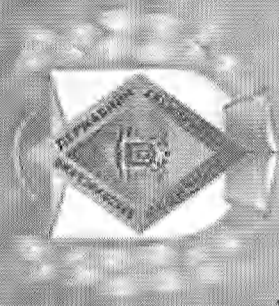


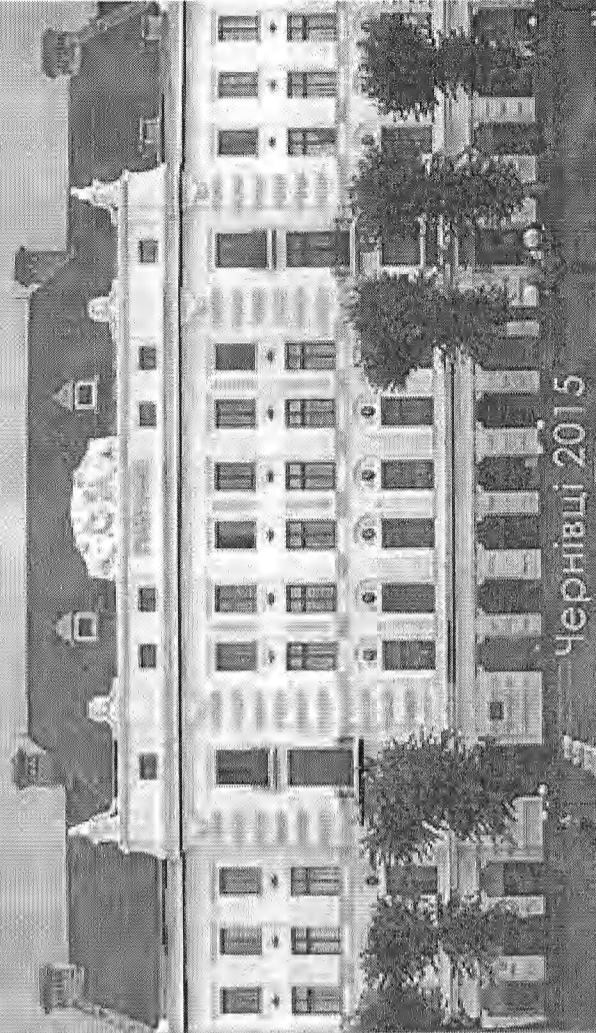
Міністерство охорони здоров'я України
Буковинський державний медичний університет

МАТЕРІАЛИ



96-ї підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
Буковинського державного медичного університету

16, 18, 23 лютого 2015 р.



Матеріали 96-ї підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу БДМУ



© Буковинський державний медичний університет
<http://www.bsmu.edu.ua/>

УДК 001:378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М 34

Матеріали 96 – і 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 – і 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. 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.С.
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 Ташук 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

СЕКЦІЯ I ОСНОВИ МОРФОЛОГІЇ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ І ТВАРИН, АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ПАТОЛОГІЧНОЇ АНАТОМІЇ ТА СУДОВОЇ МЕДИЦИНИ

Антонюк О.П.
МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ПРИ АТРЕЗІЇ В
НОВОНАРОДЖЕНИХ

*Кафедра анатомії людини ім. М.Г. Туркевича
Буковинський державний медичний університет*

Атрезія дванадцятипалої кишки (ДПК) є найбільш поширеним видом обструкції тонкої кишки. Вважають, що вона є порушенням розвитку, яке виникає внаслідок аномального перебігу процесів формування просвіту ДПК. Ця вада поєднується з вадами серця, атрезією стравоходу, відхідника, тонкої кишки, жовчних протоків, а також вадами нирок і хребта.

Виділяють три основних типи атрезії ДПК: I тип – суцільна мембрана просвіту ДПК; II – частина ДПК заміщена фіброзним тяжем; III – два сліпі сегменти з'єднані з брижою. Цей дефект частіше заповнений тканиною підшлункової залози, який розділяє атретичні сегменти.

Атрезії ДПК на рівні її великого сосочка призводять до розширення спільної жовчної протоки і називаються Т-подібними, а вище великого сосочка атрезії мають вигляд ізольованих сліпих кінців, нижче великого сосочка – переважають мембранні форми. При дослідженні морфології ДПК виділили преатретичний (проксимальний) сегмент, ділянка атрезії та постатретичний (дистальний) сегмент. При атрезії ДПК відбувається потоншення її стінки (норма 4-4,1 мм, при атрезії 2-2,2 мм). Товщина мембрани в ДПК коливається до 1,5 мм, а в клубовій кишці – до 0,5 мм. Отримані результати підтверджують клініко-анатомічну закономірність: чим вище в кишкової трубки перелона, тим важчі зміни в органі і тяжкий стан хворого. Загальні гістологічні та гістохімічні методики дали змогу виявити значні морфофункціональні зміни в стінці ДПК, викликані атрезією. В преатретичних сегментах це значне розширення просвіту кишки, викликане механічною кишковою непрохідністю, що особливо виявляється в ДПК, зокрема, при мембранозній формі атрезії (I тип). В даному випадку найбільш виражені зміни з боку епітелію слизової оболонки кишки. Також наявні потоншення слизової оболонки, значна гіпертрофія м'язової оболонки, субепітеліальний та субсерозний набряк, значне розширення судин, гіперактивність основних ферментів – маркерів тканинного ушкодження, в даному разі декомпенсованої гіперфункції.

Безпосередньо ділянки атрезії з множинними вогнищами фіброзу та некрозу вказують на можливу первинність порушень розвитку кровоносних судин, що зумовило в даній ділянці ішемію з розвитком фіброзу. Це стосується всіх ділянок кишки – як тонкої, так і товстої (ободової) кишки - при атрезії з фіброзними тяжами (II тип) та повній формі атрезії (III тип). Щодо множинних ділянок атрезії (IV тип), зокрема, при синдромі «пагоди», то патологічні прояви настільки множинні і значні, що в даному разі на перший план виходить патологія розвитку кишкової трубки як такої, зокрема, порушення повороту кишки.

Морфометричні дані підтверджують та об'єктивізують спостереження змін як слизової оболонки так і м'язової в преатретичному та постатретичному сегментах. Зменшення товщини слизової оболонки та висоти ворсинок ДПК майже в 2 рази. Зменшення висоти епітеліоцитів та діаметра епітеліоцитів, глибини крипт вказують на важкі зміни будови слизової оболонки преатретичного сегменту ДПК. Такі зміни можна розглядати як прояви дистрофії кишки внаслідок виснаження компенсаторних процесів.

В преатретичних сегменті ДПК спостерігали значну гіпертрофію колового м'язового шару порівняно з поздовжнім, гіперплазію гладеньких міоцитів, ділянки фіброзу зі значною кількістю елементів фіброblastичного ряду сполучної тканини, ділянки поліморфноядерної лейкоцитарної інфільтрації вздовж кровоносних судин та у прошарках сполучної тканини між шарами м'язової оболонки. Поряд із гіпертрофією м'язового шару у преатретичному сегменті ДПК виявлено ознаки значного фіброзу, гіпертрофію прошарків сполучної тканини у м'язовій оболонці. Спостерігаються розшарування м'язової оболонки як в коловому, так і в поздовжніх шарах. Між м'язовими шарами виявлені окремі запальні процеси, наявні ділянки периваскулярного набряку. Постатретичний сегмент ДПК характеризується множинними дистрофічними змінами в усіх оболонках стінки кишки.

В слизовій оболонці виражена деструкція ворсинок та десквамація епітелію їх верхівок. Епітелій збережений на бічних поверхнях ворсинок. Висота ворсинок зменшена, клітини мають кубічну або плоску форму. Спостерігаються місця, де позбавлені епітелію верхівкові частини ворсинок з'єднуються. У власній пластині слизової оболонки часто спостерігається поліморфноядерна лейкоцитарна інфільтрація, яка більш виражена в ділянці ворсинок.

Бернік Н.В., Олійник І.Ю.*
ДО ПРЕНАТАЛЬНОГО МОРФОГЕНЕЗУ ПІД'ЯЗИКОВОЇ СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ ЛЮДИНИ

*Кафедра дитячої та хірургічної стоматології,
Кафедра патологічної анатомії**

Буковинський державний медичний університет

Слинні залози людини є особливою групою секреторних органів. Мають немає інших органів, які здійснювали б таку різноманітність функцій (секреторну, рекреторну, екскреторну, інкреторну) та здійснювали

Буковини за період 2008 – 2013 років, привертас на себе увагу тенденція до зростання протягом цього періоду часу, рівня захворюваності та поширеності запальних захворювань внутрішніх статевих органів у цього контингенту дівчат.

Саме категорія пацієнток ювенільного віку нараховує найбільшу диспансерну групу з гінекологічного патологією, зокрема із запальними процесами внутрішніх статевих органів.

Bakun O.V.
THE MODERN PECULIARITIES OF HYSTEROSALPINGOGRAPHY USAGE

*Department of obstetrics and gynecology
Bukovinian state medical university*

Hysterosalpingography (HSG) is the radiographic evaluation of the uterine cavity and fallopian tubes after the administration of a radio-opaque medium through the cervical canal. The first HSG was per-formed in 1910 and was considered to be the first special radiologic procedure. Soares and coworkers showed that HSG had a sensitivity of 58% and a positive-predictive value of 28.6% for polypoid lesions, and a sensitivity of 0% for endometrial hyperplasia. The same study showed HSG to have a sensitivity of 44.4% for uterine malformations, and a sensitivity of 75% for the detection of intrauterine adhesions. The main contraindication of the examination is possible pregnancy. This contraindication can be avoided by performing the examination before the ovulation phase, between the 7th to 10th days of the menstrual cycle. Because of the scattering risk, the examination should be avoided when there is active intrapelvic inflammation.

The procedure is performed in the first half of the menstrual cycle following cessation of bleeding. The endometrium is thin during this proliferative phase, which facilitates better image interpretation and should also ensure that there is no pregnancy. Antibiotics might be required 1 day before and for few days after the examination if previous inflammations are present in the patient's clinical history. Antibiotics are required after the examination when the maneuvers are fairly sanguineous or if the fallopian tubes present a certain degree of dilation. The suggested antibiotic regimen is metronidazole 1 g rectally at the time of the procedure, plus doxycycline 100 mg twice daily for 7 days.

The cervix is localized and cleansed with iodine solution. Afterward, the uterine cervix is straightened by one (at the 12 o'clock position) or two (at the 9 and 3 o'clock positions) surgical forceps exercising a degree of pulling. Next, the outside uterine cervix ostium is catheterized. The catheterization can be performed in two ways.

In the past, oil-soluble contrast media were mainly used. Today, we use all available iodinated hydrosoluble contrast media. According to international literature, the use of oil-soluble contrast media increases the pregnancy rate and contributes to a decrease in conception time after the salpingography is performed.

Examination of different patient populations, nonstandardized classification systems, and differences in diagnostic data acquisition has resulted in widely disparate estimates, with a reported prevalence that ranges from 0.16 to 10%. As a result of selection bias, a prevalence of 8 to 10% has been reported in women being evaluated with HSG because of recurrent pregnancy loss. The overall data suggest that the prevalence both in women with normal fertility and in women with infertility is approximately 1%, and the prevalence in women with repeated pregnancy loss is approximately 3%. While the majority of women with mullerian duct anomalies have little problem conceiving, they have higher associated rates of spontaneous abortion, premature delivery, and abnormal fetal position and dystocia at delivery. Most studies report an approximate frequency of 25% for associated reproductive problems, compared with 10% in the general population.

Бербець А.М.
**ЗМІНИ ФУНКЦІЇ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ
НЕВИНОШУВАННЯ У РАННІ ТЕРМІНИ ГЕСТАЦІЇ**

*Кафедра акушерства та гінекології
Буковинський державний медичний університет*

Нами було обстежено 49 вагітних із клінікою невиношування в I триместрі гестації, які склали основну групу. Відбирались вагітні з чіткою клінікою загрози викидня в I триместрі, яка включала наступні групи скарг: біль низом живота, кров'янисті виділення із статевих шляхів мазального характеру, УЗД-ознаки загрози переривання вагітності (сегментарні скорочення матки). Жінки, які страждали тяжкою екстрагенітальною патологією, мали верифіковану істміко-цервікальну недостатність, ізосенсибілізацію за АВ0 і Rh-системами крові, TORCH-інфекції, виключені з числа обстежених. Групу контролю склали 30 жінок із нормальним перебігом гестації. Вагітні обстежені за наступною методикою: вивчався вміст у венозній крові естрадіолу, прогестерону та кортизолу, а також гормональні реакції плаценти, що формуються, за методикою Ларичевої І.П., Витушко С.А. (1990). Як патогномонічні, оцінювали показники гормонів прогестерону та естрадіолу з відхиленням на 20% та більше, а кортизолу – на 50% і більше від середніх величин. Патологічна гормональна реакція встановлювалась при наявності хоч одного відповідно зміненого показника. Вказаний обсяг лабораторних досліджень здійснювався в динаміці та проводився двічі в кожній обстеженій жінці: у терміні вагітності 6-8 та 12-13 тижнів.

Нижче наводимо характеристику типів гормональних реакцій обстежених вагітних.

Таблиця 1

| Групи | Типи гормональних реакцій | | | |
|-------------------------|---------------------------|-------------------|--------------------|------------|
| | Нормальний | Напруження | Нестійкості | Виснаження |
| Основна група (n=49) | 15 30,61±5,57%* | 17 34,69±5,75% | 17 34,69±5,75%* | - |
| Контрольна група (n=30) | 26 86,67±6,20% | 3 10,00±5,48% | 1 3,33±3,27% | - |

Примітка. * - p<0,05 в порівнянні з контролем

Таблиця 2

| Групи | Типи гормональних реакцій | | | |
|-------------------------|---------------------------|-------------------|--------------------|-----------------|
| | Нормальний | Напруження | Нестійкості | Виснаження |
| Основна група (n=49) | 14 28,57±5,48%* | 14 28,57±5,48% | 20 40,82±5,92%* | 1 2,04±2,00% |
| Контрольна група (n=30) | 24 80,00±7,30% | 4 13,33±6,20% | 2 6,67±4,55% | - |

Примітка. * - p<0,05 в порівнянні з контролем

За нашими даними, нормальний тип гормональної адаптації у жінок із загрозою переривання вагітності в терміні гестації 6-8 тижнів зустрічався в 2,8 рази рідше, ніж в контролі (p<0,05), як і в терміні вагітності 12-13 тижнів (p<0,05).

Стосовно реакції напруженості, яка характеризується підвищенням концентрації одного або більше з вивчених гормонів, то нами не було виявлено вірогідної різниці частоти даної реакції між обстеженими групами.

До реакції нестійкості нами віднесені випадки, в яких одночасно послідує підвищення та зниження рівнів естрадіолу, прогестерону та кортизолу. Нами зафіксована чітка тенденція до збільшення частоти реакції нестійкості у вагітних із загрозою викидня в I триместрі. Так, у терміні вагітності 6-8 тижнів частота реакції нестійкості в основній групі була в 10,4 рази вищою, ніж у контрольній (p<0,05). У терміні вагітності 12-13 тижнів реакція нестійкості траплялася у 6,1 рази частіше в дослідній групі, ніж у контрольній (p<0,05).

Реакція виснаження характеризується зниженням концентрацій всіх досліджуваних гормонів. При проведенні обстежень в 12-13 тижнів гестації подібна гормональна реакція децидуально-трофобластичного комплексу спостерігалась лише в групі жінок із ознаками невиношування (1 випадок, 2,04±2,00%, p>0,05).

У жінок, де вагітність ускладнилася загрозою переривання, в першому триместрі гестації переважають патологічні типи реакції гормональної адаптації. Прогресивне погіршення гормональної картини при недостатності функції плаценти, що формуються, як ми вважаємо, відобразиться на кровопостачанні плідного яйця, і, як наслідок, приведе до розвитку патогістологічних змін в плаценті, характерних для її дисфункції.

Бирчак І.В.
ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ЖІНОК ЗІ ЗВИЧНИМ НЕВИНОШУВАННЯМ ВАГІТНОСТІ

*Кафедра акушерства, гінекології та перинатології
Буковинський державний медичний університет*

Звичне невиношування вагітності (ЗНВ), одна з найактуальніших проблем сучасного акушерства, - це мимовільне переривання двох або більше вагітностей. Частота цієї патології становить близько 2% у популяції. У структурі невиношування звичний викидень складає 5-20%. Генетичні порушення, що призводять до мимовільного викидня, вивчені досить добре і складають 5% в структурі причин даної патології. Від 40 до 60% викиднів, що відбуваються в I триместрі вагітності, обумовлені аномаліями хромосом плода.

З метою встановлення патогенетичних аспектів звичного невиношування вагітності проводилось комплексне обстеження жінок із зазначеною патологією. На початковому етапі проведено клініко-статистичний аналіз історій хвороб жінок зі звичним невиношуванням вагітності (n=42, I група), для порівняння проводився аналіз медичних карт практично здорових жінок (n=36, II група). Наступним етапом було цитогенетичне обстеження обох груп. За віковим складом вагітні I та II груп суттєво відрізнялися між собою. Більшість жінок були віком від 21 до 30 років, проте вік 38,7±3,3% жінок зі звичним невиношуванням вагітності становив більше 30 років. Вік початку менструації коливався в межах від 9 до 18 років в обох групах, середній показник становив 13,7±1,3 років. Із раннім менархе не виявлено жодної жінки, проте у 12,8±1,1% жінок I групи статеве дозрівання затримувалось і перша менструація починалась після 15 років. У 23,5±2,7% жінок II групи менструації мали тенденцію до ясных, тоді як у вагітних зі звичним невиношуванням спостерігалась протилежна ситуація (25,9±2,9% жінок відмічали з моменту менархе гіпо- та олігоменорею, нерегулярні менструації). Із перенесених в минулому гінекологічних захворювань у жінок зі звичним невиношуванням вагітності мали місце сальпігофорит, ерозія шийки, проте ці дані також не мали вірогідної різниці з даними по II групі. Викидає зацікавленість той факт, що у 25,0±2,6% жінок I групи поза вагітністю мав місце синдром полікістозних яєчників, у той час, коли в II групі не зафіксовано жодної жінки з даною нозологією.

| | |
|---|-----|
| Шумко Г. І. Імуноцитокіновий профіль осіб молодого віку, хворих на бронхіальну астму в динаміці лікування | 113 |
| Щербакова Ж.А. Особливості ендоскопічних та патогістологічних змін шлунка у хворих на діабетичну гастропатію на тлі цукрового діабету типу 1 та 2 | 114 |
| СЕКЦІЯ 7 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ХІРУРГІЇ, УРОЛОГІЇ ТА ТРАВМАТОЛОГІЇ | |
| Андрієць В.В. Роль запрограмованої лапароскопії в лікуванні післяопераційного перитоніту | 115 |
| Білокий В.В., Білокий О.В. Роль деяких біохімічних показників крові у патогенезі жовчного перитоніту | 116 |
| Бобков В.О., Хомко О.Й., Сидорчук Р.І., Хомко Б.О., Бобкова Ю.В. Клінічні прояви дифузного аксонального пошкодження головного мозку в гострому періоді у хворих різних вікових груп | 116 |
| Бродовський С.П. Малоінвазивні технології в лікуванні геморою | 117 |
| Васюк В.Л., Васильчишин Я.М., Процюк В.В. Використання кісткового банку в травматологічній та ортопедичній практиці | 118 |
| Васюк В.Л., Коваль О.А., Кирилюк С.В. Малоінвазивний остеосинтез в лікуванні переломів PILON'А | 119 |
| Войтів Ю.Я. Профілактика тромбоемболічних ускладнень у хірургічному стаціонарі | 119 |
| Гирла Я.В., Ткачук Н.П. Деякі фактори рецидиву гіпертиреоза у хворих оперованих з приводу токсичних форм зоба | 120 |
| Гресько М.М. Проблеми діагностики перитоніту, оцінки важкості його перебігу та лікування | 121 |
| Гринчук Ф.В., Преутесей В.В., Гринчук А.Ф. Комплексна діагностика і профілактика післяопераційних ускладнень у абдомінальній хірургії | 122 |
| Зайцев В.І., Басель Алькуд Касем, Ілюк І.І. Вплив передопераційних особливостей хворих на доброякісну гіперплазію простати на виникнення ТУР-синдрому | 123 |
| Івашук С.І. Структурні зміни підшлункової залози у хворих на гострий панкреатит з урахуванням ліпідного профілю | 124 |
| Іфтодій А.Г., Козловська І.М., Білик О.В. Комплексне лікування ускладнених хронічних анальних тріщин | 125 |
| Каратєєва С.Ю. Озонотерапія в комплексному лікуванні гнійно-запальних ускладнень при цукровому діабеті | 126 |
| Карлійчук М.А. Досвід комбінованої фармаколазерної терапії діабетичного макулярного набряку | 126 |
| Кнут Р.П., Сидорчук Р.І., Воляннюк П.М., Карлійчук О.А. Дослідження термінів фіксації алотрансплантата до тканин ложа при пластиці гриж передньої черевної стінки | 127 |
| Ковальчук П.Є., Гасько М.В., Тулюлюк С.В. Фізіологічний та репаративний остеогенез в умовах дефіциту мікроелементу селену | 128 |
| Кучук О.П. Комбінований метод лікування демодексного блефариту | 129 |
| Максим'юк В.В. Особливості хірургічної тактики та комплексного лікування гострого панкреатиту у осіб з генетично детермінованими розладами внутрішньоорганної інактивації трипсину | 129 |
| Москалюк В.І. Хірургічні аспекти прогнозування, діагностики та лікування післяопераційного парезу кишечника | 130 |
| Оліник Ю.В., Домбровський Д.Б. Використання клітини кордової крові при трофічних розладах тканин кінцівок в експерименті | 131 |
| Паляниця А.С. Використання мультифакторних шкал при прогнозуванні тяжкості перебігу гострого панкреатиту | 132 |
| Петрюк Б.В. Вільна аутодермопластика при дефектах шкіри різної етіології | 133 |
| Полянський І.Ю. Генетична детермінація перебігу хірургічних захворювань – новий напрям досліджень новітньої хірургії | 133 |
| Польовий В.П., Кулачек Ф.Г., Кулачек Я.В. Вплив неспецифічної ланки імунного захисту на перебіг абдомінальної травми | 134 |
| Rotar O.V., Rotar V.I., Teneja K. Quercetin improves organs injury during severe acute pancreatitis | 135 |
| Rotar O.V., Rotar V.I., Fishbach M. Intestinal dysbiotic changes during severe acute pancreatitis | 135 |
| Рябий С.І. Динаміка змін локального мікробіоценозу кишківника в умовах розвитку неспроможності кишківника швів | 136 |
| Савін В.В., Домбровський Д.Б. Застосування клітин кордової крові при хронічній ішемії кінцівок в експерименті | 137 |
| Sydorchuk R.I., Plehutsa I.M., Plehutsa O.M., Sydorchuk L.P., Khomko O.Y. Trauma-related changes of regulatory patterns in terms of traumatic disease | 137 |
| Sydorchuk R.I., Plehutsa I.M., Plehutsa O.M., Sydorchuk L.P., Khomko O.Y. Impact of acute trauma on carbohydrates metabolism: is it a traumatic disease? | 138 |
| Сидорчук Р.І., Плегуча І.М., Сидорчук Л.П., Плегуча О.М., Хомко О.Й. Феномен травматичної хвороби в світлі вивчення змін системного імунітету за механічної травми | 138 |

| | |
|--|-----|
| Сидорчук Р.І., Плегуча О.М., Петрюк Б.В., Воляннюк П.М. Реакція клеточного звена імунного ответа при травме | 139 |
| Сикирицька Т.Б., Сака Д.Я., Бірюк І.Г. Лікування міопії високого ступеня, яка ускладнена хоріоретинальними змінами | 139 |
| Тарабанчук В.В. Спосіб тимчасового закриття операційної рани при розповсюдженому інфікованому панкреатогенному перитоніті | 140 |
| Федорук О.С., Візнюк В.В., Владиченко К.А., Степанченко М.С. Озонотерапія та функція нирок у хворих із сечокам'яною хворобою | 141 |
| Федорук О.С., Владиченко К.А., Візнюк В.В., Степанченко М.С. Лікування ТУР-синдрому | 141 |
| Федорук О.С., Степанченко М.С., Владиченко К.А., Візнюк В.В. Контамінованість ураженої та контрлатеральної нирок за експериментального запального процесу у щурів | 142 |
| Хомко О.Й., Хомко Л.П., Сидорчук Р.І., Сидорчук Л.П., Хомко Б.О. Квантова терапія в комплексному лікуванні пацієнтів з хворобою Raynaud | 143 |
| Шеремет М.І., Ткачук Н.П., Шеремет А.М. Особливості хірургічної тактики та комплексного лікування аутоімунного тиреоїдиту | 143 |
| Шварковський І.В., Антоноук Т.В. Використання ультразвукової кавітації та вакуумної терапії у лікуванні гострих гнійно-некротичних процесів | 144 |
| СЕКЦІЯ 8 ГІГІЄНА СЕРЕДОВИЩА І ВИВЧЕННЯ НОВИХ АНТИМІКРОБНИХ РЕЧОВИН В ЕКСПЕРИМЕНТІ І КЛІНІЦІ | |
| Бендас В.В. Особливості чутливості до антибіотиків мікроорганізмів виділених із носової порожнини у хворих на синусит | 145 |
| Бліндер О.О., Бліндер О.В., Дейнека С.Є. Динаміка факторів антибіотикорезистентності у ентеробактерій, основної групи збудників інфекцій сечової системи | 146 |
| Бойчук Т.М., Кметь Т.І. Ранні та пізні зміни вмісту РНК у нервових та гліальних клітинах кори лобової частки великих піскуль при поєднаній дії стрептозотозин-індукованого діабету та неповної глобальної ішемії головного мозку | 147 |
| Бурденюк І.П., Братенко М.К., Бендас В.В., Барус М.М. Біологічна активність та спектр антимікробної дії in vitro заново синтезованих хімічних сполук з вмістом у молекулах гідроксиметильної та уреїдної групи | 148 |
| Візнюк І.Д. Музикотерапія як метод оздоровлення людини | 149 |
| Власик Л.І., Фундюк Н.М., Грачова Т.І., Іфтода О.М. Гігієнічна оцінка харчування дітей дошкільного віку в дитячих навчальних закладах м. Чернівці | 150 |
| Гуменна А.В. Дослідження зв'язку «будова-антимікробна активність» трифенілфосфонієвих солей | 151 |
| Дейнека С.Є., Свіжак В.К., Патратій В.К., Бліндер О.О. Антибіотикорезистентність як одна з найбільших проблем сучасної медицини | 151 |
| Джуряк В.С., Сидорчук Л.І., Сидорчук І.Й. Клітинна реактивність та рівень адаптаційного напруження організму хворих на гострий бронхіт | 152 |
| Іфтода О.М., Кушнір О.В., Фундюк Н.М. Потенційна небезпека використання генетично модифікованих сільськогосподарських культур | 153 |
| Кушнір О.В., Жуковський О.М., Іфтода О.М., Коротун О.П. Полотанти повітря закритих приміщень як прямі та опосередковані чинники канцерогенезу | 154 |
| Масікевич Ю.Г. Гігієнічна оцінка якості води річок Буковинських Карпат | 155 |
| Міхєєв А.О. Застосування рослинних олій як антимікробних засобів | 156 |
| Ротар Д.В., Дейнека С.Є., Гуменна А.В., Яковичук Н.Д. Антимікробні властивості піразольмісних сполук зі сечовинним фрагментом у положенні 3 піразольного циклу | 157 |
| Свіжак В.К., Яковичук Н.Д., Дейнека С.Є., Чорноус В.О. Похідні імідазолу як перспективний клас лікарських засобів | 157 |
| Сидорчук І.Й., Джуряк В.С., Сидорчук Л.І. Реактивна відповідь нейтрофілних гранулоцитів периферійної крові хворих на гострий бронхіт | 158 |
| Сидорчук Л.І., Джуряк В.С., Сидорчук І.Й., Бурденюк І.П. Імунологічна реактивність організму хворих на гострий бронхіт | 159 |
| Сидорчук Л.І., Сидорчук І.Й. Адаптаційна напруженість і реактивна відповідь організму хворих на негоспітальну пневмонію | 160 |
| Яковичук Н.Д., Дейнека С.Є., Джуряк В.С., Ротар Д.В. Видова ідентифікація збудників аспергільозу за морфологічними та культуральними ознаками | 160 |
| СЕКЦІЯ 9 АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ АКУШЕРСТВА, ГІНЕКОЛОГІЇ, ДИТЯЧОЇ ТА ПІДЛІТКОВОЇ ГІНЕКОЛОГІЇ | |
| Андрієць О.А. Проблеми репродуктивного здоров'я дівчат Буковини | 161 |
| Бакун О.В. Сучасні підходи використання гістосальнінографії | 162 |
| Бербець А.М. Зміни функції фетоплацентарного комплексу у жінок із загрозою невиношування у ранні терміни гестації | 162 |