

**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 документі «Стратегія ВООЗ в галузі народної медицини 2014-2023 рр.» зазначено, що народна медицина (НМ) - важлива і часто недооцінена частина медичної допомоги, але попит на її послуги постійно зростає. Безпека і ефективність методів НМ підтверджена практикою тисячоліть. Нині більшість країн світу усвідомлюють потребу узгодженого інтегрованого підходу до надання медичної допомоги із застосуванням методів традиційної та народної медицини, що зробить її ефективність безпечнішою, економічнішою і результативнішою. Визначено місце НМ в сучасній системі охорони здоров'я: методи НМ є додатковими, але необхідними. Реалізація «Стратегія ВООЗ в галузі народної медицини 2014-2023 рр.» буде здійснюватися шляхом: 1) створення бази знань і формування національної політики; 2) підвищення безпеки, якості та ефективності методів НМ за допомогою регулювання; 3) сприяння загальному охопленню населення послугами охорони здоров'я шляхом інтеграції НМ і самопомоги в Національну систему охорони здоров'я; 4) заохочення стратегічних наукових розробок в галузі НМ шляхом підтримки клінічних досліджень; 5) пропаганди раціонального використання методів НМ; 6) посередництва в поширенні даних про нові методи НМ та обмін інформацією; 7) формування центрів з підготовки кадрів з НМ.

За зазначених підходів ВООЗ ставить собі за кінцеву мету поширення і ґрунтовне застосування методів НМ для доповнення до місцевої охорони здоров'я, роблячи НМ світовим феноменом. В цьому контексті при аналізі наукових досягнень вчених БДМУ за останні 25 років встановлено, що з 1991 року колективами кафедр пропедевтики внутрішніх хвороб, медичної хімії, фармакології, патофізіології, медичної біології, гігієни та екології (в різні періоди в проблемі апі-фітотерапії працювало до 35 науковців). Здійснені глибокі наукові дослідження з вивчення цілющих властивостей пилку бджолиного (експериментальні, біохімічні, морфологічні дослідження на моделях ерозивно-виразкових уражень системи травлення, токсичному гепатиті, ад'ювантному артриті, остеоартрози, металотоксикантних, радіаційних ураженнях тварин; клінічні дослідження при виразковій хворобі, серцевій недостатності ішемічного генезу, остеоартрози, ревматоїдному артриті, пієлонефриті, післяопераційному періоді тощо). На підставі наших досліджень ПП «Плазіс ЄМ» (м. Запоріжжя) створило біологічно активні комплекси «Апітонік» з отриманням затверджених державою технічних умов виготовлення.

Досліджено нові сторони механізму дії препаратів з лікарських рослин: арніки гірської, родіоли рожевої, чистотілу великого, перстачу прямостоячого, оману великого, ехінацеї пурпурової, фітопрепаратів «А-дістон», «Неокарділ», «Фітоліт», «Уронефрон», «Зінаксин», «Кардіофіт», «Вазавітал», «Кверцетин», «Зобофіт», «Альтай», «Гастритол», «Іберогаст», «Канефрон». Вищенаведені дослідження стали важливими фрагментами трьох докторських та 23 кандидатських дисертацій. Оpubліковано 7 монографій, більше 550 наукових праць, отримано 17 патентів на корисні моделі. З 2004 року при кафедрі пропедевтики внутрішніх хвороб діють курси тематичного вдосконалення «Актуальні питання апі-фітотерапії при внутрішніх захворюваннях», курсантами яких були лікарі різних фахів Чернівецької, Івано-Франківської, Тернопільської та Хмельницької областей. Підтримуються осередки фітотерапевтів в містах Заставна, Путила, Хотин, Новоселиця. Науковці БДМУ плідно співпрацюють з Комітетом з вивчення і впровадження в практику методів народної медицини МОЗ України та її керівником проф. Т.П. Гарник. НДІ фітотерапії Ужгородського національного університету на чолі з проф.О.М. Ганич, регулярно публікуються в журналі «Фітотерапія, Часопис» та інших виданнях. Тільки відомі соціально-економічні негаразди в Україні не дали можливості масштабніше розвинути цей напрямок.

Оцінюючи досягнення вчених БДМУ на теренах фітотерапії контексті «Стратегії ВООЗ в галузі народної медицини 2014-2023 рр.» слід відзначити їх вагомість, багатогранність, колективізм в співпраці в межах БДМУ і наукових установ України, підготовці кадрів, практичну спрямованість, що відповідають основним положенням цього важливого документу. Враховуючи певне випередження діяльності науковців БДМУ до появи зазначеного документу, кадровий потенціал вищу, науково-клінічну базу, багаті природні ресурси Буковини - все це є передумовою продовження такої діяльності та розширення впроваджень в клінічну практику, вихід на співробітництво на міжнародну арену, що підійме авторитет БДМУ та принесе користь в підвищення ефективності медико-санітарної допомоги населенню Буковини та України.

**Волошина Л.О.**

### **ДИНАМІКА ПАРАМЕТРІВ ПРО- І АНТИОКСИДАНТНОЇ СИСТЕМ КРОВІ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ В КОНТЕКСТІ ВІКОВИХ КОМОРБІДНИХ ПРОЦЕСІВ**

*Кафедра внутрішньої медицини  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

За останні десятиліття вивчення особливостей коморбідних процесів при остеоартрози є одним із провідних напрямків наукових досліджень. Остеоартрозу (ОА) притаманні зростаючі з віком коморбідність та поліморбідність.

Метою роботи було дослідити у хворих на ОА особливості порушень цитокінової ланки регуляції в крові та змін параметрів про- і антиоксидантної систем крові в аспекті коморбідності в динаміці лікування стандартними методами.

Дослідження проведені в 96 хворих на ОА в період загострення. Віковий діапазон обстежених 42-74 років, жінок було 82 (85,42%), чоловіків 14 (14,58%). Діагнози ОА та коморбідних процесів встановлені згідно відповідних Наказів МОЗ України та підтверджені профільними фахівцями. У крові вивчали рівні прозапальних цитокінів туморнекротичного фактора-альфа (ТНФ- $\alpha$ ), інтерлейкіну 1 $\beta$  (ІЛ-1 $\beta$ ), протизапального



цитокіну інтерлейкіну-4 (ІЛ-4), трансформуючого фактору росту В (ТФР-В) та маркери запалення в крові: С-реактивний протейн (СРП), ШОЕ та вміст глутатіону відновленого (ГВ) в еритроцитах, малонового альдегіду (МА) в плазмі та еритроцитах, активність глутатіонпероксидази (ГП) та глутатіон-S-трансферази (ГТ). Обстеження проведені при поступленні та на 30-ий день лікування. Контрольна група практично здорових осіб (ПЗО) в кількості 30 була ідентична в гендерному і віковому аспектах.

Встановлено, що з віком у хворих на ОА зростає індекс коморбідності, прогресування коморбідних процесів, кількість та вираженість уражених суглобів, в крові відмічалось підвищення інтенсивності ПОЛ за параметрами МА, порушувалися параметри антиоксидантної системи (ГВ, ГП, ГТ), зростає цитокінового дисбалансу показників ТНФ- $\alpha$  ІЛ-1 $\beta$ , ІЛ-4, ТФР- $\beta$ 1, чіткіше реагували маркери запалення (СРП, ШОЕ), що корелювало з рівнем коморбідності порівняно з аналогічними показниками у ПЗО. У процесі лікування ОА стандартними методами за динамікою більшості показників про-і антиоксидантної систем крові та цитокінового профілю виявлено їх погіршення та залежність від вираженості ОА, коморбідних захворювань, що вказує на роль взаємообтяжуючих спільних патогенетичних ланок та вплив на ефективність лікування.

Таким чином, у хворих на ОА з віком зростають явища системності уражень суглобів, кількість і вираженість коморбідних процесів, що супроводжуються значним порушенням стану про-і антиоксидантної систем та цитокіновим дисбалансом крові, впливаючи на результати ефективності лікування.

**Гайдуков В.А.**

### **ВИКОРИСТАННЯ ГРИДЕЛИ РОЗЧЕПРЕНОЇ (GRINDELA SQUARROSA) У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРОДУОДЕНІТ ЗІ СУПУТНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ**

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

Обстежено 78 хворих. На безмедикаментозному фоні використовували кошики гридели розчепреної (ГР) у вигляді спиртової (70%) настойки (1:5) по 40 крапель на 60 мл теплої дистильованої води. ГР є офіційною рослиною в Великобританії, Франції, Португалії, Іспанії, США, Індії, Бразилії, де її використовують для виготовлення ряду препаратів. Кислотоутворюючу функцію шлунка вивчали методом інтрагастральної мікрозондової рН-мертї, а морфологічні зміни слизової шлунка – за допомогою гастродуоденофіброскопії з прицільною біопсією на рівні тіла і антрального відділу шлунка. Під час фармакологічної проби досліджували латентний період, період наростання дії ГР, період плато, загальну тривалість дії препарату.

Прийом ГР викликав статистично достовірний зсув рН у кислу зону на рівні тіла шлунка при початковій нормаоцидності та помірно зниженій інтенсивності кислотоутворення. Посилення кислотостимулюючого ефекту спостерігали у хворих з помірною селективною гіпоацидністю, менший – з абсолютною і субтотальною. У 82% хворих прийом настойки ГР стимулював шлункове кислотоутворення незалежно від показників базального рН. У 13 пацієнтів не відмічали подібної реакції, що було пов'язано з наявністю атрофічних змін слизової оболонки шлунка і вираженою (гістамінорезистентністю) гіпохлоргідрією.

Отриманні дані вказують на необхідність диференційованого підходу до часу прийому ГР – при гіпоацидності – за 30 хв. до їди, при нормаоцидності – за 10-20 хв. до їди, при гіперацидності – за 5-10 хв. За результатами проведених досліджень можна припустити, що ГР посилює гастринний механізм дії на процес кислотоутворення.

**Гараздук О.І., Гараздук І.В.**

### **СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВИНИКНЕННЯ І ПРОГРЕСУВАННЯ УРАЖЕНЬ НИРОК У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ II ТИПУ**

*Кафедра внутрішньої медицини  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Цукровий діабет (ЦД) – одне з найпоширеніших захворювань людини, яке набуває масштабу "глобальної епідемії". За різними даними ним страждають 180 - 250 млн людей на планеті. Очікується, що в найближчі декілька років число таких пацієнтів в Європі становитиме 32 млн чоловік. За даними 2014 року захворюваність в Україні становила 23-24 випадки на 100 тисяч населення. Раннє виявлення та адекватне лікування цукрового діабету передбачає, в першу чергу, попередження виникнення ускладнень, в тому числі, і діабетичної нефропатії.

Діабетична нефропатія (ДН) - найбільш небезпечне ураженням нирок при цукровому діабеті, і багато в чому визначає прогноз захворювання в цілому. ДН виявляється у 40-45% пацієнтів як з інсулінозалежним, так і з інсулінонезалежним цукровим діабетом. Частота розвитку діабетичної нефропатії у хворих з тривалістю захворювання до 10 років складає близько 5-6%, до 20 років – 20-25%, до 30 років – 35-40%, до 40 років – 45%. Тому останніми роками значну увагу приділяють можливості медикаментозного впливу на сповільнення розвитку ДН.

Проаналізовано основні фактори виникнення і прогресування уражень нирок у хворих на цукровий діабет. Визначено ключові гени, варіабельність яких може фактором виникнення і прогресування ДН. Приділено увагу основним фактором прогресування уражень нирок: гіперфільтрації, гіпертензії, дисліпідемії,



гіперактивності симпатичної нервової системи, гіперглікемії, гіперурикемії тощо. Наведено сучасні підходи до діагностики, профілактики та лікування уражень нирок у хворих на ЦД типу 2.

**Гінгуляк О.М., Гулага О.І.**

### **НЕЙРОГУМОРАЛЬНИЙ ВПЛИВ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА – ПАТОГЕНЕТИЧНІ ВЗАЄМОДІЇ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ**

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

З метою визначення впливу артеріальної гіпертензії (АГ) на стан нейрогуморальної активності у хворих на гострий Q-інфаркт міокарда (Q-ІМ) обстежено піддано 78 хворих на Q-ІМ в розподілі коливань артеріального тиску (АТ)  $\leq 140/90$  мм рт.ст., групи без ознак АГ і з визначеним діагнозом АГ по рівню систолічного АТ розрізнялись достовірно ( $117,6 \pm 2,7$  і  $156,2 \pm 2,7$  мм рт.ст.,  $p < 0,001$ ). У всіх хворих імуноферментним шляхом оцінено вміст рівнів альдостерону (Альдо), натрійуретичного пептиду (НУП), ангіотензин-перетворюючого фактору (АПФ), вазопресину (Вп) та фактору Віллебранда (ФВб) – вихідних і за лікування (антикоагулянти, дезагреганти, нітрати пролонгованої дії,  $\beta$ -адреноблокатори, інгібітори ангіотензин-перетворювального ферменту, статини і один з антагоністів альдостерону (спіронолактон або еплеренон)). Для перевірки гіпотези про рівність середніх використовували критерій Стьюдента–Фішера для нормально розподілених виборок і критерій Уїлкоксона та Уїлкоксона–Манна–Уїтні для виборок, розподіл яких відрізнявся від нормального.

Власні результати свідчили про переважання вмісту альдостерону в 1,6 рази контрольного показника, складаючи  $240,58$  пмоль/л ( $p < 0,001$ ), при цьому вихідний рівень Альдо на  $12,7\%$  ( $p < 0,05$ ) був більшим в зіставленні групи з АГ проти групи з нормальним АТ, що зберігалось і за лікування ( $10,6\%$ ,  $p < 0,05$ ) а гіперпродукція альдостерону є відображенням надмірної активації ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС). Визначено збільшення рівнів АПФ ( $70,9$  мкмоль/хв/л) в 1,4 рази проти контрольної групи ( $p < 0,01$ ), аналіз якого залежно АГ свідчив про відсутність достовірних змін показника на виході за АГ проти відсутньої АГ ( $1,4\%$  переважання,  $p > 0,5$ ), при тенденції до переважання цього показника за лікування ( $-6,2\%$ ,  $p > 0,5$ ), а отже такий зв'язок може пояснюватися патогенною дією АПФ при Q-ІМ з/без АГ за перетворення ангіотензину I в ангіотензин II і активації скорочення гладеньком'язових клітин. Фізіологічним антагоністом активації РААС є ПНУП, концентрація якого ( $57,9$  пг/мл,  $p < 0,001$ ) в 2 рази перевищувала показник контрольної групи, а залежно наявності/відсутності АГ зареєстроване вихідне зменшення показника за АГ (на  $11,6\%$ ,  $p < 0,05$ ), що має протилежне спрямування на лікуванні ( $+17,5$ ,  $p < 0,05$ ), що є проявом активації ендокринної функції серця у відповідь на розширення передсердь через зростання об'єму циркулюючої крові. Вміст ФВб у плазмі крові склала в 2,2 рази вищий за контрольні показники ( $1,17$  мг/л,  $p < 0,001$ ), є доказом надмірної активації у обстежених пацієнтів коагуляційного потенціалу через виражену ендотеліальну дисфункцію, однак при наявності/відсутності АГ його коливання склали в межах  $\pm 5\%$  і були недостовірні в обох групах. Дослідження вазоконстрикторного нейропептиду Вп посідає важливе місце у розвитку серцевої недостатності, який складає  $2,12$  пг/мл, відповідаючи нормативному показнику ( $2$  пг/мл), однак суттєво переважаючи за приєднання АГ ( $28,2\%$ ,  $p < 0,002$ ) з протилежними змінами за лікування при вираженому зменшенні показника за лікування якраз в групі з АГ в зіставленні з групою без АГ ( $-36,7\%$ ,  $p < 0,002$ ).

Отже, у обстежених хворих на Q-ІМ з АГ спостерігається активація РААС, що проявляється у надмірному зростанні концентрації альдостерону та АПФ; стимуляція ендокринної функції серця, залежно змін ПНУП та проявів ендотеліальної дисфункції, вазоспазму та гіперкоагуляції, відображенням чого є зростання концентрації Вп і ФВб.

**Глубоченко О.В.**

### **МОЖЛИВОСТІ ПІДХОДІВ ДО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ІЗ КОМОРБІДНОЮ КАРДІОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Захворювання суглобів займають одне з перших місць серед причин непрацездатності і суттєвого зниження якості життя пацієнтів. Серед них провідне місце займає остеоартроз, який складає біля  $60\%$  дегенеративних захворювань кістково-м'язової системи і має чітку вік-асоційовану розповсюдженість. За статистичними даними в Україні зареєстровано біля 1 млн 250 тисяч випадків остеоартрозу і більше половини з них це пацієнти у віці старше 60 років. Згідно багаточисленних досліджень, остеоартроз часто сполучається із захворюваннями серцево-судинної системи, зокрема ішемічною хворобою серця, артеріальною гіпертензією, серцевою недостатністю. Це обумовлено як загальними патогенетичними механізмами розвитку виникнення запального процесу в перихондральних тканинах та в ендотеліальній оболонці судин (так звана «цитокінова» модель патогенезу хронічної серцевої недостатності), так і обмеженням фізичної активності, що обтяжує перебіг даної групи захворювань.

Метою дослідження стало вивчення терапевтичної ефективності фітопрепарату «Картіліум», у склад якого входять стандартизований екстракт кореня рослини Мартінії запашної (*Harpagophytum procumbens*), а



також метилсульфонілметан (органічна сполука, яка відіграє важливу роль у процесах відновлення пошкоджених тканин суглобів). Згідно експериментальних досліджень екстракт Мартінії запашної пригнічує утворення і вивільнення з макрофагів прозапальних цитокінів IL-1 $\beta$ , IL-6 і TNF- $\alpha$ , матричних металлопротеїназ, інгібує експресію циклооксигенази 2-го типу (COX-2) і індукційної NO-синтази (iNOS) в фібробластах за допомогою зменшення активації ядерного фактора каппа-B (NF- $\kappa$ B), гальмує розвиток перекисного окислення ліпідів, що призводить до пригнічення запальної реакції, підтримання цілісності хряща (хондропротекції) і розвитку знеболюючого ефекту. Екстракт із кореня рослини містить іридоїдні глікозиди, в тому числі гарпагозид, гарпагід і прокумбін, які зумовлюють не тільки протизапальну, знеболювальну, антиоксидантну дію, але і антимікробну, седативну, діуретичну дію, знижує рівень холестерину в крові, виявляє гіпотензивний, кардіотонічний та аритмогенний ефекти.

«Картіліум» призначали 15 хворим на первинний остеоартроз, вік яких склав від 46 до 73 років, а тривалість хвороби - від 4 до 18 років. Серед пацієнтів переважали хворі з ураженням колінних суглобів - 3 хворих, з поєднаним ураженням колінних і кульшових суглобів - 4 хворих, із поліостеоартрозом - 8 пацієнтів. З коморбідних серцево-судинних захворювань у хворих були діагностовані: ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія I-II ступеня, хронічна серцева недостатність, екстрасистолічні аритмії. Базисна терапія та лікування супутньої патології пацієнтів були призначені згідно з клінічними протоколами МОЗ України. У хворих основної групи додатково призначали препарат «Картіліум» по 1 таблетці 3 рази на добу за 30хв до їжі 14 днів стаціонарного лікування з продовженням прийому на амбулаторному етапі до 2 місяців. Результати лікування співставленні з аналогічними у 10 осіб контрольної групи, репрезентативних за нозологією, давністю захворювання, у віко-статевому відношенні, коморбідним станом, із аналогічною схемою лікування. Ефективність застосування препаратів оцінювалась по стандартним клінічним критеріям: рівень болі в спокої, при рухах і в нічні години (мм за візуальною аналоговою шкалою - ВАШ); біль в проекції уражених суглобів при пальпації (індекс Річчі); об'єм рухів у суглобах; ознаки синовіту (в балах); тривалість вранішньої скутості. Для оцінки ступеня вираженості запального процесу використовували лабораторні показники: рівень швидкості зсідання еритроцитів, рівень лейкоцитів, лейкоцитарну формулу, С-реактивний білок, рівень серомукоїду.

У результаті проведеного лікування на стаціонарному етапі у всіх хворих спостерігалась позитивна динаміка клінічних симптомів, кращий терапевтичний ефект був у хворих основної групи. При аналізі параметру «біль в уражених суглобах при пальпації» (індекс Річчі) в основній групі відсоткове зменшення склало  $58,5\%$  порівняно із контролем  $50,4\%$ . У всіх хворих основної групи відзначалось більш швидка ліквідація ранкової скутості, більш виражена динаміка покращення патологічних змін лабораторних показників (швидкості зсідання еритроцитів, лейкоцитозу, рівня С-реактивного білка, серомукоїду, фібриногену, тощо). Застосування рослинного препарату дозволило у 13 хворих основної групи знизити середньодобову дозу нестероїдних протизапальних препаратів порівняно із контролем. Результати клінічного спостереження свідчать, що в пацієнтів основної групи суттєво зменшувались прояви супутньої кардіоваскулярної патології: болі в серці, заднішк, набряки на ногах, головний біль. У хворих основної групи спостерігалась більш раннє зменшення проявів артеріальної гіпертензії. Крім того властивість *Harpagophytum procumbens* знижувати рівень підвищеного холестерину мало позитивний ефект у хворих на остеоартроз із супутньою ішемічною хворобою серця.

Продовження застосування препарату на амбулаторному етапі до двох місяців сприяло подальшому закріпленню лікувального ефекту, дозволило подовжити тривалість ремісії, зменшило частоту повторних госпіталізацій, покращило загальні результати лікування. У контрольній групі спостерігалась менш виражена позитивна динаміка клінічно-лабораторних показників.

Таким чином, застосування фітопрепарату «Картіліум» в комбінації з основною терапією дозволило покращити клінічну ефективність лікування у хворих на остеоартроз в умовах коморбідності, позитивно вплинуло ближні і віддалені результати лікування.

**Гончарюк Д.О., Федів О.І.**

### **ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ЗА КОМОРБІДНОСТІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ: СУЧАСНІ ТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ**

*Кафедра внутрішньої медицини*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Поєднання ХП із ішемічною хворобою серця (ІХС) призводить до ряду структурних і метаболічних змін, а через спільність патогенетичних механізмів впливає на перебіг обох захворювань, зумовлює необхідність розробки системного підходу до вивчення метаболічних змін у цієї групи пацієнтів [Н.Б. Губергриц, Т.Н. Христич, 2000]. Втім, недостатньо досліджені механізми виникнення та прогресування ХП при супутній хронічній серцевій недостатності (ХСН), що негативно впливає як на діагностичну, так і на терапевтичну тактику [О.І. Федів, 2011]. ХСН є однією з невіршених проблем сучасної кардіології. Середній показник поширеності ХСН в популяції коливається від 1 до 5% та збільшується пропорційно віку, подвоюючись з кожним десятиліттям життя [В.З. Нетяженко, 2011; В.М. Коваленко, 2013]. Через те, що у частки хворих на ранніх етапах захворювання відсутні клінічні прояви хвороби (або клінічні прояви часто маскуються іншою сукупною патологією), істинна розповсюдженість залишається невідомою.

Метою роботи було підвищити ефективності лікування хронічного панкреатиту у хворих за