

**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 року**

**Чернівці – 2016**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 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. Івашук 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.

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 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний  
університет, 2016



в дистальному відділі нефрону і збірних каналцях за умов водного діурезу, виникало внаслідок істотного зниження концентрації антидіуретичного гормону в плазмі крові, при ізотонічності первинної сечі в проксимальному відділі нефрону. Розрахунки проводили за формулою:  $TrNa^+ = (C_{cr} - V) \cdot PNa^+$ , де  $C_{cr}$  - швидкість клубочкової фільтрації, яку оцінювали за кліренсом ендogenous креатиніну і розраховували за формулою:  $C_{cr} = U_{cr} \cdot V / P_{cr}$ .  $U_{cr}$  і  $P_{cr}$  - концентрації креатиніну в сечі і плазмі крові відповідно,  $PNa^+$  - концентрація іонів натрію в плазмі крові.

Проведений патофізіологічний аналіз розвитку нефролітіазу за наявності ниркових каменів розміром 0,6-1,0 см верхньої, середньої ділянок чашечки та верхньої третини сечоводу, які можуть бути причиною ранніх порушень сечотоку, і відповідно, сприяють вторинному ушкодженню проксимального каналця та замикають вадне коло у розвитку патологічного процесу. Отримані дані представляють клінічний інтерес щодо можливості розриву сформованого вадного кола за допомогою дистанційної ударно-хвильової літотрипсії апаратом літотриптор DUET MAGNA (Dyrex) та використання препарату – блемарен (100 г гранул якого містять: кислоти лимонної безводної – 39,9 г, тринатрію цитрату безводного – 27,85 г, калію гідрокарбонату – 32,25 г, який гальмує утворення сечових конкрементів, полегшує їх виділення із сечею та відповідно викликає розрив сформованого вадного кола в ушкодженні проксимального каналця.

**Роговий Ю.Є., Архіпова Л.Г., Білоокій О.В.\*, Білоокій В.В.\***

**ПАТОФІЗІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ ТРАНСФЕР ФАКТОРА «ЕДВЕНСД» НА ПОКАЗНИКИ ІМУНОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ КРОВІ ЗА ІНФІКОВАНОГО ЖОВЧНОГО ПЕРИТОНІТУ**

*Кафедра патологічної фізіології,  
Кафедра хірургії\**

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

Метою дослідження було з'ясувати вплив трансфер фактора "Едвенсд" на показники імунологічного дослідження крові за інфікованого жовчного перитоніту.

Обстежено 41 хворий на інфікований жовчний перитоніт, віком від 28 до 74 років. Визначали такі імунологічні показники крові: E – РУК (Т-лімфоцити), А - E – РУК (активні Т-лімфоцити), Ts (теофілінчутливі лімфоцити), Th (теофілінрезистентні лімфоцити), співвідношення Th/Ts, ЕАС – РУК (В-лімфоцити), імуноглобуліни А, М, G, фагоцитарну активність, ІСТ-тест, циркулюючі імунні комплекси. Всім хворим проводили хірургічне лікування з урахуванням ступеню тяжкості захворювання, яке включало холецистектомію та комплекс необхідних заходів. Додатково всім хворим призначали трансфер фактор "Едвенсд" по 1 капсулі 4 рази на добу на перший день захворювання, по 1 капсулі 3 рази на добу на другий день хвороби і починаючи з третьої доби і до завершення перебігу хвороби по 1 капсулі двічі на добу. Статистичну обробку даних проводили за допомогою комп'ютерних програм "Statgrafics" та "Exel 7.0".

Не істотне наростання імуноглобулінів М і збільшення імуноглобулінів G та секреторних імуноглобулінів А за інфікованого жовчного перитоніту вказує на факт початку переходу первинної імунної відповіді у вторинну, що у подальшому може призвести до виснаження резервних можливостей імунної системи з початком формування імунодефіциту. Зокрема, це ушкодження кишечника та печінки, що створює умови для максимальних проявів синдрому транслокації щодо надходження ендотоксину, мікрофлори, секреторних Ig А з просвіту кишечника, очеревинної порожнини в кров. Цим пояснюється наростання концентрації Ig А в крові на фоні початку розвитку імунодефіциту за умов інфікованого жовчного перитоніту. Застосування трансфер фактора "Едвенсд" призвело до нормалізації показників клітинного та гуморального імунітету, фагоцитарної активності, ІСТ-тесту крові в хворих на інфікований жовчний перитоніт, не залежно від того спостерігалися активація чи гальмування системи імунітету, що вказує на перспективність його використання в клініці як адаптогена імунної системи. Приймаючи на увагу широкий спектр дії, абсолютну безпеку і нешкідливість, можливість прийому перорально, відсутність протипоказів до застосування та побічної дії, однакову ефективність в дорослих та дітей, обґрунтованою є перспектива подальших досліджень щодо з'ясування впливу трансфер фактора "Едвенсд" в клініці на показники імунологічного статусу в хворих хірургічного профілю.

**Роговий Ю.Є., Колеснік О.В., Слободян К.В.**

**ПАТОФІЗІОЛОГІЯ КЛУБОЧКОВО-КАНАЛЬЦЕВОГО ТА КАНАЛЬЦЕВО-КАНАЛЬЦЕВОГО БАЛАНСУ ЗА НАВАНТАЖЕННЯ ВОДОЮ ВІД'ЄМНОГО ОКИСНО-ВІДНОВНОГО ПОТЕНЦІАЛУ**

*Кафедра патологічної фізіології*

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

Метою дослідження було з'ясувати патофізіологічні особливості процесів клубочково-каналцевого та каналцево-каналцевого балансу за умов навантаження водою від'ємного окисно-відновного потенціалу.

За умов експерименту на 40 білих нелінійних статевозрілих шурів – самців, на яких досліджували вплив навантаження водою від'ємного окисно-відновного потенціалу (-232,0±25,12 мВ), використані експериментальні, фізіологічні, хімічні, статистичні методи.

Встановлена наявність вірогідних кореляційних зв'язків між клубочковою фільтрацією і абсолютною, проксимальною реабсорбціями іонів натрію та між абсолютною реабсорбцією іонів натрію та його транспортом



у проксимальному відділі нефрону свідчить про збереження механізмів клубочково-каналцевого балансу при навантаженні водою від'ємного окисно-відновного потенціалу за умов гіпонатрієвого раціону харчування. Втрата вірогідного кореляційного зв'язку клубочкової фільтрації з діурезом при навантаженні водою від'ємного окисно-відновного потенціалу за умов гіпонатрієвого раціону харчування пояснюється зменшенням фільтраційного навантаження на каналцевий відділ нефрону із-за підвищення активності механізму базального тону судин нирок за рахунок збільшення постачання електронів до серця та зростання систолічного об'єму крові. Аналогічно пояснюється встановлення нового позитивного кореляційного зв'язку між діурезом та дистальною реабсорбцією іонів натрію та втрата позитивних кореляційних зв'язків клубочкової фільтрації, абсолютної і проксимальної реабсорбції іонів натрію з дистальним транспортом даного катіона. Приймаючи на увагу, що реабсорбція в проксимальному відділі нефрону є менш енергозалежною порівняно з дистальним каналцем, цими особливостями пояснюються зміни клубочково-каналцевого і каналцево-каналцевого балансу за рахунок дисфункції дистального відділу нефрону. Аналогічно пояснюється встановлена нова позитивна кореляційна залежність між дистальною реабсорбцією іонів натрію та діурезом, оскільки істотне зниження дистальної реабсорбції іонів натрію внаслідок енергодефіциту із-за підвищення механізму базального тону призводило до того, що та частина первинної сечі, яка надходила до дистального каналця за умов водного діурезу практично не реабсорбувалася при навантаженні водою від'ємного окисно-відновного потенціалу за умов гіпонатрієвого раціону харчування і складала фактично об'єм вторинної сечі з адекватною втратою іонів натрію.

Зазначені реакції сприяють встановленню нових позитивних кореляційних зв'язків відносно реабсорбції води з клубочковою фільтрацією, абсолютною, проксимальною реабсорбціями іонів натрію.

**Роговий Ю.Є., Майкан Р.І.\***

**ПАТОФІЗІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ЗА ДОПОМОГОЮ КТП ЛАЗЕРА НА ПОКАЗНИКИ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ, ВОДНО-СОЛЬОВОГО ОБМІНУ, СИСТЕМИ КРОВІ, ФУНКЦІЇ НИРОК**

*Кафедра патологічної фізіології*

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

*Urologische Klinik, Evangelisches Krankenhaus gGmbH, Witten, Germany; Lehrstuhl für Geriatrie, Universität Witten/Herdecke, Witten/Herdecke, Germany\**

Метою дослідження було з'ясувати вплив оперативного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози за допомогою КТП лазера на показники когнітивних функцій, системи крові, водно-сольового обміну та функції нирок у пацієнтів 50-60 років – зрілі люди, 61-75 років – люди літнього віку, 76-90 років – люди старечого віку.

Прооперовано 114 хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози за допомогою КТП лазера, із яких пацієнти 50-60 років – 9 (7,89%), 61-75 років – 47 (41,22%), 76-90 років – 58 (50,87%). Використані гематологічні, фізіологічні, біохімічні, хімічні, статистичні методи.

Встановлено, що величина передміхурової залози була максимальною в групі пацієнтів 61-75 років (49,8 ± 3,50 мл), значення MMSE, малювання годинника, рівень гемоглобіну, гематокриту були мінімальними в пацієнтів у віці 76-90 років. Крім того, остання група отримувала максимальну кількість медикаментів. Проведення оперативного лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози за допомогою КТП лазера не виявило відмінностей у післяопераційному періоді по відношенню до операції з боку показників когнітивних функцій (MMSE, малювання годинника), рівня гемоглобіну, значення гематокриту, концентрацій іонів натрію та креатиніну в плазмі крові у пацієнтів усіх вищезазначених груп. Крім того, виявлені вірогідні кореляційні залежності між MMSE до та після операції, які склали у пацієнтів 50-60 років –  $r = 0,888$ ;  $n = 9$ ;  $p < 0,01$ ; 61-75 років  $r = 0,901$ ;  $n = 47$ ;  $p < 0,001$ ; 76-90 років  $r = 0,881$ ;  $n = 58$ ;  $p < 0,001$ . Показані кореляційні залежності між малюванням годинника до та після операції, які склали у пацієнтів 50-60 років не достовірно; 61-75 років  $r = 0,612$ ;  $n = 47$ ;  $p < 0,001$ ; 76-90 років  $r = 0,631$ ;  $n = 58$ ;  $p < 0,001$ . Встановлені також аналогічні кореляційні залежності у даних вікових групах для значень рівня гемоглобіну, гематокриту, концентрації креатиніну в плазмі крові. Таким чином, КТП лазер є високотехнологічним методом лікування доброякісної гіперплазії передміхурової залози, який не викликає порушень когнітивних функцій, системи крові, водно-сольового обміну та функції нирок у пацієнтів вікових груп: зрілі люди, люди літнього віку, люди старечого віку.

**Савчук Т.П.**

**РЕАКЦІЯ КАТЕХОЛАМЕРГІЧНИХ СИСТЕМ СТРУКТУР ПРОМІЖНОГО МОЗКУ НА УСКЛАДНЕННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ ДВОБІЧНОЮ КАРОТИДНОЮ ШЕМІЄЮ-РЕПЕРФУЗІЄЮ**

*Кафедра фізіології імені Я.Д. Кіришенблата*

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

Серед багатьох факторів ризику виникнення інсультів цукровий діабет вважається одним із провідних. Встановлено, що гострі розлади мозкового кровообігу у хворих на цукровий діабет виникають у 2-6 разів частіше, ніж у загальній популяції, та характеризуються вищою смертністю.