

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



**МАТЕРІАЛИ  
94 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

**18, 20, 25 лютого 2013 року**

**Чернівці – 2013**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 94 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 18, 20, 25 лютого 2012 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2013. – 212 с.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 94 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 14, 15, 18 лютого 2013 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., доцент, к.мед.н. Тюленева О.А.

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 Полянський І.Ю.  
доктор медичних наук Слободян О.М.  
доктор медичних наук, професор Тащук В.К.  
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.  
доктор медичних наук, професор Годоріко Л.Д.  
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-474-0

© Буковинський державний медичний університет, 2013



Обстежено 19 хворих на метаболічний синдром (10 чоловіків і 9 жінок). Середній вік хворих становив  $54,5 \pm 2,1$  роки (від 46 до 59 років). Середній індекс маси тіла  $29,1 \pm 1,3$  кг/м<sup>2</sup> (від 27,3 до 33,5). Хворим призначався Гепадиф по 1 капсулі 3 рази на день впродовж 4-х тижнів.

«Гепадиф» - комбінований препарат, ефекти якого зумовлені комплексною дією компонентів, що входять до його складу. Стимулює метаболізм жирів – компонентів β-окисного перетворення вільних жирних кислот у мітохондріях гепатоцитів, біосинтетичні процеси, запобігає некрозу гепатоцитів, нормалізує процес проліферації гепатоцитів, систему печінкових ферментів і відновлює нормальну функцію печінки. Наявність аденозину, що є компонентом коензимів, нуклеїнових кислот, забезпечує регуляцію процесів кровотворення.

Вітаміни групи В (ціанкобаламін, рибофлавін, піридоксин) регулюють окисно-відновні процеси, беруть участь у білковому, жировому і вуглеводному обміні, в обміні триптофану, метіоніну, цистеїну, глютамінової кислоти та інших амінокислот. Піридоксин сприяє нормалізації ліпідного обміну, функціонування периферичної та центральної нервової систем. Ціанкобаламін бере участь у процесі трансметилування, транспортування водню, утворенні метіоніну, нуклеїнових кислот, холіну, креатину, сприяє нормалізації порушених функцій печінки, нервової системи, кровотворення, підвищує здатність тканин до регенерації. Ціанкобаламін та піридоксин зменшують жирову інфільтрацію печінки, знижують гіпергомцистеїнемію. Рибофлавін входить до складу ферментів, що беруть участь у транспортуванні кисню і утворенні АТФ у мітохондріях.

Карнітин регулює обмін жирів, сприяє розщепленню жирних довго ланцюгових кислот і заміщенню жирнокислотного метаболічного шунта вуглеводами, зменшує показники жирової дистрофії печінки, поліпшує засвоєння їжі.

Антиоксидантна фракція екстракту печінки містить незамінні і замінні амінокислоти, які беруть участь у синтезі білків, є донаторами сульфгідрильних і метильних груп, здійснюють детоксикаційну та антиоксидантну дію.

Препарат стимулює жовчовиділення, сприяє процесам перетравлювання їжі, полегшує всмоктування вуглеводів у тонкому кишечнику, необхідний для підтримання нормальної мікрофлори кишечника. Сприяє поліпшенню глікогенофіксуєючої, синтетичної, антиоксидантної функції печінки, підвищує чутливість клітин до дії інсуліну, сприяє виділенню інсуліну.

До початку лікування хворим проводили загально клінічні й біохімічні дослідження з визначенням основних показників ліпідного, мінерального, вуглеводного і білкового обмінів. Було виконано УЗД підшлункової залози, печінки і жовчного міхура.

Перед початком лікування відчуття тяжкості у правому підребер'ї відмічали 10 пацієнтів (52,6%), гіркоту у роті вранці – 12 пацієнтів (63,2%), погіршення стану і настрою – 11 пацієнтів (57,9%). Під час об'єктивного обстеження у 4-х хворих (21,05%) відмічалась субіктеричність склер. Під час пальпації живота відмічалась чутливість у правому підребер'ї у 18 пацієнтів (94,7%). У 4-х пацієнтів (21,05%) печінка була біля краю реберної дуги, у 15 (78,95%) – на 1-2 см нижче реберної дуги. Динаміку клінічних проявів оцінювали через 2 і 4 тижні від початку лікування. Через 2 тижні від початку лікування у 17 пацієнтів (89,5%) зменшився больовий синдром і у 18 (94,7%) – диспепсичний. Через 4 тижні від початку лікування зник астеноневротичний синдром, нормалізувався рівень АЛТ, АСТ, білірубіну, зменшились прояви цитолітичного синдрому.

При УЗД дослідженні спостерігалось рівномірне підвищення ехогенності, незначне збільшення розмірів печінки. Після курсу лікування препаратом Гепадиф розміри печінки зменшились у 13 з 15-ти хворих.

Отже, одноразовий курс лікування препаратом Гепадиф у пацієнтів з метаболічним синдромом дає змогу зменшити прояви цитолітичного синдрому, призводить до усунення диспепсичного та астено-невротичного синдромів.

**Сидорчук І.Й.\*, Сидорчук Л.І.\*\***

### **СИНДРОМ ПІДВИЩЕНОЇ ВТОМИ І ДИСФУНКЦІЯ ВРОДЖЕНОГО ІМУНІТЕТУ**

*Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології\**

*Кафедра мікробіології та вірусології\*\**

*Буковинський державний медичний університет*

Синдром підвищеної втоми (СПВ) вперше був описаний у 1989 році, через три роки після технічної катастрофи на Чорнобильській АЕС (Драник Г.Н., 2010).

Функціонування людського організму забезпечується взаємовідношенням з факторами навколишнього середовища, які умовно можна поділити на три основні групи: абіотичні – температура навколишнього середовища, вологість повітря, магнітні бурі і хімічний склад повітря, ґрунту, води; біотичні – мікроби ота тіла людини та навколишнього середовища, рослинний і тваринний світ; антропонозні – фізичні, хімічні, біологічні, соціально-екологічні.

За останні 2-3 роки набули певних змін ці фактори у місті та області, які негативно впливають на стан здоров'я, працездатність популяції. Імунна система (вроджений та набутий імунітет) є високочутливою до змін навколишнього середовища. Крім того, система імунітету має тісний взаємозв'язок із функцією ендокринної та нервової системи, що нерідко призводить до розвитку

психоемоційних та екологічних стресів у людей, що знаходяться під пролонгованою дією змінених факторів. Із сказаного виходить: дослідження основних показників вродженого імунітету доцільно проводити на стадії, коли індукуючі фактори ще не призвели до розвитку захворювань та синдрому хронічної втоми (Сидорчук І.Й., 2001), але вже обумовили порушення функції імунної системи.

Мета дослідження – встановити абсолютну і відносну кількість провідних імунокомпетентних клітин, реактивність нейтрофільних лейкоцитів та імунологічної реактивності у пацієнтів із СПВ.

Упродовж серпня-листопада 2011 року та липня-вересня 2012 року зросла кількість практично здорових молодих (віком 20-40 років) людей, в яких зросла частота гострих респіраторних вірусних захворювань, загострення хронічної патології ЛОР-органів, хронічних неспецифічних захворювань різних систем. Всіх хворих об'єднувала наявність підвищеної як фізичної, так і розумової втоми. У більшості (70,4%) обстежуваних був виявлений симптомокомплекс, який виник після аномальних температурних перепадів літа 2011-2012 рр. Характерною ознакою симптомокомплексу була втома, яку відчували пацієнти, і вона не проходила після відпочинку та сну, призводила до суттєвого зниження як розумової, так і фізичної працездатності.

У пацієнтів із СПВ спостерігається суттєвий різнонаправлений дисбаланс абсолютної і відносної кількості популяції імунокомпетентних клітин: зменшується на 22,36% абсолютна кількість тромбоцитів, відносна кількість поліморфноядерних лейкоцитів на 14,91% за рахунок зниження кількості сегментоядерних (на 12,17%) та паличкоядерних (на 95%) нейтрофілів, а також відносної (у 4,43 разів) та абсолютної (у 57 разів) кількості моноцитів. Зміни абсолютної і відносної кількості імунокомпетентних клітин у периферійній крові нагадують зміни порушень при легкому стресі. На такому фоні зростає абсолютна і відносна кількість загального пулу лімфоцитів. У більшості (78,85%) виявили нормальний тип ШОЕ, сповільнений у 11,54%, прискорений у 9,61% пацієнтів. Для визначення інформативності змін показників вродженого імунітету, як можливих прогностичних чинників із імунореабілітації, визначено ступінь імунних порушень. Перший ступінь імунних порушень виявлений у 27,27% пацієнтів, другий у 36,37% пацієнтів, і найвищий третій у 36,36% пацієнтів. У більшості (72,73%) пацієнтів виявлений 2 і 3 ступені імунних порушень.

У пацієнтів вивчалась клітинна реактивність за 4-ма показниками, реактивна відповідь нейтрофілів – на 80-ми та імунологічна реактивність – на 10-ти показниках, та встановлені зміни I, II, III ступеня імунних порушень.

Розглядають тактику покращення верифікації діагнозу СПВ за рахунок встановлення імуно-гематологічних коефіцієнтів та індексів, серед яких провідне місце посідають ядерний індекс імунної реактивності, реактивна відповідь нейтрофільних поліморфноядерних лейкоцитів та ін.



## СЕКЦІЯ 18 ФІЗИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ В МЕДИЦИНІ

Босчко В.Ф. ДЕЯКІ ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ З БІОФІЗИКИ У МЕДИЧНОМУ ВУЗІ	260
Григоришин П.М. ПОЛЯРИМЕТРИЧНА ДІАГНОСТИКА ПОЛІКРИСТАЛІЧНИХ МЕРЕЖ ПЛАЗМИ КРОВІ	260
Гуцул О.В. ВИВЧЕННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ЧУТЛИВОСТІ БЕЗЕЛЕКТРОДНОГО МЕТОДУ ВИМІРЮВАННЯ ОПОРИВ ВІД ЧАСТОТИ	261
Клепиковский А.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕРМОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ БАТАРЕИ – ПРИБОРА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕРМОПУНКТУРЫ ТРАВМОТОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПЕРИОД	262
Махрова Є.Г. ЛАЗЕРНА ПОЛЯРИМЕТРИЧНА ДІАГНОСТИКА СИНОВІАЛЬНОЇ РІДИНИ	263
Микитюк О.Ю. ВНЕСОК УКРАЇНСЬКИХ ФІЗИКІВ У РОЗВИТОК ФІЗИЧНОЇ ТА МЕДИЧНОЇ НАУКИ	263
Нагірняк В.М. ВИЗНАЧЕННЯ ГЕОМЕТРІЇ ТА ТИПУ ТКАНИН ТІЛА ЗА ДОПОМОГОЮ ЦИТРОВОЇ ОБРОБКИ ТОМОГРАФІЧНИХ ЗОБРАЖЕНЬ	265
Остафійчук Д.І., Федів В.І., Олар О.І. ВИКОРИСТАННЯ НОВІТНІХ ТЕХНОЛОГІЙ В МЕДИЦИНІ	265
Федів В.І., Олар О.І., Остафійчук Д.І. МЕХАНІЗМИ ВЗАЄМОДІЇ НАНОЧАСТИНОК З БІОМОЛЕКУЛАМИ ТА МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ПРОЦЕСІВ НА МОЛЕКУЛЯРНЬОМУ РІВНІ	265
Шаплавський М.В. БІОФІЗИЧНИЙ ЗМІСТ ЕЛЕКТРОМАГНЕТИЗМУ ЕРИТРОЦИТІВ	266
Шинкура Л.М. НАНОМАТЕРІАЛИ І ФІЗИЧНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЇХ РОЗМІРІВ	267

## СЕКЦІЯ 19 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ ІМУНОЛОГІЇ, АЛЕРГОЛОГІЇ ТА ЕНДОКРИНОЛОГІЇ

Абрамова Н.О., Пашковська Н.В. ХАРАКТЕРИСТИКА ОБМІНУ ТИРЕОЇДНИХ ГОРМОНІВ ЗАЛЕЖНО ВІД КОМПЕНСАЦІЇ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ	268
Зорій І.А. ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ГОЛКОВОЇ ЕЛЕКТРОНЕЙРОМІОГРАФІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ З ДИСТАЛЬНОЮ СИМЕТРИЧНОЮ ПОЛІНЕЙРОПАТІЄЮ	269
Ілюшина А.А. СТАН МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШЕЧНИКУ ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ	269
Каспрук Н.М. ЛІКУВАННЯ ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОЇ КРОПИВ'ЯНКИ	270
Коваль Г.Д. ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РІВНІВ ЦИТОКІНІВ У СИРОВАТЦІ КРОВІ ТА ПЕРИТОНЕАЛЬНОЇ РІДИНИ У ЖІНОК З БЕЗПЛІДДЯМ АСОЦІЙОВАНИМ З ЕНДОМЕТРІОЗОМ	271
Ляшук П.М., Бойко Н.В., Ілюшина А.А., Ляшук Р.П. НЕВРОЛОГІЧНІ УСКЛАДНЕННЯ ДИФУЗНОГО ТОКСИЧНОГО ЗОБА ТА ПЕРВИННОГО ГІПОТИРЕОЗУ	272
Ляшук П.М., Ляшук Р.П., Коваль Г.Д., Мельник Л.М. ДО ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ЗАГОСТРЕНЬ ХОЗЛІ	272
Ляшук П.М., Ляшук Р.П., Сходницький І.В., Мельник Л.М. ГІПОГЛІКЕМІЧНИЙ СИНДРОМ	273
Ляшук Н.М., Оленович О.А., Проценко О.В., Ляшук Р.П. ГІПЕРАНДРОГЕННІ СТАНИ У ЖІНОК	274
Ляшук П.М., Пашковська Н.В., Ляшук Р.П., Морозюк Я.В. ДО ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ ПЕРИФЕРИЧНОЇ НЕВРОПАТІЇ	274
Марчук Ю.Ф. ЛАЗЕРНА ПОЛЯРИМЕТРІЯ В ДІАГНОСТИЦІ ПОРУШЕНЬ ГОМЕОСТАЗУ ЖОВЧІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ТА МОЖЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ	275
Маслянюк В.А., Пашковська Н.В., Павлович Л.Б., Шкрібляк Н.М. НАДЛИШКОВА МАСА ТІЛА, ЯК ФАКТОР РИЗИКУ ГЕСТАЦІЙНОГО ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ	276
Оленович О.А. ОСОБЛИВОСТІ ФІБРИНОЛІТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ СЕЧІ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ	276
Павлович Л.Б. МЕДИКАМЕНТОЗНА КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ	277
Сидорчук І.Й., Сидорчук Л.І. СИНДРОМ ПІДВИЩЕНОЇ ВТОМИ І ДИСФУНКЦІЯ ВРОДЖЕНОГО ІМУНІТЕТУ	278

І ʒаї еп̄аї і аї а̄д̄е̄о̄ 12.02.2013. О̄ї ѓї а̄о̄ 60684/16. І аї ʒ̄ і ѓ̄п̄а̄о̄ї е̄е.  
А̄а̄д̄і ʒ̄о̄д̄а̄ Times New Roman. А̄д̄е̄ і ѓ̄п̄а̄о̄ї е̄е.  
І а̄е.-а̄еа. а̄д̄е. \_\_. О̄ї .-а̄д̄е̄. а̄д̄е. \_\_.  
О̄е̄д̄а̄е 60 і ѓ̄. С̄аї, ʒ̄ 27-2013.  
А̄ʒ̄а̄д̄о̄е̄ї а̄аї і N̄ї А̄ Еʒ̄а̄е̄ О̄ї . Е̄н̄ʒ̄о̄д̄ ʒ̄ О̄-28.  
58018, і . × а̄д̄і ʒ̄а̄ʒ̄, а̄е. А̄ї е̄ї аї а̄ 246/302. О̄а̄е.: 543474

А̄еа̄а̄ї е̄о̄д̄а̄ї А̄А̄ї О̄  
N̄аʒ̄аї о̄о̄аї а̄а̄д̄еа̄а̄ї і аї ѓ̄аʒ̄о̄д̄о̄  
N̄а̄ѓу А̄Е, ʒ̄ 2610 аʒ̄а 12.09.2006 ѓ̄.