоновмісних гетероциклічних систем, що містять імідазо[1,2-а]піридиновий та імідазо[1,2-а]піримідиновий фрагменти, та хлориди 4-арил-5-етоксикарбоніл-6-трифенілфосфоніометил-3,4-дигідропіримідин-2(1*H*)-ону, що містять в своїй структурі трифенілфосфонієве угруповання та 1,6-диметил-4-феніл-3,4-дигідро-1*H*-піроло[3,4-*d*]піримідин-2,5,7-трион. Мінімальні фунгістатичні концентрації вказаних сполук становили 31,25 мкг/мл.

Наведені результати вказують на наявність протигрибкових сполук як серед нових похідних хінолоновмісних сполук, так і серед похідних 3,4дигідропіримідин-2(1*H*)-ону.

Таким чином, достатня притигривкова дія представників обох груп дозволяє продовжувати пошук антимікотичних препаратів серед їх похідних, у тому числі і шляхом розширення спектру досліджуваних штамів патогенних та умовно патогенних грибів та інших мікроорганізмів, а також завдяки цілеспрямованому синтезу нових сполук з прогнозованими антимікотичними властивостями.

Гуменна А.В.

КУМУЛЯТИВНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ФОСФОНІЄВИХ СПОЛУК З ГЕТЕРОЦИКЛІЧНИМИ ФРАГМЕНТАМИ

*Кафедра мікробіології та вірусології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Незважаючи на існуючий нині широкий спектр засобів протиінфекційної терапії, очевидна нагальна потреба медицини в нових антимікробних препаратах. Широке поширення інфекційних захворювань обумовлює постійний пошук антибактеріальних препаратів, здатних ефективно придушувати розвиток збудників цих захворювань. Формування антибіотикорезистентних форм бактерій вплинуло на ефективність етіотропного лікування - у зв'язку з швидким набуттям мікроорганізмами антибіотикорезистентності запропоновані раніше препарати сьогодні малоефективні. Поширення резистентності до антибіотиків являє реальну загрозу здоров'ю людей і визначає необхідність прискореного і безупинного пошуку нових антибактеріальних препаратів, що належать як до відомих, так і принципово нових класів хімічних сполук і можуть забезпечувати більше варіантів лікування.

Перспективними в плані пошуку нових високоефективних антимікробних препаратів є четвертинні фосфонієві сполуки. Які відносяться до катіонних поверхнево-активних речовин.

Визначити за умов гострого експерименту кумулятивні властивості гетероциклічних фосфонієвих сполук.

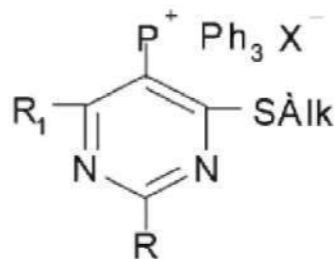


Рис. 1. Структура гетероциклічних фосфонієвих солей з піридиновим циклом

Дослідження по вивченню кумулятивної ефективності гетероциклічних фосфонієвих солей з піримідиновим циклом було проведено на білих неінбридних мишах.

Таблиця 1.

Будова гетероциклічних фосфонієвих солей з піримідиновим циклом

№ сполуки	Alk	R	R ₁	X
M230	CH ₃		S C ₆ H ₄ -Cl - 4	ClO ₄
M448	C ₃ H ₇	C ₆ H ₅		ClO ₄



Кумулятивна ефективність вказаних четвертинних фосфонієвих сполук вивчалась при одноразовому внутрішньоочеревинному способі введення різних доз досліджуваних сполук вранці натщесерце. Спостереження проводили протягом 14 днів.

З метою отримання інформації про ступінь вираженості кумулятивних властивостей досліджуваної сполуки нами на основі даних, одержаних в гострому експерименті на самцях білих мишей визначено індекс кумуляції (I_{cum}) та середній час загибелі дослідних тварин (ET_{50}).

Величини індексу кумуляції (I_{cum}) та середнього часу загибелі дослідних тварин (ET_{50}), одержаних в гострому експерименті на самцях білих мишей і на основі яких судили про ступінь вираженості кумулятивних властивостей найбільш перспективних четвертинних фосфонієвих сполук, наведені в табл. 2.

Таблиця 2

Кумулятивні властивості ряду четвертинних фосфонієвих сполук

Показники	Досліджувані сполуки	
	M-448	M-230
Середній час загибелі дослідних тварин (ET_{50} , год)	28,8	39,19
Індекс кумуляції (I_{cum})	0,13	0,21

Як видно з даних, наведених у табл. 2, всі досліджені фосфонієві сполуки володіють слабо вираженими кумулятивними властивостями - середній час загибелі дослідних тварин при їх введенні знаходився в межах від 24,28 до 39,19 години, а індекс кумуляції наближався до 0 і знаходився в межах від 0,03 до 0,21.

Отримані в ході експерименту результати дозволили не лише встановити кумулятивні властивості, але і відібрати найменш токсичні з них (сполуки M230 та M448) для подальших досліджень, у т.ч. і для з'ясування їх хіміотерапевтичної ефективності.

Таким чином, отримані нами в експерименті дані з вивчення кумулятивних властивостей дозволили виявити у четвертинних фосфонієвих сполук з гетероциклічними фрагментами ряд цінних з медичної точки зору якостей і зробити висновок про перспективність цієї групи хімічних сполук для медицини, оскільки вони можуть стати основою для створення антимікробних препаратів, придатних для профілактики і лікування гнійно-запальних захворювань різної етіології.

Гуменна А.В., Бліндер О.О., Ротар Д.В.

НАФТАЛЕНОВМІСНІ ФОСФОНІЄВІ СПОЛУКИ. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК БУДОВИ ТА АНТИМІКРОБНОЇ АКТИВНОСТІ

*Кафедра мікробіології та вірусології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

У зв'язку із значним розповсюдженням мікроорганізмів, які набули стійкості до багатьох антибактеріальних та антисептичних препаратів залишається необхідним пошук нових речовин, які можна було би використовувати в медицині як антимікробні та антисептичні речовини. Нами проведені дослідження ряду нових нафталеновмісних четвертинних фосфонієвих сполук, а також дослідили закономірність "антимікробна активність - хімічна структура".

Антимікробну активність дослідних речовин вивчали на 6 тест-культурах мікроорганізмів за допомогою мікрометоду з використанням одноразових полістиролових планшет та мікротитраторів Такачі.

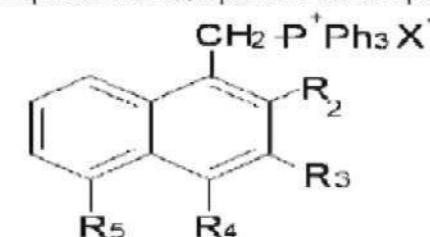


Рис. 1. Структура нафталеновмісних фосфонієвих солей

Досліджені нафталеновмісні фосфонієві солі проявляють антимікробну активність, вираженість якої залежить як від виду тест-мікроорганізму, так і структури самої сполуки.

Найвищу антибактеріальну активність ці солі проявляють у відношенні ряду грампозитивних мікроорганізмів - золотистих стафілококів (*S.aureus* ATCC 25923) та вегетативних клітин споротворних бацил (*B.subtilis* 8236 F 800). Мінімальні інгібуючі концентрації нафталеновмісних фосфонієвих солей у відношенні *S.aureus* ATCC 25923 знаходяться в широких межах від 1,95 до 15,6 мкг/мл (переважна більшість (31 сполуки з 22 досліджених) мають МІК на рівні 3,9 - 7,8 мкг/мл), а у відношенні *B.subtilis* 8236 F 800 - від 3,9 до 62,5 мкг/мл (табл. 1, 2).



Таблиця 1.

№ сполуки	Антимікробна активність нафталеновмісних фосфонієвих солей (мкг/мл)											
	<i>S.aureus</i> ATCC 25923		<i>E.coli</i> ATCC 25922		<i>E.faecalis</i> ATCC 29213		<i>P.aeruginosa</i> ATCC 27853		<i>B.subtilis</i> 8236 F 800		<i>C.albicans</i> ATCC 885-653	
	МІК	МБЦК	МІК	МБЦК	МІК	МБЦК	МІК	МБЦК	МІК	МБЦК	МФсК	МФцК
1	7,8	15,6	250	500	62,5	125	250	500	7,8	15,6	31,2	62,5
2	7,8	15,6	250	500	62,5	125	250	500	7,8	15,6	62,5	125
3	15,6	15,6	250	500	125	125	500	>500	15,6	15,6	62,5	125
4	7,8	15,6	250	500	62,5	125	250	500	7,8	15,6	31,2	62,5
5	7,8	15,6	500	500	62,5	125	500	500	15,6	31,2	125	250
6	7,8	15,6	250	500	62,5	125	250	500	7,8	15,6	31,2	62,5
7	7,8	15,6	250	500	62,5	125	250	500	7,8	15,6	31,2	62,5
8	7,8	15,6	250	250	125	125	500	500	62,5	62,5	125	125
9	3,9	7,8	125	250	62,5	125	500	>500	7,8	15,6	125	250
10	7,8	15,6	250	250	125	125	500	500	31,2	62,5	62,5	62,5

Таблиця 2.

№ сполуки	Антимікробна активність нафталеновмісних фосфонієвих солей (мкг/мл)											
	<i>S.aureus</i> ATCC 25923		<i>E.coli</i> ATCC 25922		<i>E.faecalis</i> ATCC 29213		<i>P.aeruginosa</i> ATCC 27853		<i>B.subtilis</i> 8236 F 800		<i>C.albicans</i> ATCC 885-653	
	МІК	МБЦК	МІК	МБЦК	МІК	МБЦК	МІК	МБЦК	МІК	МБЦК	МФсК	МФцК
11	3,9	3,9	125	250	62,5	125	500	>500	15,6	15,6	125	500
12	7,8	15,6	250	500	62,5	125	>500	>500	7,8	15,6	125	500
13	7,8	7,8	125	125	62,5	62,5	500	500	7,8	7,8	125	125
14	7,8	15,6	250	500	125	250	250	500	7,8	15,6	62,5	125
15	15,6	15,6	500	500	125	125	500	>500	31,2	31,2	125	125
16	3,9	7,8	125	125	62,5	62,5	500	>500	3,9	7,8	125	500
17	3,9	3,9	125	125	62,5	62,5	250	250	7,8	15,6	62,5	125
18	3,9	3,9	250	250	62,5	62,5	250	250	3,9	15,6	62,5	125
19	1,95	1,95	250	250	62,5	62,5	250	250	3,9	3,9	62,5	62,5
20	3,9	7,8	62,5	125	31,2	62,5	250	500	7,8	15,6	62,5	125
21	7,8	15,6	500	500	125	250	>500	>500	15,6	15,6	500	500
22	15,6	31,2	500	500	125	250	>500	>500	15,6	15,6	500	500
Нафта лен	>500	>500	>500	>500	>500	>500	>500	>500	>500	>500	>500	>500

Дані вивчення мінімальної інгібуючої концентрації нафталеновмісних фосфонієвих сполук свідчать про те, що введення трифенілфосфонійметильної групи в 1- положення нафталенового ядра призводить порівняно з нафталеном до появи протибактеріальної та протигрибкової активності. При цьому структура аніона практично не впливає на порядок активності, сполуки проявляють практично однакову антимікробну активність стосовно *E.coli* ATCC 25 922, *S.aureus* ATCC 25 923, *E.faecalis* ATCC 29 213, *P.aeruginosa* ATCC 27 853, *B.subtilis* 8236 F 800 та *C.albicans* ATCC 885 – 653. Таким чином, трифенілфосфонійметильна група є відповідальною за появу антимікробної активності.

Отже, пошук нових антимікробних засобів серед нафталеновмісних четвертинних фосфонієвих сполук залишається актуальним щодо подальшого їх дослідження, як можливих високоєфективних антисептичних речовин.

**Дейнека С.Є., Бліндер О.О., Гуменна А.В., Джурак В.С.
АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ БАКТЕРІЙ У БІОПЛІВКАХ**

*Кафедра мікробіології та вірусології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Бактерії, організуючи на якій-небудь поверхні складні спільноти - біоплівки, набувають якісно нові властивості в порівнянні з мікробами, що знаходяться в планктонній (не пов'язаній з утворенням біоплівок) формі. У складі біоплівки мікроби мають підвищену стійкість до ефекторів імунної системи, антибіотиків та дезінфектантів. Біоплівкові бактерії здатні виживати при впливі антибіотиків у таких високих концентраціях, які не можуть бути досягнуті в організмі людини при стандартних терапевтичних дозуваннях. Ще одна негативна характеристика біоплівок полягає в тому, що вони, як правило, проявляють стійкість одночасно до багатьох антибіотиків з різних груп.

Антибіотики за дією на бактерії біоплівок поділяються на два типи. До першого відносять антибіотики, які проникають у біоплівки та пригнічують або вбивають утворючі їх мікроорганізми. Другий тип - антибіотики, що практично не проникають в біоплівки, але ефективно перешкоджають їх розселенню за рахунок мігруючих бактерій. Показано, що відмінності антибіотиків, проникаючих і не проникаючих в біоплівки, можуть проявлятися у віддалених результатах лікування. Використання антибіотиків, що погано проникають у біоплівку, дуже швидко призводить до формування та відбору стійких штамів. Крім того, при цьому частіше виникають рецидиви і формуються вогнища хронічних процесів.

У даний час йде інтенсивне вивчення причин такої дивовижної стійкості до антибіотиків у бактерій біоплівок. Встановлено, що в основі підвищеного виживання лежать властивості клітин і позаклітинного матриксу. Матрикс біоплівки може зв'язувати або не пропускати, та / або інактивувати антибіотики. Стійкість, обумовлену властивостями клітин біоплівки, пояснюють зменшенням їх вільної поверхні за рахунок контактів один з одним і формуванням особливих бактерій, що одержали назву персистерів. Персистери в силу свого диференціювання тимчасово стають стійкими практично до всіх антибактеріальних препаратів.

Підвищення ефективності лікування неможливе без тестування антибіотиків на здатність проникати в біоплівки, діяти на вже сформовані співтовариства і пригнічувати їх утворення та розселення. Здатність проникати в біоплівки і діяти на розташовані всередині бактерії є вкрай важливою властивістю антибіотиків, поки, на жаль, недостатньо дослідженою і маловідомою практичним лікарям.

Також слід брати до уваги, що традиційні бактеріологічні методи не виявляють більшість бактерій, що беруть участь в інфекційному процесі. Новітні молекулярні, геномні, транскрипційні і протеомні методи дозволили визначити, що при виділенні чистої культури визначається лише близько 1% клітин патогенного мікробіоценозу. У результаті лікування націлене лише на 1-2 види бактерій з безлічі штамів, присутніх у складі біоплівки [Dowd SE et al., 2008].

Таким чином, резистентність біоплівок бактерій до антибіотиків пов'язана як з класичними типами стійкості, характерними для планктонних форм бактерій, так і зі специфічними варіантами резистентності, виникаючими лише в біоплівці.

**Дейнека С.Є., Данчук А.Г.*, Свіжак В.К.
АНАЛІЗ СТРУКТУРИ ВИДОВОГО СКЛАДУ МІКРООРГАНІЗМІВ-ЗБУДНИКІВ, ВИДІЛЕНИХ ІЗ
ВИДІЛЕНЬ ГНІЙНИХ РАН**

*Кафедра мікробіології та вірусології
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»,
КМУ «Міська дитяча клінічна лікарня» м. Чернівці **

Важливою проблемою сучасної медицини є широке розповсюдження гнійно-запальних захворювань різного генезу. Незадовільні результати лікування цієї патології пов'язані, у першу чергу, з різними причинами, однією з яких є недостатня інформація про характер збудників цих процесів та їх чутливість до антимікробних препаратів [В.В. Бойко та співавтори, 2011]. Тому метою нашого дослідження було проведення аналізу структури видового складу мікроорганізмів-збудників, виділених із виділень гнійних ран.

З урахуванням вказаного вище нами впродовж 2012-2014 років було проведено бактеріологічне дослідження виділень з гнійних ран пацієнтів, які знаходились на лікуванні в КМУ «Міська дитяча клінічна лікарня» м. Чернівці. Виділення мікроорганізмів та їх видову ідентифікацію проводили з використанням класичних бактеріологічних методик.

У результаті проведених досліджень із виділень гнійних ран було виділено 419 штамів мікроорганізмів-збудників: 173 штами – у 2012 році, 84 штами – у 2013 році, 162 штами – у 2014 році.

Загальна структура видового складу мікроорганізмів, виділених із виділень гнійних ран, відображена на рис. 1.



Riabyi S.I The pathogenetic peculiarities of formation of intestinal sutures insufficiency: new views on the problem. 155

Савін В.В., Домбровський Д.Б., Масний О.І. Стимуляція ангиогенних процесів за умов ішемії кінцівок в експерименті та в клініці після трансплантації стовбурових клітин кордової крові. 156

Sydorchuk R.I., Khomko O.Y., Plehutsa O.M., Polyansky O.I., Shafranyuk V.D., Raileanu S.I. Acute Hepatic Failure Under Abdominal Sepsis: Multiple Organ Dysfunction Syndrome. 157

Sydorchuk R.I., Sydorchuk L.P., Khomko O.Y., Plehutsa O.M., Karlychuk O.O. The Use Of Immunotherapy For Abdominal Sepsis. 157

Сидорчук Р.І., Хомко О.Й., Плегуча О.М., Сидорчук Л.П. Окремі аспекти антибіотикопрофілактики абдомінального сепсису в осіб старшого та похилого віку. 158

Сикирицька Т.Б., Бірюк І.Г., Войтенко І.В. Використання комплексного апаратного лікування при амбліопії. 158

Степанченко М.С., Федорук О.С., Владиченко К.А., Візнюк В.В. Зміни у репродуктивній системі чоловіків під впливом ксеноестрогенів. 159

Тарабанчук В.В. Нові підходи до оптимізації діагностики та лікування панкреатогенних абсцесів сальникової сумки. 160

Хомко О.Й., Сидорчук Р.І., Плегуча О.М. Деякі аспекти змін функціонального стану дихальної системи хворих на абдомінальний сепсис. 161

Шеремет М.І., Шеремет Н.А. Рівень цитокинів у сироватці крові хворих на аутоімунний тиреоїдит в залежності від ступеня збільшення щитоподібної залози. 162

Якобчук С.О. Вплив електричного поля постійного струму на стан внутрішньо судинної гемокоагуляції у хворих на ускладнені форми синдрому діабетичної стопи. 163

СЕКЦІЯ 8 ГІГІЄНА СЕРЕДОВИЩА І ВИВЧЕННЯ НОВИХ АНТИМІКРОБНИХ РЕЧОВИН В ЕКСПЕРИМЕНТІ І КЛІНІЦІ

Bendas V.V., Sydorchuk L.I., Sydorchuk I.Y. Study of stress adaptation and cell reactivity in men with rheumatoid arthritis. 163

Бліндер О.О., Бліндер О.В., Дейнека С.Є. Токсичність антибіотиків та частота розвитку резистентності до них у штамів-збудників інфекцій сечової системи. 164

Бурденюк І.П., Яковичук Н.Д. Розробка та підбір методів дослідження біологічної активності заново синтезованих сполук класу 1-замішених 2,4-дихлоро-5 формілімідазолів in vitro. 164

Власик Л.І., Фундюр Н.М., Кушнір О.В., Грачова Т.І., Іфтода О.М. Гігієнічна характеристика збалансованості мінерального складу раціонів харчування дітей дошкільного віку в ДНЗ м.Чернівці. 165

Власик Л.І., Яворенко К.Ю. Адвентизація флори України та Чернівецької області. 166

Гаврилюк О.І., Кушнір О.В., Скрипська О.В., Дейнека С.Є., Ягодинець П.І. Порівняльна характеристика протигрибкової дії нових похідних хінолоновмісних сполук та похідних 3,4-дигідропіримідин-2(1«)-ону. 167

Гуменна А.В. Кумулятивна ефективність фосфонієвих сполук з гетероциклічними фрагментами. 168

Гуменна А.В., Бліндер О.О., Ротар Д.В. Нафталеновмісні фосфонієві сполуки: взаємозв'язок будови та антимікробної активності. 169

Дейнека С.Є., Бліндер О.О., Гуменна А.В., Джуряк В.С. Антибіотикорезистентність бактерій у біоплівках. 171

Дейнека С.Є., Данчук А.Г., Свіжак В.К. Аналіз структури видового складу мікроорганізмів-збудників, виділених із виділень гнійних ран. 171

Дейнека С.Є., Яковичук Н.Д., Ротар Д.В., Попович В.Б. Біоплівка або колективне співтовариство мікроорганізмів. 172

Джуряк В.С. Клітинна реактивність та рівень адаптаційного напруження організму хворих на негоспітальну пневмонію. 173

Іфтода О.М., Сидорчук Л.П. Епідеміологічний аналіз супутньої отоларингологічної патології як чинника ризику у формуванні приглухуватості та глухоти у дітей. 174

Кушнір О.В., Сидорчук Л.П., Іфтода О.М., Жуковський О.М., Андрійчук Н.Й. Роль ендогенних чинників ризику у формуванні тяжких дисбіотичних порушень порожнинної мікрофлори товстої кишки у хворих на артеріальну гіпертензію. 175

Масікевич Ю.Г. Санітарно-гігієнічні аспекти екологічної безпеки гірського регіону. 176

Міхєєв А.О. Біологічна зброя у сучасному світі. 177

Попович В.Б. Нормальна мікрофлора порожнини товстої кишки як невід'ємна частина практично здорової людини. 178

Ротар Д.В., Гавриш І.І., Гуска І.І., Демидовська С.А., Гуменна А.В., Патрабой В.В. Аналіз чутливості клінічних штамів *M. tuberculosis* до протитуберкульозних препаратів. 179

Свіжак В.К., Данчук А.Г., Дейнека С.Є. Аналіз антибіотикочутливості основних збудників гнійно-запальних інфекцій. 180

Sydorchuk I.Y., Sydorchuk L.I., Bendas V.V., Sydorchuk A.S. Disorders of general immunological reactivity in male patients with rheumatoid arthritis. 180

Sydorchuk L.I., Bendas V.V., Sydorchuk I.Y., Yakovychuk N.D. Reactive response of peripheral blood neutrophils in male patients with rheumatoid arthritis. 180

Фундюр Н.М., Іфтода О.М., Кушнір О.В. Гігієнічне значення та актуальність збереження озонового шару атмосфери. 180

Фундюр Н.М., Кушнір О.В., Іфтода О.М. Особливості харчування людей похилого віку. 181

Яворенко К.Ю., Візнюк І.Д. Антропогенна трансформація флори. 181

Яковичук Н.Д., Дейнека С.Є., Джуряк В.С., Бурденюк І.П., Грозав А.М. Методика визначення модифікованим методом серійних розведень протигрибкової дії композиції нітрату срібла та малорозчинних нових синтезованих похідних азолів. 181

Яковичук Н.Д., Дейнека С.Є., Попович В.Б., Джуряк В.С., Черноус В.О. Протимікробна дія композиції деяких нових похідних азолів та нітрату срібла стосовно *Staphylococcus aureus*. 181

СЕКЦІЯ 9 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ АКУШЕРСТВА, ГІНЕКОЛОГІЇ, ДИТЯЧОЇ ТА ПІДЛІТКОВОЇ ГІНЕКОЛОГІЇ

Андрієць О.А., Бочкарьова О.В. Таксономічний склад мікробіотів вмісту порожнини піхви дівчат пубертатного віку, хворих на вульвовагініт. 182

Бакун О.В., Юзько О.М. Використання плазмаферезу при безплідді асоційованому з ендометріозом. 182

Бербець А.М. Плацентарні білки та гемостаз у жінок із загрозою невиношування у ранні терміни гестації. 182

Бирчак І.В. Рекомендації щодо ведення родин зі звичним невиношуванням вагітності. 182

Боднарюк О.В. Порівняльні результати вивчення концентрації цитокинів у крові дівчат пубертатного віку, хворих на сальпінгоофорит у залежності від супутньої урологічної патології запального генезу. 182

Булик Т.С. Перинатальні результати у жінок з ожирінням. 182

Гошовська А.В. Морфологічні особливості первинної плацентарної дисфункції у жінок з гіперандрогенією. 182

Гресько М.Д. Деякі особливості системних порушень в перименопаузі. 182

Дикусаров В.В. Прееклампсія, патогенез, сучасні аспекти лікування. 182

Каліновська І.В., Кондря Д.О. Плацентарна дисфункція, результати вагітності та пологів. 182

Карлійчук Є.С. Прегравідарна підготовка та корекція первинної плацентарної дисфункції у вагітних з викиднем, що не відбувся в анамнезі. 182

Косілова С.Є. Сальпінгоофорити, сучасні аспекти лікування. 182

Кравченко О.В. Оптимізація менеджменту гінекологічних хворих та породіль після оперативних методів лікування вагіни та промежини. 182

Маринчина І.М. Особливості ведення вагітності у жінок з гіперандрогенією. 182

Никифор Л.В., Рак Л.М. Раціональна антибіотикопрофілактика в гінекології у жінок групи ризику післяопераційних септичних ускладнень. 182

Ніцович І.Р. Лікування вагітних з піелонефритом. 182

Печеряга С.В. Стан системи гемостазу при аномальній плацентации в ранні терміни гестації. 182

Приймак С.Г. Сучасні підходи до лікування фіброзно — кісточної мастопатії у пацієнток з міомою матки. 182

Рак Л.М. Фонові та передракові процеси шийки матки. 182

Ринжук Л.В. Імуноконфліктна вагітність. 182

Семеняк А.В., Кучук Л.А. Клінічні випадки вагітностей з міхуровим занесенням, особливості діагностики. 182

Юзько О.М. Роль КОКів у репродуктивній медицині. 182

Юр'єва Л.М. Аналіз факторів ризику дистресу плода в пологах. 182

Ясніковська С.М. Досвід лікування бактеріального у вагітних. 182

СЕКЦІЯ 10 СУЧАСНА ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ І ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Білоус І.І. Неврологічні порушення у хворих з ендокринною патологією. 183

Васильєва Н.В. Використання мембраностабілізуючих препаратів у лікуванні енцефалопатій обумовлених ендокринною патологією. 183

Жуковський О.О. Больовий синдром при розсіяному склерозі. 183

Карвацька Н.С. Сучасні тенденції в діагностиці і лікуванні посттравматичного стресового розладу. 183

Кривецька І.І. Зв'язки когнітивних порушень та локалізації вогнищ демієлінізації у хворих на розсіяний склероз. 183

Кричун І.І. Стан церебрального кровообігу та ендотелій залежної вазодилатації у хворих із загостренням хронічної дискогенної люмбалгії. 183

Пашковський В.М. Особливості неспсихотичних психічних розладів у хворих на розсіяний склероз. 183

Ротар С.С. Тривожні та депресивні розлади у студентів-медиків. 183

Підписано до друку 9.02.2015. Формат 60x84/16. Папір офсетний.
Гарнітура Times New Roman. Друк офсетний.
Обл.-вид. арк.21,91. Ум.-друк. арк.23,4.
Тираж 100 пр. Зам. '21-2016.
Віддруковано СПД Лівак У.М. Реєстр '1Ф-28.
58018, м. Чернівці, вул. Головна 246/302. Тел.: 543474

Видавництво БДМУ
Свідоцтво державного реєстру
Серія ДК, '2610 від 12.09.2006 р.