

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



МАТЕРІАЛИ

101 – ї

підсумкової наукової конференції

професорсько-викладацького персоналу

Вищого державного навчального закладу України

«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

10, 12, 17 лютого 2020 року

Чернівці – 2020

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 101 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці, 10, 12, 17 лютого 2020 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2020. – 488 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 101 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м.Чернівці, 10, 12, 17 лютого 2020 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Іващук О.І.,
доцент Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Братенко М.К.

професор Булик Р.Є.

професор Гринчук Ф.В.

професор Давиденко І.С.

професор Дейнека С.Є.

професор Денисенко О.І.

професор Заморський І.І.

професор Колоскова О.К.

професор Коновчук В.М.

професор Пенішкевич Я.І.

професор Сидорчук Л.П.

професор Слободян О.М.

професор Ткачук С.С.

професор Тодоріко Л.Д.

професор Юзько О.М.

професор Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-843-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2020



коефіцієнта ступеня тяжкості загального стану хворого (КСТ). При цьому легкий ступінь тяжкості неускладненого післяопераційного періоду відмічали при значеннях КСТ 0,1-7,4 і виявили його у 19 пацієнтів контрольної групи та 22 дослідної групи. Помірний ступінь тяжкості пацієнтів з ускладненим перебігом післяопераційного періоду відмічали при значеннях КСТ 7,5-12,8 - у 14 пацієнтів контрольної групи та 15 – дослідної групи. Високий ступінь тяжкості пацієнтів з ускладненим перебігом післяопераційного періоду відмічали при значеннях КСТ 12,9-16,0 - у 20 пацієнтів контрольної групи та 19 – дослідної групи. Вкрай високий ступінь тяжкості пацієнтів з ускладненим перебігом післяопераційного періоду відмічали при значеннях КСТ 16,1-20,3 – у 10 пацієнтів контрольної групи та 11 – дослідної групи. Питання стандартизації оцінки загального стану хірургічного хворого, оцінки ступеня тяжкості пацієнта (ОТСП) за допомогою комплексних бальних систем дозволяє індивідуально більш об'єктивно визначати лікувальну тактику та об'єм оперативного втручання.

Використання у хворих на розлитий перитоніт основної групи запропонованої програми лікування сприяло зменшенню частоти гнійно-септичних ранових ускладнень з 28,2 до 23,3%, виконання релапаротомій – на 4,4%, тривалості лікування хворих у стаціонарі – з $29,6 \pm 3,4$ до $24,2 \pm 2,7$ діб, післяопераційної летальності з 15,8 до 11,9%, порівняно з хворими контрольної групи.

Сидорчук Р.І.

СТАН КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ ПРИ СИНДРОМІ СТОПИ ДІАБЕТИКА

Кафедра загальної хірургії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Синдром стопи діабетика або синдром діабетичної стопи (СДС) є значною проблемою сучасної хірургії, як у медичному, так і в соціально-економічному аспектах. У США і країнах Західної Європи до 10% всіх випадків госпіталізації у хірургічні стаціонари припадає на частку хворих з СДС, а щорічний економічний збиток від них оцінюється в 9-10 млрд. доларів. Як правило, у таких хворих спостерігається обтяження загального стану хворих у тому числі за рахунок порушень гемоциркуляції, дії інших факторів, що пригнічують регенеративні та репаративні процеси, сприяють розвитку інфекції та її транслокації, у тому числі з кишечника. Разом з цим, окремі аспекти патогенезу СДС, зокрема питання імунної відповіді у таких хворих залишаються недостатньо вивченими та потребують уточнення.

Клінічний матеріал склали 27 хворих на СДС та 14 практично здорових осіб (контроль) відповідного віку та статі ($P=0,19-0,95$). При виконанні даного дослідження керувались загальноприйнятими світовими та вітчизняними нормами біоетики. Визначення кількості загального пулу Т– і В–лімфоцитів, а також субпопуляцій Т-лімфоцитів (Т-хелперів / індукторів, Т-супресорів / цитолітичних лімфоцитів, проводили за методом непрямой імунофлюоресценції з використанням панелі моноклональних антитіл CD3, CD4, CD8, CD22. Нормальність розподілу отриманих вихідних даних перевірялась за тестом Колмогорова-Смирнова. Обробка отриманих баз даних проводилась методами варіаційної статистики за критеріями Student та R. Fisher.

Клітинні імунні реакції імунітету здійснюються за рахунок популяцій Т-лімфоцитів і забезпечують безпосереднє зниження змінених власних клітин хворого: пухлинних, мутантних, чужорідних, інфікованих різноманітними внутрішньоклітинними інфекційними збудниками. У хворих на СДС формується тенденція до зростання на 28,70% абсолютної кількості загального пулу Т-лімфоцитів, але знижується відносна їх кількість на 16,50%. Зростання абсолютної кількості загального пулу Т-лімфоцитів обумовлена збільшенням абсолютної кількості Т-хелперів / індукторів на 13,70%, Т-супресорів / цитолітичних лімфоцитів на 15,58%. Зниження відносної кількості TCD3+ лімфоцитів зумовлено зниженням відносної кількості TCD4+ на 9,25% при зростанні TCD8+ на 23,91%. Зміни відносної кількості Т-лімфоцитів та їх імунорегуляторних субпопуляцій можуть спричинити



зниження процесів розпізнання та погіршення автономної саморегуляції системного імунітету. Але це легкі (перший ступінь імунних порушень) зміни у Т-системі імунітету які не вимагають використання імунотропних препаратів для корекції змін. Такі зміни вимагають тільки постійний моніторинг динаміки клітинної ланки системного імунітету.

Таким чином, у хворих на гнійно-некротичні процеси м'яких тканин при СДС формується перший ступінь імунних порушень (у 62,5% хворих) та другий ступінь імунних порушень (37,5%) клітинної ланки системного імунітету. Такі досить невиразні зміни клітинної імунної відповіді пов'язані, ймовірно з тим, що збудниками гнійно-некротичних процесів м'яких тканин при СДС є умовно патогенні бактерії, локалізовані у позаклітинних просторах, проти яких формується, в основному, гуморальна імунна відповідь на відміну від імунної відповіді стосовно внутрішньоклітинних збудників, що забезпечується клітинною ланкою імунітету.

У хворих на СДС формуються відносно незначні (I-II ступеня) порушення клітинної ланки імунітету, які у більшості (62,5%) хворих не потребують спеціальної корекції.

Степан В.Т.

ВПЛИВ ФІТОГЕЛЮ "ДУБОВИЙ" НА СТАН НИРОК ЩУРІВ, ЯКІ ОТРИМУВАЛИ ОРАЛЬНІ АПЛІКАЦІЇ ПЕРОКСИДНОЇ СОНЯШНИКОВОЇ ОЛІЇ

Кафедра урології та нейрохірургії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Проблема негативного впливу пероксидованих харчових жирів є важливою. Головним компонентом фітогелю "Дубовий" є екстракт з деревини натурального дуба *Quercus robur* і *Quercus petraea* у віці понад 100 років. Головними діючими речовинами екстракту "Дубовий" є фенольні сполуки. Точна структура більшості з яких досі не встановлена. Показано, що екстракт "Дубовий" за своїми антиоксидантними властивостями значно перевищує дію багатьох антиоксидантних препаратів. Встановлена його гепатопротекторна активність у щурів з експериментальним токсичним гепатитом.

Мета дослідження: визначення стану нирок у щурів, які отримували пероксидну соняшникову олію (ПСО) і дослідження можливої ренопротекторної активності фітогелю "Дубовий".

Дослідження виконане в експерименті на 18 білих щурах лінії Вістар (саміці, 4-5 місяців, 210±12 г), поділених на 3 рівних групи: 1-а – контроль, 2-а – отримувала оральні аплікації пероксидної соняшникової олії (ПСО) в дозі 0,5 мл на щура щоденно на протязі 5 днів, 3-я отримувала оральні аплікації фітогелю "Дубовий" в дозі 0,5 мл на щура протягом 5 днів, а аплікації ПСО робили через 30 хвилин після аплікації гелю "Дубовий".

Після евтаназії тварин на 6-й день під тіопенталовим наркозом (20 мг/кг) шляхом тотальної кровотечі із серця, виділяли нирки і визначали в їх гомогенаті активність еластази, уреазу, лізоцима, каталази і вміст алонового діальдегіду (МДА). За співвідношення активності каталази і вмісту МДА розраховували антиоксидантно-прооксидантний індекс АПІ, а за співвідношенням відносних активностей уреазу і лізоцима розраховували ступінь дисбіозу. Характеристику ступеня пероксидації ПСО оцінювали за вмістом дієнових кон'югатів і МДА, а вміст ненасичених жирних кислот – за газо-хроматографічним методом. Дотримано вимоги біоетики, дослідження схвалено комісією з біоетики ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет".

У процесі пероксидації соняшникової олії вміст дієнових кон'югатів збільшується в 6 раз, а вміст МДА в 13,6 разів, тоді як вміст ненасичених жирних кислот (лінолевої і ліноленової) зменшується. У щурів, які отримували оральні аплікації ПСО, достовірно підвищується активність еластази і вміст МДА. У щурів, які отримували ПСО після аплікації гелю "Дубовий", активність еластази знижується лише на 6% ($p > 0,3$), а вміст МДА знижується на 22% ($p < 0,05$). У щурів, які отримували аплікації ПСО, достовірно знижується