

**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



Ляшук Н.М.\*, Оленович О.А.\*, Проценко О.В.\*\*\*, Ляшук Р.П.\*

**ГІПЕРАНДРОГЕННІ СТАНИ У ЖІНОК**

*Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології*

*Буковинський державний медичний університет\**

*Чернівецький обласний ендокринологічний центр\*\**

Клінічно маніфестовані або приховані гіперандрогенні стани відносяться до найбільш поширених ендокринних порушень. Одним із синдромів гіперандрогенії є гірсутизм, пов'язаний із надмірним вмістом у крові активних (вільних) андрогенів або порушенням їх метаболізму в шкірі. Помірний гірсутизм спостерігається протягом усього життя жінки, проте вперше може проявитися в період статевого дозрівання, з початком статевого життя, під час вагітності, у менопаузальному періоді. Оскільки основними продуцентами андрогенів є сітчаста зона кори надниркових залоз та яєчники, тому виділяють надниркову (адреногенітальний синдром – АГС) і оваріальну (синдром полікістозних яєчників – СПЯ) форми гіперандрогенії.

Під нашим спостереженням знаходилося 88 пацієнок, з них 47 із СПЯ, 17 – з АГС і 24 – з ідіопатичним гірсутизмом. З-поміж клінічних проявів у хворих на СПЯ та АГС домінували, крім різного ступеня гірсутизму, хронічна оліго/ановуляція, безплідність, мимовільні викидні. Усім хворим, поряд із загальноприйнятими додатковими обстеженнями, проводили гормональні дослідження (гонадотропіни, естрогени, дегідроепіандростерон, ТТГ), УЗД яєчників і щитоподібної залози, глюкозотолерантний тест. Діагноз ідіопатичного гірсутизму виставлявся у випадках, коли гормональне дзеркало не виявляло відхилень від норми; таким пацієнтам ми рекомендували вакуумну епіляцію з косметичних міркувань.

Клінічно за АГС свідчили різні за ступенем вираженості прояви вірилізму і суттєве підвищення рівня у крові дегідроепіандростерону. При СПЯ пацієнтки, не дивлячись на наявність гірсутизму, залишалися фемінними, часто з надмірною масою тіла. УЗД яєчників виявляло полікістоз.

Пацієнткам із АГС і СПЯ у комплекс лікувальних засобів включали оральні контрацептиви (діане-35, андрокур, жанін), при АГС – дексаметазон. Хворим на СПЯ – флутамін (нестероїдний антиандроген) і, за наявності інсулінорезистентності, метформін. 35 хворих прооперовано – двобічна клиноподібна резекція яєчників (доц. Ніцович Р.М.), з них 28 жінок завагітніли, у 4-х сталися викидні, а 24 – народили здорових дітей. Усім хворим, за необхідності, проводилася корекція йододефіциту.

Ляшук П.М., Пашковська Н.В., Ляшук Р.П., Морозюк Я.В.

**ДО ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ ПЕРИФЕРИЧНОЇ НЕВРОПАТІЇ**

*Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології*

*Буковинський державний медичний університет*

Діабетична периферична невропатія (ДПН) – найчастіше ускладнення цукрового діабету (ЦД). У теперішній час загальнозживаним стандартом при дослідженні ДПН є шкала неврологічних симптомів NSS (Neurological Symptoms Score) (табл.). Діагностика ДПН за даними цієї шкали дає можливість кількісно охарактеризувати ступінь тяжкості даного ускладнення ЦД.

*Шкала неврологічних симптомів NSS*

Запитання до пацієнта: Чи відчуваєте ви?	Відсутність	Наявність	Посилення вночі
Біль у ногах колючого характеру	0	1	2
Пекучий біль у ногах	0	1	2
Оніміння нижніх кінцівок	0	1	2
Біль у ногах ниючого характеру	0	1	2
Судоми нижніх кінцівок	0	1	2
Геперестезія (подразнення стоп або ніг при торканні до постільної білизни)	0	1	2

Пацієнти з індексом до 5 балів за шкалою NSS мали легкий ступінь ДПН, у хворих із показниками від 5 до 10 балів спостерігався середній ступінь прояву ДПН, хворі з показниками понад 10 балів за шкалою NSS страждали від тяжкої форми ДПН. На основі виявлених порушень проводився сумарний підрахунок балів, що дало змогу встановити наявність та ступінь прояву ДПН. Хворим також проводилося визначення вібраційної, температурної і тактильної чутливості на стопах.

Нами обстежено 57 хворих на ЦД типу 2 середньотяжкої та тяжкої форми захворювання, з-поміж них 27 чоловіків і 30 жінок у віці 40-65 років. Легку форму невропатії було діагностовано у 14 пацієнтів, середній ступінь прояву ДПН спостерігався у 25 хворих, у 18 хворих встановлено невропатію тяжкої форми.

Пацієнти отримували звичну для них базову терапію – антигіперглікемічну, гіпотензивну, антиоксидантну тощо та лікування ДПН залежно від ступеня тяжкості за схемою Б.М.Маньковського [2009]. Середній показник невропатичної шкали NSS до лікування дорівнював  $6,9 \pm 0,2$  од., після лікування він знизився до  $5,4 \pm 0,2$  од.,  $p < 0,05$ . У більшості хворих (70,2%) відмічено зниження вібраційної, тактильної та температурної чутливості на стопах.

Отже, результати проведеного дослідження свідчать про ефективність комплексної терапії діабетичної периферичної невропатії.

Марчук Ю.Ф.

**ЛАЗЕРНА ПОЛЯРИМЕТРИЯ В ДІАГНОСТИЦІ ПОРУШЕНЬ ГОМЕОСТАЗУ ЖОВЧІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ НА ТЛІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ТА МОЖЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ**

*Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології*

*Буковинський державний медичний університет*

З оптичної точки зору жовч являє собою багатокомпонентну фазово-неоднорідну рідину до складу якої входять 3 основні фракції.

Це оптично ізотропна – оптично гомогенний міцелярний розчин з невеликою кількістю клітин циліндричного епітелію, лейкоцитів, лейкоцитодів, слизу; оптично анізотропна – рідкокристалічна, що складається із сукупності рідких кристалів: голчасті кристали жирних кислот, кристали моногідрату холестерину, кристали білірубінату кальцію; оптично кристалічна – твердо кристалічна фаза, що утворюється за рахунок дендритного та дисклінаційного механізмів кристалізації.

З моделі оптичних властивостей шару жовчі випливає, що він за фізико-хімічною природою є фазово-неоднорідним. Оптично анізотропна компонента шару жовчі формує поляризаційно-неоднорідну складову лазерного зображення.

Експериментально досліджувалися структури лазерних зображень шарів жовчі осіб наступних груп: Практично здорові особи - група 1 (n=17). Хворі на хронічний некалькульозний холецистит - група 2 (n=28). Хворі хронічним некалькульозним холециститом на тлі цукрового діабету 2 типу – група 3 (n=30).

Усі хворі отримували базову терапію згідно діючих протоколів МОЗ України, а також препарати: діаліпон – 20 мл/добу внутрішньовенно краплинно протягом 10 днів, рафахолін Ц – 2 драже 3 рази на добу після їди протягом 14 днів.

Проаналізувавши результати клінічного обстеження, можна зробити висновок, що у осіб, хворих на хронічний некалькульозний холецистит (ХНХ) та цукровий діабет (ЦД) 2 типу, больовий синдром наявний лише в майже половини обстежених хворих із незначною інтенсивністю даного синдрому. У хворих на ХНХ був наявний больовий синдром у всіх обстежених, помірна його інтенсивність та поява больового синдрому через 1-1,5 години після їди, особливо після вживання жирної їжі.

На основі отриманих даних інструментальних методів дослідження, встановлено, що у хворих на ХНХ та ЦД 2 типу спостерігаються потовщення стінок, нерівність та наявність деформацій, збільшення розмірів жовчного міхура (ЖМ), зниження порогу больової чутливості при перевірці УЗД-симптому Мерфі, наявність гіпотонічно-гіпокінетичної дискінезії ЖМ та виражені мікро- і макроскопічні зміни міхурової жовчі. У хворих на ХНХ виявлено всі 5 ехоскопічних ознак запалення жовчного міхура, гіпотонічно-гіпокінетичну дискінезію ЖМ, та виражені мікро- та макроскопічні зміни міхурової жовчі.

Порівняльні дослідження статистичних, кореляційних і фрактальних параметрів, які характеризують фазові зображення зразків жовчі хворих групи 3 дали наступні результати.

Кореляційна площа  $S(\varphi)$  розподілу фаз  $\varphi(x, y)$  лазерного зображення жовчі групи 2 (рис. 3 к,л) становить величину  $S = 0,09$ .

Апроксимуюча крива  $\Phi(\eta)$  характеризується статистичною (без визначеного кута нахилу) структурою практично для всього діапазону розмірів лазерного зображення ( $d = 2\mu\text{m} \div 2000\mu\text{m}$ ), що реєструється CCD – камерою 10.

Дисперсія розподілу екстремумів Log – log залежності спектру потужності фаз  $\varphi(x, y)$  складає величину  $\Omega = 0,12$ .

Кореляційна площа  $S(\varphi)$  розподілу фаз  $\varphi(x, y)$  лазерного зображення жовчі людини з об'єднаною патологією (рис. 3 к,л) значно зменшується і становить величину  $S = 0,055$ .

Апроксимуюча крива  $\Phi(\eta)$  (рис. 3 н) статистична з дисперсією розподілу екстремумів Log – log залежності спектру потужності фаз  $\varphi(x, y)$   $\Omega = 0,17$ .

З одержаних даних випливає, що найбільш діагностично інформативними для виявлення проявів холелітіазу виявилися дисперсія (групи 2 -3); асиметрія (групи 2 і 3) та ексцес (групи 2 і 3). Установлені наступні діапазони відмінностей між статистичними параметрами лазерних зображень жовчі групи практично здорових осіб (група 1) та хворих з різною патологією, - дисперсія (збільшення у 1,5 – 2,1 рази); асиметрія (збільшення у 3 – 16 раз) і ексцес (збільшення у 3 – 12 раз).

На основі отриманих даних інструментальних методів дослідження, встановлено, що у хворих на ХНХ та ЦД 2 типу спостерігаються потовщення стінок, нерівність та наявність деформацій, збільшення розмірів ЖМ, зниження порогу больової чутливості при перевірці УЗД-симптому Мерфі, наявність



