



Матеріали 97-ї підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу ВДНЗУ «БДМУ»

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 2016 р.





збільшилась з 0,98 до 1,27 ммоль/л (на 0,29 ммоль/л – 29,59% від початкового значення). В II групі даний показник практично не змінився. Концентрація фосфору в ротовій рідині у пацієнтів двох груп поступово знижується на протязі лікування, наближаючись до показників норми. Після повного курсу лікування рівень фосфору в слині у вагітних жінок I групи понизився від початкового рівня на 0,71 ммоль/л. В II групі, протягом трьох місяців концентрація фосфору не змінилась. Через місяць після початку лікування співвідношення Ca/P в I групі збільшилося в 1,3 рази (61,11% відносно норми). В II групі даний показник суттєво не змінився. Після повного курсу лікування коефіцієнт Ca/P максимально наблизився до рівня норми і досяг майже 87%. Виявлена позитивна динаміка змін концентрації кальцію, фосфору і Ca/P коефіцієнта свідчить про підвищення ремінералізуючого потенціалу слини, що сприяє активізації процесів ремінералізації емалі і вираженому карієс профілактичному ефекті вітамінно-мінерального комплексу.

Вживання вітамінно-мінерального комплексу протягом трьох місяців сприяло підвищенню ремінералізуючого потенціалу ротової рідини: інтенсивність ремінералізації початкового карієсу в I групі була на 55% вища, чим в II групі. Під впливом комплексу виникли стійкі зміни біохімічних показників ротової рідини, що можна розглядати як позитивну прогностичну ознаку карієс профілактичної дії.

Рошук О.І.

ОКИСЛЮВАЛЬНА МОДИФІКАЦІЯ БІЛКІВ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА З НЕЗНІМНИМИ ЗУБНИМИ ПРОТЕЗАМИ

Кафедра ортопедичної стоматології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буквинський державний медичний університет»

Загальновідомо, що будь-який патологічний процес протікає на тлі утворення активних форм кисню та інтенсифікації вільнорадикального окислення біосубстратів. Незважаючи на значну кількість досліджень, присвячених вивченню механізмів пероксидного окиснення ліпідів і його ролі в нормальному й патологічному функціонуванні клітин, залишається відкритим питання щодо окислювальної модифікації білків (ОМБ), яку також викликають активні форми кисню, в організмі в цілому та місцево – у ротовій порожнині (РП) у хворих на виразкову хворобу шлунка (ВХШ) при наявних незнімних зубних протезах, що зумовлює актуальність даної проблеми.

Метою дослідження було з'ясувати патогенетичну роль генерації та агресії активними формами кисню процесів окислювальної модифікації білків у розвитку та перебігу патологічних змін тканин пародонта при наявності різних видів зубного протезування у хворих на ВХШ.

Обстежено 40 хворих на ВХШ у фазі загострення з наявними незнімними зубними протезами. Пацієнтів було поділено на 2 групи залежно від конструкційного матеріалу зубних протезів: 1-у групу склали 20 осіб, які мали незнімні зубні протези з металевими вклученнями (металеві протези – МП); штамповано-паяні та суцільнолітні конструкції, 2-у групу – пацієнти з металокерамічними протезами (МКП). Групу контролю склали 15 осіб з ВХШ у фазі загострення з інтактними зубними рядами. Контрольну групу порівняння склали 15 практично здорових осіб (ПЗО). У всіх пацієнтів вивчали показники поширеності (у %) та інтенсивності захворювань пародонта (КП), індекс Грін – Вермільйона (ОНІ-S), визначали інтенсивність окислювальної модифікації білків у плазмі крові та ротовій рідині за методом Дубініної О.Є. та співавт. (1995) у модифікації І.Ф. Мешішена.

У пацієнтів К групи спостерігалась істотна активація процесів ОМБ з утворенням альдегіда - та кетондінітрофенілгідрозонів основного характеру (АКДНФГОХ), вміст яких перевищив показник у ПЗО у 1,6 рази ($p < 0,05$). АКДНФГОХ є продуктами «металного синтезу» та чинниками вторинного пошкодження, що свідчить про підсилення агресії окислювального стресу у відношенні структурних та транспортних білків. Нами було встановлено вірогідно зростання інтенсивності ОМБ у обстежених хворих на 1-ї групи порівняння. Зокрема, у хворих 1-ї групи вміст АКДНФГОХ перевищував показники у ПЗО у 2,0 рази ($p < 0,05$). Інтенсивність ОМБ у хворих 2-ї групи також була вірогідно вищою від отриманих результатів у К групі ($p < 0,05$) за показниками вмісту в крові АКДНФГОХ, які перевищили показник у ПЗО в 1,8 рази ($p < 0,05$). Встановлено сильний кореляційний зв'язок між вмістом АКДНФГОХ та комплексним пародонтальним індексом ($r = 0,797$, $p < 0,001$).

У патогенезі захворювань пародонта в даній категорії хворих чільне місце посідають процеси вільнорадикального окиснення біосубстратів, зокрема білків, про що свідчить зростання вмісту в плазмі крові та ротовій рідині продуктів окислювальної модифікації білків. Наявність металевих вклучень в ротовій порожнині при супутній патології шлунково-кишкового тракту обтяжує перебіг вже наявних та викликає нові структурні та функціональні порушення тканин пародонта, про що свідчать максимальні значення показників окислювального стресу в даній категорії пацієнтів.



Табачнюк Н.В., Олійник І.Ю.*

СИСТЕМАТИКА ВАРІАНТІВ ФОРМИ ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНОЇ ПРОТОКИ ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНОЇ СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ У ПЕРЕДПЛОДІВ ТА ПЛОДІВ ЛЮДИНИ

Кафедра терапевтичної стоматології

*Кафедра патоморфології**

Вищий державний навчальний заклад України

«Буквинський державний медичний університет»

На сучасному етапі розвитку медичної науки неможливо вирішити проблеми зниження перинатальної захворюваності та смертності без поглибленого вивчення періодів ембріогенезу і раннього фетогенезу. Пізнання закономірностей становлення будови і топографії органів і систем організму людини має важливе значення для тлумачення істипного напрямку процесів органогенезу, механізмів нормального формоутворення органів, виникнення анатомічних варіантів та природжених вад. Подальшим рухом у даному напрямку є дослідження мінливості форми піднижньощелепної протоки піднижньощелепної слинної залози (ПНЩСЗ) людини впродовж внутрішньоутробного розвитку (ВУР).

Мета дослідження - вивчити варіанти форми піднижньощелепної протоки та частоту їхніх проявів у передплідів (Пп) та плодів (Пл) людини.

Реалізацію мети досягнуто дослідженням 51 Пл (4-10 місяців ВУР). Матеріал одержували з акушерсько-гінекологічних відділень лікувальних закладів м. Чернівці та області. Частоту варіантів форми піднижньощелепної протоки визначено за допомогою комплексу методів (макроскопії, мікроскопії, графічного та пластичного реконструювання, точного препарування під контролем біокулярної лупи, морфометрії). У Пп людини, спираючись на комплексне дослідження серійних гістологічних зрізів піднижньощелепної слинної залози, можна виділити три варіанти форми піднижньощелепної протоки: пряму, дугоподібну та S-подібну. Частоту варіантів форми піднижньощелепної протоки визначено за серійними гістологічними зрізами Пп людини 7-12 тижнів ВУР. Визначено, що пряма форма піднижньощелепних проток в даній віковій групі становить абсолютну більшість – 66,67% всіх спостережень. У цей же віковий період, у силу анатомічної мінливості піднижньощелепних проток, дугоподібна форма останих в дослідженій групі Пп становить 25,00% , а S-подібна форма – 8,33%.

У поодиноких випадках при зачатку ПНЩСЗ виявлено додаткові та самостійні залозисті часточки. Палежність описаних утворень до залозистої тканини ПНЩСЗ підтверджували їхнім гістологічним дослідженням. Із 15 препаратів Пл 81,0–185,0 мм тим'яно-куприкової довжини (ТКД) (4–5 місяці ВУР) тільки в одному випадку у Пл 185,0 мм ТКД вдалось виявити наявність п'яти додаткових і самостійних часточок правої ПНЩСЗ. Градацію поділу на “додаткові” та “самостійні” часточки визначали за спрямуванням ходу їхньої вивідної протоки: три із названих додаткових часточок розміщувались по верхньо-латеральному краю ПНЩСЗ, прилягали до неї, а вивідні протоки проникали вглиб залози й “вливались” у піднижньощелепну протоку; дві часточки знаходились самостійно на відстані 3–4 мм попереду ПНЩСЗ та мали при цьому самостійні вивідні протоки, які пронизували щелепно-під'язиковий м'яз і відкривались окремо на слизовій оболонці під'язикової ділянки дна ротової порожнини.

Форма ПНЩСЗ у даній віковій період переважно падавала призму із заокругленими кутами, повздовжня вісь якої спрямована зверху-вниз, спереду-назад, зсередини-назовні та наближено відповідала вісі тіла нижньої щелепи (у 8 із 15 випадків). Окрім випадків найбільш часто виявленої форми ПНЩСЗ у Пл 4–5 місяців ВУР нами були виявлені еліпсоподібної, підковоподібної та трикутної форми.

Форма і довжина піднижньощелепної протоки ПНЩСЗ у пренатальному онтогенезі людини варіює. Тому, для зручності опису, визначено шляхом тонкого препарування під контролем біокулярної лупи, вивченням топографоанатомічних зрізів, графічних і пластичних реконструкційних моделей форму піднижньощелепної протоки у плодів 4–10 місяців ВУР ми розділили на три варіанти: 1-й варіант – пряма піднижньощелепна протока ПНЩСЗ – спрямована косо-горизонтально, дещо зверху-донизу і спереду-назад; 2-й варіант – дугоподібна піднижньощелепна протока ПНЩСЗ – має дугоподібне спрямування спереду-назад-латерально та випуклість дуги обернена назад-медіально; 3-й варіант – S-подібна піднижньощелепна протока ПНЩСЗ – представлена двома протилежноспрямованими з'єднаними між собою дугоподібними фрагментами, які суцільно нагадують латинську літеру “S”.

Вперше запроповано систематику варіантів форми піднижньощелепної протоки (*ductus submandibularis*) ПНЩСЗ у передплідів та плодів людини з визначенням форми як: пряма, дугоподібна та S-подібна.

Хомич Н.М., Горницький Я.В., Мигченко М.П.

ДИНАМІКА ЗМІН БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ РОТОВОЇ РІДИНИ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ АТИПОВОГО ВИДАЛЕННЯ НИЖНІХ ЗУБІВ МУДРОСТІ

Кафедра хірургічної та дитячої стоматології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буквинський державний медичний університет»

Післяопераційний період атипового видалення нижніх зубів мудрості зазвичай супроводжується такими запальними ускладненнями як набряк м'яких тканин, біль у ділянці післяопераційної рани та тризм жувальних м'язів. У розвитку цих симптомів активну участь беруть медіатори запалення, зокрема, цитокіни, які належать до класу сигнальних молекул, поряд з гормонами. Цитокіни діють на клітини за допомогою



вторинних месенджерів, викликаючи секрецію однієї клітиною-мішенню (цитокіновий каскад). Такими клітинами є лейкоцити. У зв'язку з цим вони отримали назву «інтерлейкіни». Глюкокортикостероїди активно впливають на рівень інтерлейкінів, тому цей показник є найінформативнішим для визначення ефективності застосування гормональних препаратів у лікуванні запальних ускладнень. Метою даного дослідження було обґрунтування застосування дексаметазону та гіпотермії для лікування запальних ускладнень атипового видалення нижніх зубів мудрості, а також визначення найбільш ефективного методу.

У дослідженні брали участь пацієнти віком від 16 до 40 років. Всього 64 пацієнти, кожному з яких проводили видалення нижнього зуба мудрості під місцевою анестезією. Пацієнтам першої групи призначали місцево дексаметазон 4 мг, другої – сеанс місцевої гіпотермії тривалістю 30 хвилин три рази на день протягом трьох днів, пацієнтам третьої групи поєднували застосування дексаметазону та гіпотермії, а також група порівняння, пацієнтам якої призначали стандартну медикаментозну терапію. Для оцінки ефективності пропонованого лікування проводили біохімічне дослідження ротової рідини, яке включає визначення маркерів запалення, таких як інтерлейкін-1 β , та інтерлейкін-6, обстеження проводили до оперативного втручання, на перший, третій і сьомий день після операції. Результати біохімічних досліджень об'єктивно засвідчують, що застосування дексаметазону і гіпотермії мало позитивний вплив на нормалізацію рівня запальних маркерів у післяопераційній ділянці, але найбільш ефективним було комбіноване використання цих методів лікування. Місцево застосування дексаметазону та гіпотермії є ефективним способом зниження ознак запального процесу у післяопераційній ділянці після видалення ретендованих нижніх третіх молярів. Вказаний спосіб простий, безпечний, безболісний та дешевий у застосуванні.

Отже, найбільш ефективним з усіх запропонованих методів було поєднання місцевого внутрішньочеревної введення дексаметазону та застосування гіпотермії, що підтверджують результати біохімічних досліджень ротової рідини.

СЕКЦІЯ 14

КЛІНІЧНА ОНКОЛОГІЯ, ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ТА ПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ

Бодяка В.Ю.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ГРАНУЛЯЦІЙНОЇ ТКАНИНИ НАВКОЛО СІТЧАСТОГО АЛОТРАНСПЛАНТАТУ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ГІАЛУРОНОВОЇ КИСЛОТИ

Кафедра онкології та радіології

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буквинський державний медичний університет»*

З розвитком абдомінальної хірургії більшість лікарів з метою лікування дефектів передньої черевної стінки, попередження розвитку післяопераційної евентрації все ширше застосовують сітчасті імплантати, проте виникає ряд ускладнень з боку післяопераційної рани, особливо у пацієнтів з явищами вторинного імунodefіциту, кахексії, апемії, тощо. Пошук нових методів раціональної патогенетичної терапії спрямованої на запобігання розвитку порушень процесів репарації післяопераційних ран є важливою проблемою сучасної хірургії.

Однією з таких речовин, яка безпосередньо впливає на процеси регенерації та метаболізму клітин у рані, стимулює синтез колагену є гіалуронова кислота. Результати проведення експериментальних досліджень свідчать, що місцево застосування препаратів гіалуронової кислоти, у комплексному лікуванні гнійних ран, стимулює загоєння останих, шляхом прискорення репаративних процесів. Дослідження місцевого впливу гіалуронової кислоти на особливості морфології грануляційної тканини навколо елементів сітчастого імплантату передньої черевної стінки в майбутньому дасть змогу використовувати її з метою запобігання розвитку ряду ускладнень з боку післяопераційної рани.

Тому метою дослідження було дослідити в експерименті вплив місцевого застосування гіалуронової кислоти на особливості морфології грануляційної тканини навколо елементів сітчастого імплантату м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки.

Експеримент виконали на 54 щурах, яким імплантували пролеповий (Prolene) сітчастий алотрансплантат фірми ETHICON в тканини м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки.

Всі дослідні тварини розподілені на дві групи – порівняння (23 щура) та основну (31 щура). Тваринам основної групи поверх сітчастого імплантату наносили безбарвний прозорий в'язкий гель гіалуронової кислоти (препарат «Іланерта» 1,5% фірми Юрія-Фарм). Тваринам групи порівняння гель гіалуронової кислоти не застосовували. Забір біологічного матеріалу проводили на 3-тю, 5-ту та 7-му доби після виконання оперативного втручання, шляхом висічення м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки разом з сітчастим імплантатом. Для світлооптичного дослідження, при гістологічному дослідженні, біоптати м'язово-апоневротичного шару передньої черевної стінки фіксували в 10% нейтральному формаліні. Парафінові зрізи забарвлювали гематоксиліном та еозином, а для ідентифікації колагенових волокон та фібрину використовували методику забарвлення гістологічних зрізів водним блакитним – хромотропом 2 В за Н.З. Сліпченко. Використовували описову методику виявлення патоморфологічних змін. За допомогою комп'ютерної мікроденситометрії визначали оптичну густину забарвлених колагенових волокон водним блакитним, питомий об'єм колагенових волокон на одиницю площі грануляційної тканини, питомий об'єм



кровоносних судин в грануляційній тканині.

Отримані результати свідчать, що місцево застосування гіалуронової кислоти при пластиці передньої черевної стінки сітчастим імплантатом впродовж перших п'яти днів раннього післяопераційного періоду не впливає на морфологію грануляційної тканини, за виключенням того, що зменшується кількість фібрину. Впродовж наступних 15-ти днів раннього післяопераційного періоду, гіалуронова кислота призводить до значного збільшення кількості колагенових волокон навколо елементів сітчастого імплантату, їх щільності, проте кількість клітин майже не змінюється. Також, в дані терміни гіалуронова кислота позитивно впливає на зменшення питомого об'єму кровоносних судин в грануляційній тканині.

Отже, місцево застосування гіалуронової кислоти при пластиці передньої черевної стінки сітчастим імплантатом призводить до збільшення питомого об'єму та щільності колагенових волокон навколо елементів останньої, тим самим укріплює передню черевну стінку, а також зменшує запальні процеси в тканинах, спричинені операційною травмою.

Гушул І.Я., Івашук О.І., Бодяка В.Ю.

ВИБІР СПОСОБУ ОСТАТОЧНОГО ЗАКРИТТЯ ЛАПАРОСТОМІЇ ЗА ГОСТРОГО ПОШИРЕНОГО ПЕРИТОНІТУ ОНКОЛОГІЧНОГО ГЕНЕЗУ

Кафедра онкології та радіології

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буквинський державний медичний університет»*

Однією із вагомих причин незадовільних результатів лікування хворих на гострий поширений перитоніт є внутрішньочеревна гіпертензія, яка виникає майже у кожного третього пацієнта, в ранній післяопераційний період, та є пусковим механізмом порушення функцій різних органів і систем організму.

Формування лапаростомії, окрім адекватної санації черевної порожнини, дозволяє зменшити рівень внутрішньочеревної тиску після виконання оперативного втручання, проте відновлення цілісності черевної стінки призводить до різкого його зростання, що на фоні вираженої органної дисфункції значно ускладнює процес одужання таких пацієнтів та в деяких випадках може призвести до летальних наслідків.

Одним із способів зниження рівня патологічного рівня внутрішньочеревної тиску є зведення лише країв шкіри лапаротомної рани за допомогою ситуаційних швів. Переважна більшість авторів вказують на ефективність даного способу та пропонують його застосовувати, не дивлячись на певні технічні труднощі остаточного закриття лапаротомної рани. Вивчення доцільності застосування даного методу при остаточному закритті лапаростомії дозволить більш раціонально його застосовувати.

Тому метою нашого дослідження було порівняти рівень внутрішньочеревної тиску та частоту розвитку внутрішньочеревної гіпертензії, а також ступінь органної дисфункції, у хворих на гострий поширений перитоніт, із накладеного лапаростомією, залежно від вибору способу її остаточного закриття.

Досліджено 25 хворих на гострий поширений перитоніт онкологічного генезу, із сформованою лапаростомією, які, залежно від типу її закриття, були розподілені на дві групи – контрольну та основну. Основну групу утворили 9 осіб, яким лапаростомію закрито шляхом зведення країв шкіри лапаротомної рани за допомогою ситуаційних швів. Контрольну групу склали 16 пацієнтів, яким лапаростомію закрито із захопленням у шов м'язово-апоневротичний шар передньої черевної стінки. Повторні санації черевної порожнини проводили через 24-48 годин. Середня кількість повторних санацій черевної порожнини, яка залежала від перебігу патологічного процесу, нормалізації загального стану пацієнта, швидкості ліквідації ендотоксичного шоку, становила 2,64 – 0,207 раз. Середній вік пацієнтів становив 54,56 – 2,455 роки. Обидві дослідні групи осіб були репрезентативні за віком, статтю, стадією (фазою), ступенем тяжкості перитоніту (згідно Мангеймського перитонеального індексу), поширенням патологічного процесу в черевній порожнині, характером ексудату та наявністю хронічної супровідної патології. Всі пацієнти отримували лікування згідно протоколів падаптя медичної допомоги хворим на певні стадії хірургічної патології органів живота (Я.С. Березницький та ін., 2010). Рівень внутрішньочеревної тиску вимірювали дотримуючись рекомендацій Всесвітнього товариства з вивчення синдрому абдомінальної компресії WSACS (2004), через сечовий міхур, перед оперативним втручанням та впродовж перших п'яти днів раннього післяопераційного періоду. Ступінь органної дисфункції оцінювали за шкалою SOFA (Sequential Organ Failure Assessment).

Отримані результати свідчать, що зведення лише країв шкіри лапаротомної рани ситуаційними швами, при закритті лапаростомії, призводить до відсутності випадків внутрішньочеревної гіпертензії III-IV ступенів, вірогідного зниження рівня внутрішньочеревної тиску та ступеня органної дисфункції за шкалою SOFA, а також скорочує середній термін перебування пацієнта у стаціонарі.

Таким чином, закриття лапаростомії за гострого поширеного перитоніту, шляхом зведення лише країв шкіри лапаротомної рани за допомогою ситуаційних швів, дозволяє уникнути ускладнень з боку серцево-судинної та дихальної та сечовидільної систем, тобто які безпосередньо пов'язані із негативною дією зростаючого рівня внутрішньочеревної тиску. Це безпосередньо впливає на ступінь органної дисфункції, яка вірогідно нижча, впродовж усього післяопераційного періоду, у пацієнтів яким лапаростомія була закрита шляхом зшивання лише країв шкіри лапаротомної рани.



| | |
|--|-----|
| Касіяничук М.В., Кухтарук Д.Р., Касіяничук Ю.М. Оптимізація клінічних досліджень порожнини рота. | 265 |
| Кільмухаметова Ю.Х. Використання системи «Вектор» у хворих з I стуленем пародонтиту. | 266 |
| Кішак Т.С., Кузняк Н.Б. Стан гігієни порожнини рота у працівників залізничного транспорту. | 266 |
| Кіюн І.Д. Результати застосування ополіскувача, який містить лактат алюмінію, іони фтору та антибактеріальні препарати, у складі комплексу лікувально-профілактичних засобів у хворих із хронічним катаральним гінгівітом. | 267 |
| Кузняк Н.Б., Дроник І.І. Визначення локального цитокінового статусу у хворих на хронічний генералізований пародонтит. | 268 |
| Кузняк Н.Б., Паліє С.Ю. Залозисто-одонтогенні кісти щелеп. | 268 |
| Кузняк Н.Б., Трифаленко С.І., Бойчук І.Т. Лікування альвеолітів при застосуванні місцевої сорбційної терапії. | 269 |
| Кузняк Н.Б., Шостенко А.А. Зміна параметрів секреторного імунітету в комплексній терапії хворих з різними проявами генералізованого катарального гінгівіту під впливом імунокорегуючої терапії. | 270 |
| Максимів О.О. Мікробіологічний стан базисів знімних протезів у хворих на цукровий діабет 2 типу. | 271 |
| Мандзюк Т.Б. Уроки здоров'я як метод профілактики карієсу зубів у дітей. | 271 |
| Мороз А.В., Годованець О.І. Стан тканин пародонта у дітей, хворих на цукровий діабет I типу. | 272 |
| Остафійчук М.О. Вплив препаратів лізоциму на щурів із експериментальним метаболічним синдромом. | 272 |
| Перебийніс П.П., Гончаренко В.А. Ставлення фолікулів і зачатків зубів у внутрішньоутробному періоді онтогенезу людини. | 273 |
| Проданчук А.І. Розвиток стоматологічних захворювань у хворих з хронічною нирковою недостатністю, що перебувають на діалізній терапії. | 274 |
| Рожко В.І., Жабюк Т.М. Сучасні методи епідодоптичного лікування. | 274 |
| Романко О.П. Вплив вітамінно-мінерального комплексу на кальцій-фосфатний обмін ротової рідини у вагітних жінок. | 275 |
| Рошук О.І. Окислювальна модифікація білків у хворих на виразкову хворобу шлунка з незнімними зубними протезами. | 276 |
| Табачнюк Н.В., Олійник І.Ю. Систематика варіантів форми піднижньощелепної протоки у передщодів та щодів людини. | 277 |
| Хомич Н.М., Горицький Я.В., Митченко М.П. Динаміка змін біохімічних показників ротової рідини у пацієнтів після атипичного видалення нижніх зубів мудрості. | 277 |
| СЕКЦІЯ 14 КЛІНІЧНА ОНКОЛОГІЯ, ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ТА ПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ | |
| Бодяка В.Ю. Особливості формування грануляційної тканини навколо сітчастого алотрансплантату передньої черевної стінки при застосуванні гіалуронової кислоти. | 278 |
| Гушул І.Я., Іващук О.І., Бодяка В.Ю. Вибір способу остаточного закриття лапаростомії за гострого поширеного перитоніту онкологічного генезу. | 279 |
| Зелінська Н.В. Діагностика аденокарциноми шийки матки методом спектрополяризації нативних мазків та зішкрібів цервікального каналу. | 280 |
| Іващук О.І., Бодяка В.Ю. Попередження синдрому швидкої біліарної декомпресії при лікуванні раку головки підшлункової залози. | 280 |
| Кравчук С.Ю. Промислові методи дослідження в діагностиці, плануванні та оцінці ефективності променевої терапії раку товстої кишки. | 281 |
| Крук Т.В. Лазерна діагностика крові хворих на рак молочної залози, як етап подальшого молекулярно-генетичного скринінгу. | 282 |
| Пересунько О.П. Обґрунтування можливості застосування методів лазерної діагностики в онкогінєкології. | 282 |
| Постевка І.Д. Рання діагностика раку молочної залози за допомогою теплового потоку. | 283 |
| Сенютювич Р.В., Унгурян В.П. Степелерні зофагоєноаностомози. сучасні тенденції. Нові пошуки. | 283 |
| Шульгіна В.В. Епідеміологічні аспекти колоректального раку, раку прямої кишки та ануса серед населення Чернівецької області на протязі 2010-2014 років. | 284 |
| Шумко Б.І., Малишевський І.О. Підвищення ефективності лікування пацієнтів з місцевопоширеним плоскоклітинним раком слизових оболонок рота та ротоглотки шляхом застосування інтерферону на етапі променевої терапії. | 285 |
| СЕКЦІЯ 15 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ШКІРНО-ВЕНЕРИЧНИХ, ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ | |
| Баланюк І.В. Особливості біоценозу товстої кишки у хворих на ВІЛ-інфекцію. | 286 |

| | |
|---|-----|
| Богачик Н.А., Сидорчук А.С., Венгловська Я.В., Сорохан В.Д. Використання лактогену для корекції змін кишкової мікрофлори у хворих з гострими кишковими інфекціями. | 287 |
| Бойко А.В. Особливості лікування туберкульозу у осіб літнього і старечого віку. | 288 |
| Возна Х.І. Показники варіабельності ритму серця у хворих на ВІЛ-інфекцію/СІПД. | 288 |
| Волощина Н.О., Денисенко О.І. Динаміка показників про- та протизапальних цитокінів у хворих на вулри звичайні у процесі комплексного лікування. | 289 |
| Гаєвська М.Ю., Перелічка М.П. Клінічні результати комплексного лікування хворих на псоріаз із застосуванням пробіотика. | 290 |
| Голяр О.І. Імунна реактивність організму та відповідь нейтрофілів периферійної крові хворих на кишкову інфекцію. | 291 |
| Гулсй Л.О. Особливості клінічних проявів алергічних дерматозів у хворих із супутніми дифузними ураженнями печінки невірусного походження. | 291 |
| Денисенко О.І. Стан захворюваності та особливості клінічного перебігу вулри рожевих у мешканців Чернівецької області. | 292 |
| Єременчук І.В. Встановлення інтенсивності апоптозу епітеліоцитів бронхів при мультирезистентному туберкульозі легень. | 293 |
| Захарчук О.І. Ураження дітей <i>Toxocara canis</i> : клінічна симптоматика та інструментально-лабораторні показники. | 294 |
| Карвацька Ю.П. Стан показників системного імунітету та кишкового біоценозу у хворих на вулгарні вулри мешканців Чернівецької області. | 295 |
| Мироник О.В., Давиденко О.М. Порівняльна ефективність застосування септолете та септефрїлу в комплексному лікуванні хворих на гострі респіраторні вірусні інфекції. | 296 |
| Підвербська О.В. Стан кишкової проникності при туберкульозі легень з різним профілем фармакорезистентності. | 296 |
| Сем'янів І.О. Оптимізація програми лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень із супутнім ураженням гепато-панкреато-біліарної системи. | 297 |
| Слипка В.І. Значення локального протсолїзу і фїбрїнолізу в порушенні функції зовнішнього дихання у хворих на туберкульоз легень. | 298 |
| Слипка В.І. Імунопрофілактика туберкульозу в Україні. | 298 |
| Соколенко М.О. Імунотропна терапія рецидивуючої ВІЛ-асоційованої герпетичної інфекції. | 299 |
| Степан Н.А. Динаміка неоптерину, про- і протизапальних цитокінів у хворих на скзему при застосуванні різних методів лікування. | 300 |
| Степаненко В.О. Роль нетрадиційних методів у лікуванні хворих на туберкульоз легень. | 301 |
| Тодоріко Л.Д. Динаміка рівня кортизола при хронічних обструктивних захворювань легень у літнього та старечого віку. | 301 |
| Тодоріко Л.Д. Механізми реалізації протизапальних ефектів глюкокортикоїдних гормонів при захворюваннях органів дихання. | 302 |
| Тодоріко Л.Д. Рентгенологічна семіотика саркоїдозу. | 303 |
| Тодоріко Л.Д. Сучасні аспекти формування резистентного туберкульозу: роль супутньої патології травної системи. | 304 |
| Чоботар А.О. Показники ендогенної інтоксикації у хворих на туберкульоз легень. | 304 |
| Шаповалов В.П. Профіль резистентності мікобактерій туберкульозу, виділених від хворих на рифампїцин-резистентний туберкульоз за GeneXpert MTB/Rif. | 305 |
| Шуленіна О.В. Клініко-анамнестичні особливості перебігу вулрової хвороби на тлі супутніх латентних захворювань кишківника. | 306 |
| СЕКЦІЯ 16 ФАРМАКОЛОГІЧНА ДІЯ ТА ФАРМАКОКІНЕТИКА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ | |
| Букатару Ю.С. Вивчення антигіпоксантаїної активності похідного 2-бензамїдо-2-(2-оксоїндолін-3-їїден) оцтової кислоти znm за умов гіпобаричної та гемїчної гіпоксії. | 306 |
| Гаїна Ж.М., Косуба Р.Б. Особливості нефропротекторної дії мїлдронату. | 307 |
| Геруш О.В. Розробка комбінованих рослинних засобів для комплексного лікування захворювань печінки. | 308 |
| Горошко О.М., Ежнед М.А., Богдан Н.С., Гудзь Н.А., Ткачук Л.Ю. Хроноритмологічні особливості ліпофлавоу на показники антиоксидантного захисту щурів при експериментальній гострій нирковій недостатності. | 309 |
| Драчук В.М. Динаміка антиоксидантного захисту нирок при застосуванні ТАД 600 за умов експериментальної рабдоміолїтичної гострої ниркової недостатності. | 309 |
| Заморський І.І. Хроноперїодична система як функціональна система регуляції ритмів організму. | 310 |
| Зеленюк В.Г. Вплив статинів на оксидативний та нїтрозативний стрес при гострій нирковій недостатності. | 311 |
| Кишкап І.Г. Фармакоеконοмічні аспекти метилксантинових препаратів. | 312 |
| Кметь О.Г. Вплив поєданого введення пірацетаму та мемантину на антиоксидантний стан окремих структур головного мозку за дії гострої гіпоксії. | 313 |