

**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 Тащук 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



діагностики, включаючи імунологічні. АІТ-ом страждають 3-4% населення земної кулі. У патогенезі лежать як порушення процесів імунологічних контролів, так і зміни в клітинах самих ендокринних залоз, які можуть бути генетично детерміновані або індукуватись зовнішніми факторами: погіршенням екологічних умов проживання; дефіцитом або надлишком йоду; радіоактивним забрудненням місцевості; наростаючою загальною алергізацією населення і інфікування його вірусами. Генетична схильність при АІТ доведена за результатами багаторічних спостережень за тисячами моно- та дизиготних близнюків у багатьох країнах світу.

На теперішній час, у хворих на аутоімунний тиреоїдит (АІТ), визначено три групи показань до операції: онкологічні, хірургічні (які визначаються патогенетичним впливом гіпертрофованої щитоподібної залози (ЩЗ) на навколишні тканини) і показання, зумовлені декомпенсацією імунопатологічного процесу. Обсяг операцій у хворих АІТ визначається показами до операції: онкологічні - тиреоїдектомія, хірургічні - резекція щитоподібної залози, а при декомпенсації - видалення максимально зміненої тканини органа. Корекція обсягу операцій проводиться на підставі результатів термінового дослідження мікропрепарату і морфології видаленої тканини щитоподібної залози. Проведеними спостереженнями встановлено, що тиреоїдектомія, при декомпенсації імунопатологічного процесу, усуває або різко зменшує патогенний вплив локальної лімфоїдної інфільтрації тканини на загальну імунологічну реактивність організму хворого. Інші дослідники вважають, що пацієнтів з верифікованим діагнозом АІТ хірургічне лікування показано тільки у випадках наявності яскраво вираженого компресійного синдрому або довгострокового (що не піддається консервативному лікуванню) гіпертиреозу, а також наявності псевдовузлової форми аутоімунного тиреоїдиту з ознаками найбільшої ймовірності малігнізації або неможливості проведення адекватних пункцій на доопераційному етапі з призначенням в наступному замісних доз тиреоїдної терапії. Методом вибору в цих випадках вважають субтотальну резекцію ЩЗ.

Ми вважаємо, що хірургічне лікування АІТ-у необхідно проводити за наступними показаннями: збільшення щитоподібної залози до II-III ст. з нерівномірною її щільністю та за відсутності можливості виключити наявність вузла; симптоми стиснення і звуження трахеї та стравоходу; наявність вузлів; прогресуюче зростання зоба, незважаючи на проведену протягом 1-1,5 років консервативну терапію; підозра на злоякісне переродження, основане на даних біопсії; косметична деформація шиї. Проводиться тотальна струмектомія. Ми наполягаємо на необхідності повного видалення щитоподібної залози, а не часткової резекції, що пояснюється наступними обставинами: аутоімунний тиреоїдит є органоспецифічним аутоімунним захворюванням, а при видаленні органу-мішені (тобто щитоподібної залози) обривається аутоімунна ланцюгова реакція; після резекції ЩЗ часто спостерігаються рецидив, а компенсація гіпотиреозу однаково можлива як при екстирпації щитоподібної залози, так і при економній її резекції. Після операції хворим призначається довічна терапія тиреоїдними препаратами в оптимальних дозах, що призводить до нормалізації функції ЩЗ.

Шварковський І.В., Антонюк Т.В.

ВИКОРИСТАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ КАВІТАЦІЇ ТА ВАКУУМНОЇ ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ

Кафедра хірургії та урології

Буковинський державний медичний університет

Гострі гнійно-некротичні процеси м'яких тканин (абсцеси, флегмони, карбункули, нагноєння післяопераційних ран, нагноєні гематоми) належать до категорії хірургічної патології, яка має критично високі рівні захворюваності, схильність до генералізації та рецидивного перебігу. Щорічно в країнах СНД реєструється близько 5 млн. хворих із гнійно-запальними захворюваннями. У сучасному світі гострі гнійно-запальні процеси виявляються у 35-40% пацієнтів хірургічного профілю, післяопераційні гнійні ускладнення – у 30%, у 7-50% померлих у стаціонарі ці захворювання були основною причиною смерті. Ускладнення, які супроводжують гнійно-некротичні процеси, збільшують показники летальності, обсяг витрат на лікування, кількість додаткових днів, проведених у стаціонарі.

Мета дослідження – покращити результати хірургічного лікування гострих гнійно-некротичних процесів м'яких тканин шляхом використання вакуум-кавітаційної санації із застосуванням антисептика та розчину сорбенту.

На базі хірургічного відділення № 1 КМУ "Лікарня швидкої медичної допомоги" м. Чернівці проведено лікування 102 осіб з гострими гнійно-некротичними процесами м'яких тканин. Всіх пацієнтів розподілено на дві основні групи та групу контролю. Група I, що включала в себе 36 (35,29%) пацієнтів, яким проводили ультразвукову кавітацію рани з вакуумною терапією та заливкою антисептиком "Октенісепт" у розведенні 1:1 0,9% розчином хлориду натрію; та II група, що включала в себе 34 (33,34%) пацієнти, яким проводили ультразвукову кавітацію рани з вакуумною терапією та заливкою розчином сорбенту "Полісорб МП" (12 гр), що розчиняли в 200 мл 0,9% розчину хлориду натрію. У групі контролю було 32 (31,37%) пацієнти, яким проводили лікування за загальноприйнятими методиками згідно зі стандартами та протоколами ведення хворих з відповідною нозологією.

При аналізі розподілу хворих за нозологічними формами привертає увагу те, що більшість пацієнтів лікувалися з приводу абсцесів різної локалізації – 51 (49,98%), флегмони стегна – 16 (15,68%) та карбункулів – 11 (10,78%). У 7 (6,86%) осіб була флегмона тулуба, 6 (5,88%) пацієнтів – з нагноєнням післяопераційної рани, у 5 (4,90%) пацієнтів – нагноєння гематоми, 4 (3,92%) – з флегмоною гомілки і по 1 (0,98%) пацієнту – з флегмоною стопи та флегмоною передпліччя.



При надходженні всім пацієнтам було проведено оперативне лікування – розкриття та дренивання гнійника.

У контрольній групі пацієнтів лікування передбачало загальноприйнятій комплекс, який застосовується у хворих із гнійно-некротичними процесами м'яких тканин.

У пацієнтів основних груп, після розкриття та дренивання гнійного вогнища, на другу добу видаляли дренажі і тампони, проводили заливку порожнини гнійника препаратом "Октенісепт" у розведенні 1:1 0,9% розчином хлориду натрію або сорбентом "Полісорб МП" (12 грам), який розчиняли в 200 мл 0,9% розчину хлориду натрію, і обробляли рану низькочастотним ультразвуком (апарат хірургічний ультразвуковий для санації біологічних об'єктів УРСК 7Н-22) з резонансною частотою 26,5 кГц і потужністю 0,2 Вт/см. Тривалість процедури залежала від розміру ранової поверхні і в середньому становила 1 хв. на 1 см². Рану повторно промивали розчином антисептика або сорбенту. Після чого у ранах розташовували змодельовану до її форми та розміру поролонову губку (розмір пор 500-1500 мікрметрів) з перфорованим дренажем всередині губки. Дренаж виводили через окремий розтин шкіри на віддаленні від країв рани та фіксували капшуконним швом, що дозволяло краще герметизувати порожнину. Рану закривали зовні клейкою плівкою для досягнення повної герметичності. Зовнішній кінець дренажу під'єднували до вакуумного пристрою (Аспиратор хирургический ЭЛЕМА-Н-АМ-1), що дозволяло підтримувати від'ємний тиск на рівні 0,7-1,0 атм. З метою кращої санації рани проводили заливку антисептика або сорбента в наступні дві доби, без розгерметизації системи, на 60 хв. із подальшою 23-годинною аспірацією.

Повторні сеанси ультразвукової кавітації та вакуумної терапії проводили через три доби. Кількість сеансів залежала від тяжкості процесу, розміру рани, кількості некротичнозмінених тканин, кількості виділеного ексудату.

У післяопераційному періоді досліджували інтенсивність больового синдрому, термін очищення рани, кількість та характер ранового ексудату, наявність перипроцесу (набряк, гіперемія), наявність та характер грануляцій, епітелізацію, швидкість загоєння рани, динаміку кількості мікробних тіл у біоптаті рани, мазки-відбитки ранових поверхонь, тривалість післяопераційного ліжко-дня.

Використання запропонованого способу – ефективний засіб у комплексному лікуванні хворих із гострими гнійно-некротичними процесами різної етіології, що може бути рекомендований для використання практичними лікарями. Ультразвукова кавітація та вакуумна терапія добре переносяться хворими, побічні ефекти при застосуванні мінімальні. Вакуум-кавітаційна санація може використовуватися на будь-якій стадії ранового процесу. Застосування методу сприяло більш швидкому очищенню рани, зменшенню мікробної контамінації, зменшенню площі ранової поверхні, пришвидшенню розвитку грануляційної тканини і процесу епітелізації. Використання розробленого методу лікування гострих гнійно-некротичних процесів дозволило скоротити термін стаціонарного лікування на 5-8 днів.

СЕКЦІЯ 8

ГІГІЄНА СЕРЕДОВИЩА І ВИВЧЕННЯ НОВИХ АНТИМІКРОБНИХ РЕЧОВИН В ЕКСПЕРИМЕНТІ І КЛІНІЦІ

Бендас В.В.

ОСОБЛИВОСТІ ЧУТЛИВОСТІ ДО АНТИБІОТИКІВ МІКРООРГАНІЗМІВ, ЩО ВИДІЛЕНІ З НОСОВОЇ ПОРОЖНИНИ ХВОРИХ НА СИНУЇТ

Кафедра мікробіології та вірусології

Буковинський державний медичний університет

Перешкоджаючи розвитку «випадкової» флори нормальна мікрофлора організму є своєрідним біологічним бар'єром. Незважаючи на сталість мікрофлори в носовій порожнині відзначають зміни як кількісного так і якісного складу мікроорганізмів, внаслідок процесів що в ній відбуваються. Якісний склад мікрофлори при захворюваннях носа та придаткових пазух відрізняється від такого в здорових осіб. Чільне місце в етіологічній структурі посідають грампозитивні мікроорганізми роду *Staphylococcus*. Відомо, що представники цього роду характеризуються високим рівнем природної чутливості до антибактеріальних препаратів (бета-лактамів, аміноглікозидів, макролідів, лінкозамідів, глікопептидів, рифампіцину тощо). Проте після широкого впровадження антибіотиків у клінічну практику почали з'являтися антибіотикостійкі мікроорганізми. В умовах сучасних методів боротьби зі стафілококовою інфекцією проблема резистентності до антибактеріальних препаратів постає досить гостро. Тому виникає необхідність вивчення антибіотикограм для культур, що виділяються при обстеженні, у нашому випадку, з носової порожнини.

Метою даної роботи було встановлення таксономічного складу мікробіоти носової порожнини пацієнтів із гострим синуситом та вивчення її чутливості до сучасних антибактеріальних засобів.

Бактеріологічним методом вивчено таксономічний склад мікробіоти вмісту порожнини носа хворих на синусит і встановлена методом стандартних дисків чутливість кожного виду до 20 сучасних антибіотиків. У дослідженні було використано 53 культури, що виділені із носової порожнини при захворюванні придаточних пазух носа.

Ми знаємо, що мікробіоциноз носової порожнини, в основному, представлений автохтонними облигатними мультифункціональними за роллю у мікробіоценозі біфідобактеріями, лактобактеріями, пропіоновокислими бактеріями і непатогенними видами стрептококів, пептострептококами та ін. У нашому



випадку мікробіоциноз порожнини носа представлений стафілококами та умовно-патогенними ентеробактеріями.

У результаті проведеного дослідження встановлено: у 50 (94,3 %) випадках виділено бактерії роду *Staphylococcus*, які представлені трьома видами – *S.aureus* - 18 (36 %) культур, *S.epidermidis* - 30 (60 %) культур, *S.saprophyticus* - 2 (4 %) культури. По одному випадку ідентифіковано *Citrobacter freundii* 1 (1,9 %), *Klebsiella pneumoniae* 19 (1,9 %), та *Enterobacter aerogenes* 1 (1,9 %).

Всі 53 штами було досліджено на чутливість до антибіотиків. При оцінюванні результатів встановлено, що:

- *S.aureus* чутливий до тетрацикліну, доксакикліну, цефтріаксону, норфлоксацину, іміпінему; помірно чутливий до ломефлоксацину, азтреонаму, перфлораксацину, цефамандолу; не чутливий до лінкоміцину, оксациліну, амоксациліну, амікацину, цефіксиму, цефазоліну, цефтазидину, гентаміцину, офлоксацину.

- *S.epidermidis* чутливий до ломефлоксацину, доксакикліну, тетрацикліну, іміпінему, цефамандолу, норфлоксацину, перфлораксацину; помірно чутливий до офлоксацину; не чутливий до лінкоміцину, оксациліну, амоксациліну, амікацину, азтреонаму, цефтазидину, цефтріаксону, цефіксиму.

- *S.saprophyticus* чутливий до доксакикліну, тетрацикліну, іміпінему, лінкоміцину, амоксациліну, левофлоксацину, офлоксацину; помірно чутливий до цефіксиму; не чутливий до цефтріаксону, цефтазидину, цефазоліну, амоксациліну, амікацину.

- *Citrobacter freundii* виявився чутливим тільки до цефтріаксону; не чутливий до лінкоміцину, оксациліну, амоксациліну, амікацину, цефіксиму, левофлоксацину, доксакикліну, тетрацикліну, цефамандолу, офлоксацину, іміпінему.

- *Klebsiella pneumoniae* чутлива до оксациліну, амоксациліну, цефіксиму, доксакикліну, тетрацикліну, цефамандолу; помірно чутлива до іміпінему, цефтазидиму, левофлоксацину, амікацину, лінкоміцину; не чутлива до норфлоксацину.

- *Enterobacter aerogenes* чутливий до левофлоксацину, норфлоксацину; помірно чутливий до цефамандолу; не чутливий до лінкоміцину, оксациліну, амоксациліну, амікацину, цефіксиму, цефазоліну, доксакикліну, тетрацикліну, іміпінему.

Отже, антибіотиками вибору при стафілококовій інфекції повинні бути доксакиклін, тетрациклін, іміпінем. Усі стафілококи резистентні до цефіксиму та лінкоміцину. Антибіотиками вибору при ентеробактеріальній інфекції повинні бути цефтріаксон, норфлоксацин, левофлоксацин. У межах одного виду є штами з різною чутливістю до дії одного і того ж антибіотика.

Бліндер О.О.*, **Бліндер О.В.****, **Дейнека С.Є.***

ДИНАМІКА ФАКТОРІВ АНТИБІОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ В ЕНТЕРОБАКТЕРІЙ, ОСНОВНОЇ ГРУПИ ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ

*Кафедра мікробіології та вірусології**,

Буковинський державний медичний університет,

Сектор мікробіологічних досліджень відділу медико-екологічних проблем

ДП „Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки

*імені академіка Л.І. Медведя МОЗ України”***

Антибіотикорезистентність основних збудників інфекційних захворювань є однією з найбільших проблем сучасної медицини. Згідно з даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я, швидке підвищення стійкості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів (АБП) загрожує підірвати основні досягнення охорони здоров'я, зроблені медичною наукою протягом останніх 50 років. Доведено, що одними лише заходами, які обмежують використання АБП успіху в боротьбі з резистентністю до антибіотиків не досягти. Необхідний цілий комплекс заходів, серед яких чільне місце займає моніторинг резистентності мікроорганізмів (МО) у межах країни, регіону, лікувального закладу і, навіть, відділення.

Серед факторів, що зумовлюють наявність стійкості до антибіотиків у збудників інфекційних захворювань важливу роль грають ферменти, які розщеплюють β-лактамі АБП - β-лактамази (описано близько 170 видів цього ферменту). Найбільше практичне значення мають бета-лактамази класу С та бета-лактамази розширеного спектру (БЛРС). Найчастіше БЛРС вияляють у штамів *E. coli* та *K. pneumoniae*, хоча їх можна виявити практично серед усіх представників родини *Enterobacteriaceae*.

Оскільки ентеробактерії найчастіше викликають інфекції сечової системи (ІСС), вивчення розповсюдженості вище згаданих факторів антибіотикорезистентності у збудників, виділених із сечі, є важливим діагностичним завданням.

Проведено аналіз даних чутливості до антибіотиків культур ентеробактерій, отриманих при виконанні бактеріологічних досліджень сечі пацієнтів з підозрою на ІСС.

Була вивчена поширеність фенотипових ознак, що вказували на наявність БЛРС у штамів ентеробактерій, які були виділені із сечі в етіологічно значимих кількостях, а також їх динаміка за два роки спостережень. Особливо була вивчена поширеність факторів резистентності до АБП у бактерій роду *Proteus*. Відсотки виділення штамів ентеробактерій (без урахування роду *Proteus*) підозрілих на продукцію БЛРС були досить високими і коливалися у межах 55,6-89,3%. Частіше штами підозріли на продукцію БЛРС виділялись від пацієнтів чоловічої статі. Серед штамів роду *Proteus* підозріли на наявність БЛРС зустрічались значно рідше (у 4 – 10 разів), ніж серед інших ентеробактерій. Проте і серед них виявлена залежність від статі – у пацієнтів-



чоловіків такі штами виділялись частіше. Схожою з іншими ентеробактеріями виявилась динаміка виділення штамів роду *Proteus*, підозрілих на наявність БЛРС. Виявлені відмінності статистично не вірогідні, що дозволяє говорити тільки про тенденції у поширеності та динаміці БЛРС серед штамів роду *Proteus*.

Було встановлено, що антибіотикорезистентність штамів роду *Proteus* була в цілому нижчою, ніж у решти ентеробактерій. БЛРС обумовлюють резистентність до цефалоспоринів. Статистично вірогідної різниці в резистентності до цефалоспоринів між бактеріями роду *Proteus* та іншими ентеробактеріями не було виявлено. Виявлена достовірна відмінність у резистентності до цефоперазону та цефтриаксону між цими групами ентеробактерій.

У результаті виконаного аналізу результатів бактеріологічних досліджень сечі встановлено: поширеність факторів резистентності до АБП серед етіологічно значимих штамів ентеробактерій при ІСС виявляє тенденцію до залежності від статі пацієнтів; серед штамів роду *Proteus* підозрілі на продукцію БЛРС зустрічаються значно рідше, ніж серед решти ентеробактерій (у 4-10 разів), динаміка факторів резистентності до АБП в етіологічно значимих штамів вимагає постійного моніторингу з метою оптимізації тактики лікування ІСС. Обов'язковою умовою є впровадження у практику підтверджуючих тестів для виявлення БЛРС.

Бойчук Т.М., Кметь Т.І.*

РАННІ ТА ПІЗНІ ЗМІНИ ВМІСТУ РНК У НЕРВОВИХ ТА ГЛІАЛЬНИХ КЛІТИНАХ КОРИ ЛОБОВОЇ ЧАСТКИ ВЕЛИКИХ ПІВКУЛЬ ПРИ ПОЄДНАНІЙ ДІЇ СРЕПТОЗОТОЦИН-ІНДУКОВАНОГО ДІАБЕТУ ТА НЕПОВНОЇ ГЛОБАЛЬНОЇ ІШЕМІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Кафедра гістології, цитології та ембріології

*Кафедра гігієни та екології **

Буковинський державний медичний університет

Станом на сьогоднішній день в Україні налічується понад 1 млн. 300 тис. хворих на цукровий діабет (ЦД). Хронічна гіперглікемія спричиняє багато ускладнень, серед яких провідне місце належить ішемічному інсульту, який є причиною смертності та інвалідизації населення. За умов комбінованого впливу діабету та ішемії головного мозку посилюється генерація вільнорадикальних сполук, які порушують функціональний стан нервових та гліальних клітин, що в подальшому стає причиною їх загибелі. За даними літератури відомо, що однією з найбільш ранніх реакцій клітин на патогенний чинник є модифікація функціональних властивостей рибонуклеїнових кислот. Проте, аналізуючи значний об'єм наукової інформації з даної проблеми, ми не знайшли даних стосовно розладів нуклеїнового гомеостазу в різних клітинах кори лобової частки півкуль головного мозку за умов комбінованого впливу ішемії-реперфузії та ЦД. Тому ми поставили за мету вивчити в динаміці ранні та пізні зміни вмісту РНК у нервових та гліальних клітинах кори лобової частки великих півкуль мозку шурів із ЦД, ускладненим ішемічно-реперфузійним пошкодженням.

Моделювання ЦД проводили одноразовим внутрішньочеревним введенням стрептозотоцину (Sigma, США) у дозі 60 мг/кг двомісячним самцям білих лабораторних шурів. Через чотири місяці в частини тварин із ЦД, а також контрольним щурам аналогічного віку, здійснювали 20-хвилинне кліпсування загальних сонних артерій. Частину тварин виводили з експерименту декапітацією через 1 год. після завершення ішемічного періоду, частину - на 12-ту добу. Оперативні втручання та забій тварин здійснювали під каліпсоловим наркозом (75 мг/кг маси тіла) із дотриманням основних положень біоетики. Користуючись атласом стереотаксичних координат на холоді виймали мозок, забирали кору лобової частки півкуль, яку фіксували в 10 % розчині Буена впродовж 24 годин і після стандартної гістологічної провідки заливали в парафінові блоки, з яких готували гістологічні зрізи товщиною 5 мкм. Для виявлення РНК зрізи депарафінували, регідували в нисхідних концентраціях етанолу та зафарбовували галлоціанін-хромовими галунами за Ейнарсеном. Аналіз гістологічних зрізів проводили в системі цифрового аналізу зображень VIDAS-386 (Kontron Elektronik, Німеччина) у спектрі люмінесценції на флуоресцентному мікроскопі AXIOSKOP (Zeiss, Німеччина). Проведено статистичний аналіз числових даних у прикладній програмі "Statistica 6.0" із використанням параметричного t-критерію Стьюдента.

За даними експерименту встановлено, що в ранньому ішемічно-реперфузійному періоді в корі лобової частки півкуль головного мозку спостерігалось підвищення сумарного вмісту РНК у нервових та гліальних клітинах на 67 та 21 % відповідно, а її концентрація на 41 % та 21 % відповідно стосовно такої в контрольній групі шурів.

Аналіз результатів із вивчення відстрочених наслідків ішемії-реперфузії для кори лобової частки півкуль показав підвищення концентрації РНК у нервових клітинах на 25 % стосовно такої в контрольних тварин, проте зменшилася на 11 % стосовно показника в ранньому терміні спостереження. Сумарний вміст РНК у досліджуваному класі клітин вірогідно зменшився на 58 % відносно раннього періоду ішемії-реперфузії, а її концентрація в гліальних клітинах у даному терміні спостереження підвищилася на 11 % стосовно такої в контрольній групі тварин і зменшилася на 8 % відносно раннього постішемічного періоду. Сумарний вміст РНК у цей період повертався до рівня контролю, проте зменшився на 11 % відносно раннього терміну спостереження.

У шурів із ЦД виявлено достовірне зростання концентрації та сумарного вмісту РНК у нервових клітинах кори лобової частки півкуль головного мозку на 46 % та 68 % відповідно стосовно контрольної групи тварин. Дослідження концентрації та вмісту РНК у гліальних клітинах кори лобової частки тварин із ЦД показало зростання досліджуваних показників на 15 % і 19 % відповідно стосовно показника інтактної групи