

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



**МАТЕРІАЛИ
95 – ї
підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

17, 19, 24 лютого 2014 року

Чернівці – 2014

УДК 001:378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М 34

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 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.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Андрієць О.А.
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 Польовий В.П.
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.
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2014



черевній порожнині. Критерієм тяжкості АС була наявність чотирьох симптомів SIRS (systemic inflammatory response syndrome). Усі хворі отримували уніфіковане лікування, що полягало в передопераційній підготовці, обов'язковому оперативному втручанні, та комплексі післяопераційного лікування. Визначення розчинних комплексів фібрин-мономеру (РКФМ) у сироватці крові здійснювалося за допомогою наборів реактивів фірми SimkoLtd (Україна).

Аналіз отриманих даних підтвердив припущення про зміни в системі гемостазу при АС. У хворих дослідної та контрольної груп на першу добу після операції рівні РКФМ були вищими, ніж у доопераційному періоді групи контролю.

При цьому у пацієнтів контрольної групи концентрація РКФМ у крові підвищувалась в 2,53 рази, у пацієнтів з АС – у 24,67 рази відповідно. Також спостерігалась тенденція до зниження показників у динаміці, у формі гіперболічної кривої. Так, у контролі вірогідне зниження цього показника відносно першої післяопераційної доби спостерігалось вже на третю добу після операції і зберігалось аж до виписки пацієнтів із стаціонару. Для дослідної групи характерна динаміка зниження показників у часі не настільки значна, крива графіку має менш вигнуті обриси.

В усі дні спостережень показники дослідної групи значно перевищували аналогічний групи контролю. Перевірка наукової гіпотези про порушення системи гемостазу за АС потребує подальших досліджень.

Sydorchuk R.I., Sydorchuk L.P.*
PRE-PLANNED PREOPERATIVE ADAPTATION MECHANISM
*Department of General Surgery,
Family Medicine Department**
Bucovinian State Medical University

The understanding of operation as classical stress factor is evenly coming from early 60th. Operational injury comes in so many variegated forms that it is no small wonder that response to injury may also be quite variable. There are, however, several non-specific immune, endocrine, metabolic and neural changes that are common to many kinds of injuries. Actually, there is no hesitation of the central and intrinsic nervous systems role in development of various stress reactions during and after operation. Many methods are currently used in order to stimulate patients preoperative adaptation, including medications, psycho- and physiotherapy.

The aim of our study was to define the influence of the special controlled breathing exercises (SCBE) on the human adaptation mechanisms.

While main stress adaptation mechanisms are common and non-specific it was possible to use the Physical Working Capacity test (PWC₁₇₀) as a stress model. 48 healthy and practically healthy persons (mean age 23.15 ± 1.23 yrs) underwent submaximal PWC₁₇₀ on the background of the SCBE. SCBE were administered individually, depending on the basic sympathetic and parasympathetic nervous systems balance and basic functional state of the main organisms systems (pulmonary, cardiovascular, nervous). The acquired adaptation reactions were determined by means of analyzing the blood cells formula before and after the stress underwention (PWC₁₇₀). Optionally certain adaptation reactions were defined. After the stress factor (PWC₁₇₀) underwention on the background of the SCBE following changes occurred: erythrocytes level grew from 4.11 ± 0.08 10¹²/l to 4.47 ± 0.06 10¹²/l. Hemoglobin level raised from 133.4 ± 1.6 g/l to 142.54 ± 1.36 g/l. Leukocytes, eosinophils and lymphocytes respectively grew from 6.24 ± 0.48 10⁹/l to 7.46 ± 0.30 10⁹/l, from 2.15 ± 0.09% to 3.04 ± 0.45%, from 40.28 ± 1.46% to 49.16 ± 1.85%. Lymphocytes/segmented neutrophils index increased from 0.76 ± 0.08 to 1.08 ± 0.90, whilst monocytes grew from 2.20 ± 0.29% to 2.87 ± 0.38%. Segmented and stab neutrophils levels decreased from 56.33 ± 1.05% to 43.33 ± 1.84% and from 2.48 ± 0.20% to 1.42 ± 0.19% respectively.

After the submaximal load (pwc₁₇₀) combined with scbe in 91.66% of research group reaction of increased adaptation was observed (12.49% more than in control). In 4.17% – reaction of calm activation (12.49% lower than in control) and in 4.17% training reaction was found.

SCBE reliably improve adaptive abilities of the organism and the level of the anaerobic energy producing. This may result in significant increase of non-specific resistance of the pre-surgery patients.

Сикирицька Т.Б., Тітова Г.К.
ВИКОРИСТАННЯ АПАРАТНОГО ЛІКУВАННЯ ДЛЯ ПОКРАЩЕННЯ ГОСТРОТИ ЗОРУ
*Кафедра офтальмології ім. Б.Л. Радзіховського
Буковинський державний медичний університет*

Проблема амбліопії представляє собою серйозну медичну та соціальну проблему. Для їх вирішення в сучасній офтальмології активно використовуються оптична корекція та різноманітні плеоптичні програми. На даний час в практичній медицині широко залучають методи лікування, які використовують прийоми зовнішнього зворотного зв'язку. Перспективним в цьому напрямку є метод когнитивної модуляції гостроти зору, який здійснюється за допомогою апаратного комплексу „Амбліокор”. У його основі лежить відео-комп'ютерний аутотренінг, який сприяє відновленню контролю нервової системи за процесами, які протікають у зоровому аналізаторі та посилює властивість мозку відновлювати чіткість зорового зображення.



Нами проведений комплексний аналіз даних 85 дітей віком від 3 до 17 років, які пройшли лікування з використанням апарату „Амбліокор” офтальмологічної амбулаторії „Оптики люксор”. У всіх пацієнтів до та після лікування визначалась гострота зору. В залежності від виду та ступеня амбліопії термін лікування на комплексному апараті „Амбліокор” складав від 10 до 15 сеансів. При виборі режиму лікування особливу увагу приділяли виду рефракції. При виявленні міопічної рефракції та змішаного астигматизму використовували режим «релаксація», а при гіперметропічній рефракції та гіперметропічному астигматизмі – режим «активація».

Дані ретроспективного аналізу результатів апаратного лікування дітей вказують на покращення середньої гостроти зору на 0,35 (без корекції) та на 0,45 (з корекцією). У результаті комплексного лікування середня гострота зору підвищилась з 0,2±0,15 (до лікування) до 0,65±0,30 (після лікування). Через 3 місяці після апаратного лікування у 74% дітей гострота зору залишалась попередньою, а через 6 місяців – у 68%. В інших випадках зниження гостроти зору без корекції та з оптичною корекцією варіювали з 0,05 до 0,45. У більшості випадків це були діти з обскураційною або дисбіокулярною амбліопією дуже високого та високого ступеня, що, на нашу думку, пояснюється наявністю неправильної (нецентральної) фіксації, відсутністю постійного носіння корекції при односторонньому ураженні.

Одержані та наведені результати є науковим підґрунтям для подальшого вивчення впливу когнітивної модуляції для покращення гостроти зору у дітей, які піддають орган зору інтенсивним навантаженням.

Соловей Ю.М.
СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ЕНДОТОКСИКОЗУ ПРИ ПЕРИТОНІТІ В ЕКСПЕРИМЕНТІ
*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
Буковинський державний медичний університет*

Проблема ранньої діагностики ендогенної інтоксикації при перитоніті залишається на сьогоднішній день актуальною, оскільки саме вона визначає перебіг, прогноз та результати його лікування. Тому метою нашої роботи було розробка нового способу ранньої діагностики рівня ендоксикозу при перитоніті в експерименті. Експериментальні дослідження проведені на білих нелінійних статевозрілих щурах. Тварин рандомізовано на три дослідні та контрольну групи. Дослідним тваринам перитоніт моделювали за власним методом. Через 12, 24 та 48 год експерименту проводили забір крові. Оцінку ендогенної інтоксикації проводили наступним чином: 1-м етапом був - забір крові. 2-й етап полягав у сумісній інкубації в імунологічному планшеті заданих об'ємів клітинної суспензії *Dunaliella viridis* та досліджуваної сироватки крові. На 3-му етапі проводили визначення оптичної густини за допомогою аналізатора імуноферментних реакцій при λ=492 нм. Отриманий показник порівнювали з показником контролю.

Збільшення досліджуваного показника більше ніж на 0,05 свідчило про появу та наростання рівня ендоксикозу. Внесення до тест- системи *Dunaliella viridis* сироватки крові дослідних тварин призводило до зміни форми, втрати рухливості клітин та утворення їх агрегатів. При визначенні оптичної густини досліджуваної сироватки крові встановлено, що розвиток та перебіг експериментального перитоніту супроводжується зростанням показника оптичної густини на 0,05, 0,1 та 0,2 відповідно рівню ендоксикозу та важкості перебігу перитоніту.

Степанченко М.С., Федорук О.С.
СПОСІБ МОДЕЛЮВАННЯ ГОСТРОГО ВТОРИННОГО ОБСТРУКТИВНОГО ПІЕЛОНЕФРИТУ У ЩУРІВ
*Кафедра хірургії та урології
Буковинський державний медичний університет*

Серед усіх захворювань людини по частоті піелонефрит займає друге місце після гострих респіраторних захворювань та перше місце серед захворювань нирок. Захворюваність на піелонефрит, особливо гострий, помітно виросла, що зв'язано не тільки з покращенням діагностики цього захворювання, але і зі збільшенням вірулентності мікробів, підвищенням їх стійкості до антибіотиків та інших протимікробних засобів.

Не зважаючи на численні дані в літературі, багато аспектів розвитку піелонефриту залишаються маловідомими та ускладнюють верифікацію діагнозу. Зокрема, маловивченим є функціональний стан ураженої та контрлатеральної нирки у динаміці одностороннього запального процесу. Більше того, пошук літератури не виявив жодних методів роздільної реєстрації функціональної здатності кожної нирки в експерименті. Отримання такої інформації допомогло б зрозуміти ключові моменти у діагностиці та лікуванні. Виходячи з цього, ми поставили мету удосконалити вже розроблений нами спосіб моделювання гострого вторинного піелонефриту у щурів з метою подальшого дослідження функціонального стану кожної нирки окремо.

Дослідження проводилось експериментально на 40 білих щурах *Rattus Norvegicus*. Для роботи над способом моделювання вторинного піелонефриту було відібрано щурів середнього віку, обох статей, середня маса – 173,87±14,13г, без ознак присутності хронічної чи гострої патології.

Для індукції піелонефриту обрано культуру *E.Coli O9*, так як остання займає перше місце по висіванню (у хворих) та спостерігається при обструктивних формах урогенітальної інфекції. Таким чином, використання кишкової палички серовару O9 є найбільш обґрунтованим.