



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 не з'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 кровоточу 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 –  $38,2 \pm 2,1$ )



Отже, застосування ЖЛ сприяло зникненню важкості у правому підребер'ї, менше турбувала гіркота у роті, нормалізувались випорожнення. Вище зазначені зміни перебігу хвороби дозволили скоротити час перебування пацієнтів у стаціонарі на 2 дні. Застосування настоянки ЖЛ на амбулаторному етапі лікування пацієнтів в осінньо-весняний період зменшувало кількість загострень при хронічному перебігу хвороби.

**Гайдуков В.А.**

### **ВПЛИВ ЖИВОКОСТУ ЛІКАРСЬКОГО (SYMPYLUM OFFICINALE) НА СЕКРЕТОРНУ ФУНКЦІЮ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРОДУОДЕНІТ**

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

Хронічний гастродуоденіт є поширеним захворюванням, що при неправильному лікуванні та недотриманні режиму харчування може призводити до виразкової хвороби та різних ускладнень. Тому актуальним є пошук нових ефективних засобів консервативного лікування даного захворювання.

Метою нашого дослідження було вивчити ефективність застосування живокосту лікарського (ЖЛ) у лікуванні хворих на хронічний гастродуоденіт.

Обстежено 72 хворих, на безмедикаментозному фоні використовували ЖЛ у вигляді спиртової (50%) настойки (1:5) по 30 крапель на 60 мл теплої дистильованої води. Кислотоутворюючу функцію шлунка вивчали методом інтрагастральної мікрозондової рН-метрії, а морфологічні зміни слизової шлунка – за допомогою гастродуодено-фіброскопії з прицільною біопсією на рівні тіла і антрального відділу шлунка. Під час фармакологічної проби досліджували латентний період, період наростання дії ЖЛ, період плато, загальну тривалість дії препарату.

Приєм ЖЛ викликав статистично достовірний зсув рН у кислому зоні на рівні тіла шлунка при початковій нормоцидності та помірно зниженій інтенсивності кислотоутворення. Посилення кислотостимулюючого ефекту спостерігали у хворих з помірно селективною гіпоацидністю, менший – з абсолютною і субтотальною.

У 58% хворих прийом настойки ЖЛ стимулював шлункове кислотоутворення незалежно від показників базального рН.

У 14 пацієнтів не відмічали подібної реакції, що було пов'язано з наявністю атрофічних змін слизової оболонки шлунка і вираженою (гістамінорезистентною) гіпохлоргідрією.

Таким чином, отримані дані вказують на необхідність диференційованого підходу до часу прийому ЖЛ – при гіпоацидності – за 40 хв. до їди, при нормаацидності – за 20 хв. до їди, при гіперацидності – за 10 хв. За результатами проведених досліджень можна припустити, що ЖЛ посилює гастринний механізм дії на процес кислотоутворення.

**Гінгуляк О.М.**

### **РОЗВИТОК ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ОСІБ ІЗ СУБКЛІНІЧНИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ НА ФОНІ ФОРМУВАННЯ ІХС**

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

На сьогодні основна причина розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС) – атеросклероз – розцінюється як одна із форм хронічного запалення, в основі якого лежить порушення холестеринового обміну. ІХС виникає у чоловіків за відсутності явних факторів ризику, як правило у віці старше 55 років по не завжди відомим причинам її виникнення можливе і у більш ранньому віці. Дослідженнями останніх років, безперечно, доведено, що запалення є одним із основних патогенетичних механізмів атеросклерозу, починаючи з перших проявів ушкодження стінки судини і закінчуючи розривом атеросклеротичної бляшки та виникненням гострого коронарного синдрому. Тому вивчення атерогенезу за допомогою дослідження комплексу інтима-медіа дає можливість виявляти хворих на субклінічному етапі атеросклерозу, а застосування різних методів терапії (метаболічних, гіполіпідімічних) об'єктивізує, який терапевтичний підхід є більш ефективним у лікуванні та профілактиці раннього атеросклерозу, що дає можливість попередити розвиток важких судинних захворювань серцево-судинної системи та центральної нервової системи.

Основною метою власної роботи є визначення ранніх ознак ендотеліальної дисфункції та збільшення товщини комплексу інтима-медіа (ТКІМ) сонних артерій і об'єктивізація рівня маркерів запалення у осіб із субклінічним атеросклерозом, вплив лікування. При цьому були використані наступні методи дослідження: детальний збір скарг та анамнезу, ретельне об'єктивне обстеження, лабораторні, біохімічні, інструментальні методи дослідження. Експерти Європейського товариства з гіпертензії та Європейського товариства кардіологів у 2003 р. визначили як оптимальні значення ТКІМ < 0,9 мм; збільшенням вважають ТКІМ від 0,9 мм до 1,3 мм, а критерієм атеросклеротичної бляшки — ТКІМ ≥ 1,3 мм.

Було обстежено 45 осіб молодого віку чоловічої статі із явищами субклінічного атеросклерозу, на початку звернення і після проведеного лікування через 3 місяці. За допомогою кольорового дуплексного сканування (КДС) обстежено ТКІМ внутрішньої правої та лівої сонної артерії (ВСА). До лікування гіполіпідімічними препаратами ТКІМ складала - <0,9 мм, що діагностовано для правої ВСА у 26,7% випадків