



69 осіб, добрий (вище трьох прожиткових мінімумів) – 21 пацієнт. За освітнім цензом розподіл склав: вища освіта – 148 осіб, середня спеціальна – 91 людини, неповна середня – 19 осіб. Аналіз професійного розподілу визначив: службовці – 38 осіб, робітники – 66 людей, аргарії – 104 особи, пенсіонери працюючі – 30 осіб, непрацюючі – 74 хворих.

Встановлено, що переважна більшість пацієнтів (222 – 71,15%) мали низький соціо-економічний статус, але в них же був середній або навіть високий освітній ценз (212 – 67,95%). Саме соціо-економічний статус часто був причиною вимушеного погіршення комплаєнсу, а добрий освітній ценз спонукав хворих до пошуку дешевих альтернативних методів лікування засобами народної медицини. Гіршим також був комплаєнс у сільських жителів, в т.ч. за рахунок обмеженого доступу до аптечної мережі. В групах хворих старше 50 та 60 років встановлено лише стримання прогресування основної та коморбідних недуг навіть за належно побудованого комплексу лікувально-профілактичних заходів, достатньому комплаєнсі хворих, доброму соціо-економічному статусі.

Отже, лікування хворих на остеоартроз із високим рівнем коморбідності вимагає персоніфікованого підходу до лікування з урахуванням соціо-економічних факторів.

Волошинська К.О. ПОРУШЕННЯ ДІАСТОЛІЧНОЇ ФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Артеріальну гіпертензію (АГ) вважають однією з основних причин діастолічної дисфункції лівого шлуночка (ДДФ ЛШ). За різними даними, частота її коливається від 20 до 87%, проте закономірності формування ДДФ ЛШ досі залишаються остаточно нез'ясованими.

Метою роботи було оцінити стан діастолічної функції лівого шлуночка у хворих на артеріальну гіпертензію I-II ступенів.

Обстежено 45 осіб з артеріальною гіпертензією I-II ступенів та загальним ризиком не вищим помірного та без анамнестичних та клініко-лабораторних ознак ішемічної хвороби серця та серцевої недостатності. Середній вік обстежених пацієнтів становив $49,86 \pm 1,35$ років, середня тривалість артеріальної гіпертензії – $6,22 \pm 0,94$ років. Ехо- та доплеркардіографічне обстеження проводили на апараті «MedisonSA 8000» (Корея).

Еходоплеркардіографічні показники, які характеризують діастолічну функцію лівого шлуночка у 21 з 45 хворих на АГ відповідали нормативним віковим значенням. У 24 обстежених відношення E/A було меншим ніж одиниця, DT перевищував 210 мс та IVRT перевищував 110 мс, що свідчило про порушення діастолічної функції за першим типом (порушення релаксації). При цьому систолічна функція лівого шлуночка порушена не була і становила більше 55%.

Діастолічну дисфункцію лівого шлуночка встановлено у 53,3% пацієнтів з артеріальною гіпертензією I-II ступенів. Закономірним було порушення діастолічної функції за першим типом з перевагою кровотоку під час передсердної систоли.

Гайдуков В.А. ВИКОРИСТАННЯ ЖИВОКОСТУ ЛІКАРСЬКОГО (SYMPYLUM OFFICINALE) У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

*Кафедра догляду за хворими та вищої мед сестринської освіти
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Хронічний холецистит (ХХ) є поширеним захворюванням, що пов'язано із сучасним напруженим ритмом життя та порушеннями дієти. ХХ може призводити до багатьох ускладнень, які потребують хірургічного лікування та погіршують якість життя пацієнтів. Завданням сучасної медицини є оптимізація лікування захворювань на початкових етапах, консервативними методами. При терапії ХХ провідна роль належить фітопрепаратам, тому актуальним є пошук нових ефективних фітозасобів для лікування ХХ.

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності застосування живокосту лікарського (ЖЛ) у лікуванні ХХ.

Обстежено 87 хворих на хронічний холецистит (57 жінок і 30 чоловіків) віком 21-68 років; тривалість захворювання складала 0,5-25 років. Діагноз підтверджували загально-клінічними даними, результатами сонографії жовчного міхура (об'єм жовчного міхура вираховували за формулою Everson G.T., ефективність його моторики оцінювали за коефіцієнтом скорочення (КС); мікроскопії жовчі та її біохімічним складом (вмістом холатів, холестерину, білірубіну, визначення холатохолестеринового коефіцієнту). ЖЛ використовували в комплексному лікуванні у вигляді розчину спиртової 40° настоянки (1:5) по 30 крапель на 60 мл теплої дистильованої води. Як показали результати дослідження, використання ЖЛ у багатьох хворих прискорювало нормалізацію біохімічного складу жовчі - зростав вміст жовчних кислот, зростав холато-холестериновий коефіцієнт. Вживання настоянки ЖЛ приводило до холецистокінетичного ефекту. У пацієнтів з нормальним об'ємом жовчного міхура скорочення відбувалося на 48 хвилині і КС був максимальним – $64,0 \pm 2,3$, тоді як у хворих з гіпотонічною дискінезією холецистокінетичний ефект був слабшим (КС – $38,2 \pm 2,1$)