

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



МАТЕРІАЛИ

96 – І

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

16, 18, 23 лютого 2015 року

Чернівці – 2015

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. Іващук 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.

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



СВД за ГіперТТ та КН, а також формування значної інтенсивності нітрозитивного стресу у пацієнтів з поєднаним перебіgom ХНХ та СВД ГіпоТТ, які складають переважну більшість.

Бачук-Понич Н.В.

ФІТОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕНКАЦІЯ ГІПЕРТОНІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Хронічна серцева недостатність (ХСН) залишається однією з ключових проблем сучасної кардіології. Поширеність ХСН у загальній популяції становить 2–10%.

Метою дослідження було вивчення клінічної ефективності кардіоліну та вазавіталу, а також вплив цих препаратів на добовий профіль АТ, ішемію міокарда лівого шлуночка у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), ускладнену ХСН І–ІІ А стадії, ІІ–ІІІ ФК. Без належного контролю за добовим рівнем АТ, ЕКГ безпечно використання необхідних пацієнту лікарських засобів має певні труднощі, особливо при застосуванні гемодинамічно значимих лікарських препаратів, які, згідно останніх рекомендацій, застосовують для лікування хронічної серцевої недостатності (ХСН) (інгібітори АПФ, β-адреноблокатори), оскільки існує ризик розвитку небезпечної гіпотензії на фоні ішемічних змін міокарда. Нами обстежено 100 пацієнтів із ХСН віком від 45 до 70 років ($58,34 \pm 9,52$), із середньою тривалістю захворювання $12,4 \pm 5,6$ роки. Серед обстежених у 54 хворих встановлено ХСН ІІ ФК, у 46 – ХСН ІІІ ФК. Пацієнтам групи порівняння (40 осіб) призначали лише препарати базис–лікувального комплексу (іАПФ, β-адреноблокатор, діуретик, нітропрепарат). Хворі основної групи були розподілені на дві підгрупи: перша (32 пацієнтів) отримувала окрім препаратів базисного комплексу вазавітал (підгрупа А) по одній капсулі тричі на добу, до базисного лікування другої основної підгрупи (28 пацієнтів) було включено кардіолін (підгрупа Б) в дозі 30 крапель тричі на добу впродовж 14–16 днів і продовжували прийом препаратів на амбулаторно-поліклінічному етапі. Добове моніторування АТ та ЕКГ проводили впродовж 24 годин за допомогою портативного комплексу „SolvaiG“ (Угорщина). Обстеження проводились в перші дві доби на безмедикаментозному фоні та через 14–16 днів після проведеного курсу лікування.

Результати клінічного спостереження свідчать, що в пацієнтів підгрупи А основної групи суттєво зменшувались задишка, набряки на ногах в порівнянні з підгрупою Б, що може свідчити про більш характерні кардіотонічні властивості кардіоліну. Водночас, при застосуванні вазавіталу поряд із зменшенням болю в серці, серцебиття, задишки мало місце суттєве зменшення проявів цереброваскулярних порушень (зменшення головного болю, запаморочення, шуму у вухах), особливо у старших вікових груп. Достовірно ($p < 0,05$) відмінності щодо більш раннього зменшення проявів артеріальної гіпертензії вдалося досягти у пацієнтів підгрупи А, які отримували на фоні препаратів базового комплексу вазавітал. Після проведеної терапії відбулося зниження середньодобового систолічного АТ у хворих групи порівняння на 4,49%, підгрупи А на 5,66%, підгрупи Б – на 5,52%. Достовірне зниження середньодобового діастолічного АТ було досягнуто в пацієнтів підгрупи А, які додатково до комплексного лікування отримували вазавітал. Такий вплив вазавіталу проявляє, ймовірно, завдяки вмісту в ньому екстракту гінкго білоба і зокрема, його складових флавоноїдів (кверцетин, ізоқверцетин, рутин, тритерпенові сполуки, гінкголіди А, В, С, J та білобалід). Саме вони визначають спазмолітичні, капілярозміщуючі, протизапальні, вазопротекторні та мембрanoстабілізуючі властивості вазавіталу. До складу кардіоліну входить екстракт арнікі гірської, який містить у великій кількості флавоноїди та арніцин, що також володіють вазодилатуючими, кардіотонічними властивостями.

Отже, вазавітал та кардіолін як ад’ювантні засоби позитивно впливають на динаміку клінічної симптоматики хворих із ХСН ішемічного генезу, значно покращують якісні показники життя. Використання вазавіталу у складі комбінованої терапії в обраного контингенту хворих спричиняє більш швидкий антигіпертензивний ефект у порівнянні з кардіоліном, що запобігає збільшенню дози гемодинамічно значимих препаратів.

Безрук Т.О.*, Безрук В.В., Бліндер О.В.*****

СУЧАСНА АНТИБІОТИКОРЕЗІСТЕНТНІСТЬ ЗБУДНИКІВ ІНФЕКЦІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ

*Кафедра внутрішньої медицини**

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини***

Буковинський державний медичний університет

Державне підприємство «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І.Медведя МОЗ України»,

відділ медико-екологічних проблем, м. Чернівці***

Інфекційно-запальні захворювання сечової системи (ІЗСС) – група гетерогенних захворювань, що займає чильне місце серед інфекційної патології серед дітей та дорослих на всіх рівнях надання медичної допомоги.

З метою встановлення спектру чутливості до антибактеріальних препаратів (антибіотиків) серед основних груп збудників ІЗСС у населення Чернівецької області та виявлення їх регіональних особливостей проведено бактеріологічне дослідження 2828 зразків сечі пацієнтів лікувальних закладів Чернівецької області.

Антибіотикочутливість штамів бактерій визначали диско-дифузійним методом згідно MB 9.9.5-143-207 «Визначення чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів»; набір дисков включав 24 антибактеріальних препарати (ампіцилін, карбенцилін, амоксиклав, іміпенем, цефалексин, цефазолін, цефроксим, цефотаксим, цефтазідім, цефоперазон, цефтриаксон, цефепін, цефокситін, гентаміцин, амікацин, офлоксацин, ципрофлоксацин, пефлоксацин, левофлоксацин, тетрациклін, доксициклін, канаміцин, левоміцетин, фосфоміцин).

За результатами нашого дослідження та беручи до уваги неефективність використання антибактеріального препарату для емпіричної терапії ІЗСС у разі, якщо відсоток резистентних штамів до цього збудника перевищує в популяції рівень 10–20% [S. Tekgul et al., 2012], застосування пеніцилінів, цефалоспоринів першого-другого поколінь, тетрациклінів, канаміцину та левоміцетину в якості «стартової терапії» у хворих із ІЗСС у Чернівецькій області без обов’язкового проведення бактеріологічного дослідження сечі з визначенням антибіотикочутливості штамів збудників ІЗСС є не доцільним і не обґрунтованим.

Березова М.С., Зуб Л.О.

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ДІАБЕТИЧНОЮ НЕФРОПАТІЄЮ ТА СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ: ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ

Кафедра внутрішньої медицини

Буковинський державний медичний університет

Останнім часом велика увага приділяється питанню вивчення факторів патогенезу та прогресування ДН. На сьогодні близько 80% пацієнтів з ЦД 2 типу характеризуються надлишковою масою тіла або ожирінням. Ушкодження нирок, яке виникає при ЦД, неспинно прогресує та врешті призводить до розвитку хронічної ниркової недостатності.

Мета дослідження – визначити ефективність впливу статинів на рівень ТФР-β1 та β₂-мікроглобуліну крові та сечі тапоказники ліпідного спектру крові у хворих на діабетичну нефропатію з супутнім ожирінням.

Під спостереженням перебувало 121 хворий на ЦД 2-го типу віком від 40 до 65 років із тривалістю захворювання 10–15 років. Всіх пацієнтів розподілено на чотири групи: до 1 групи увійшли хворі на ДН III ст. з ожирінням 1 ст. (32 чоловік), до 2 групи – хворі на ДН III ст. з ожирінням 2 ст. (29 чоловік), 3 групу склали 35 пацієнтів з ДН IV ст. з ожирінням 1 ст., а до 4 групи увійшло 25 пацієнтів з ДН IV ст. та ожирінням 2 ст. Групу контролю склали 23 практично здорових осіб.

Аналіз клінічно-лабораторних показників обстежених пацієнтів показав порушення ліпідного обміну сироватки крові у вигляді вірогідного збільшення рівнів ЗХС, ТГ і ХС ЛПВЩ порівняно з показниками у практично здорових осіб ($p < 0,05$), а також підвищення рівня ТФР-β1 у крові хворих на діабетичну нефропатію порівняно з показниками у практично здорових осіб ($p < 0,05$). Також, було виявлено підвищення вмісту β₂-мікроглобуліну крові та сечі у пацієнтів з діабетичною нефропатією, при чому більшою мірою у хворих на діабетичну нефропатію IV стадії ($p < 0,05$).

При аналізі показників рівнів між ТФР-β1, β₂-мікроглобуліну крові та сечі у пацієнтів з ДН III та IV ст. нами були досліджені наявні кореляційні зв’язки – між рівнями ТФР-β1 та β₂-мікроглобуліну крові існували сильний прямий кореляційний зв’язок ($r=0,67$).

Після лікування було виявлено вірогідне зниження досліджуваних показників в крові та сечі хворих з ДН III ст. групи, у пацієнтів з ДН IV ст. зміни були менш вагомими.

У хворих на діабетичну нефропатію спостерігається значне підвищення вмісту ТФР-β1 у кровіта β₂-мікроглобуліну крові та сечі. Виявлено сильні прямі кореляційні зв’язки між сироватковими рівнями ТФР-β1 та β₂m, ТФР-β1 крові та β₂m сечі та β₂m крові та сечі. В результаті тримісячної терапії аторвастатином виявлено вагоме зниження вмісту – β1 у кровіта β₂-мікроглобуліну крові та сечі.

Білецький С.В., Петринич О.А., Казанцева Т.В., Бойко В.В.

ВЗАЄМОЗВ’ЯЗОК ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ З УРАЖЕННЯМ НИРОК У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ В ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2

Кафедра сімейної медицини

Буковинський державний медичний університет

Метою дослідження було вивчити показники ліпідного обміну та клубочкової фільтрації у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) II стадії у поєднанні з цукровим діабетом 2-го типу (ЦД-2).

Обстежено 100 хворих на ГХ II стадії 1-3 ступенів, у т.ч. 60 хворих на ЦД-2 середньої тяжкості. Хворі на ГХ сформували I групу, до II групи увійшли хворі на ГХ в поєднанні з ЦД-2. У дослідження не включали хворих на хронічні захворювання нирок. Групу контролю склали 24 практично здорові особи, репрезентативні за віком і статтю. Стан ліпідного обміну вивчали шляхом визначення рівнів загального холестеролу (ЗХС), холестеролу ліпопротеїнів високої та низької щільності (ХС ЛПВЩ, ХС ЛПНЩ), триацилгліцеролів (ТГ) за стандартними методиками. Вміст креатиніну у плазмі крові визначали кінетичним методом за реакцією Яффе. Швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) вираховували за формулою Cockcroft-Gault. Статистичну обробку результатів дослідження проводили шляхом визначення середніх арифметичних величин (M) та стандартної похибки (m), t-критерію Стьюдента, коефіцієнта рангової кореляції Спірмена – r.

У хворих на ГХ II стадії (I група) та в поєднанні з ЦД-2 типу (II група) встановлено вірогідне підвищення порівняно з контролем рівнів ЗХС, ТГ, ХС ЛПНЩ. У пацієнтів II групи рівні ЗХС, ТГ, ХС ЛПНЩ



були вірогідно вищими, ніж у хворих I групи. Концентрація ХС ЛПВЩ у хворих I та II груп спостерігалася вірогідно нижчою від показника контрольної групи, а у пацієнтів II групи – нижче показника I групи.

Виявлено тенденцію до збільшення ШКФ у хворих на ГХ II стадії (стан відносної «гіперфільтрації» нефронів) у порівнянні з групою контролю ($120,3 \pm 5,89$ мл/хв. та $112,8 \pm 5,8$ мл/хв. відповідно). ШКФ у хворих на ГХ II стадії з ЦД-2 (II група) була вірогідно нижчою порівняно з хворими I групи ($102,2 \pm 4,15$ мл/хв. та $120,3 \pm 5,89$ мл/хв. відповідно), проте не різнилася вірогідно з контрольною групою. Встановлено вірогідну обернену взаємозалежність між показником ШКФ та вмістом ЗХС ($r=-0,37$, $p<0,004$).

Виявлена залежність між вмістом ЗХС, ТГ та ШКФ дає підставу розглядати порушення ліпідного обміну у хворих на ГХ II у поєднанні з ЦД-2 в якості фактору ризику розвитку ураження нирок. Зниження ШКФ при поєднаному перебігу ГХ II стадії й ЦД 2-го типу може свідчити про розвиток нефропатії змішаного генезу.

Бобкович К. О.

НОВІ СТОРОНИ МЕХАНІЗМУ ДІЇ ПРЕПАРАТУ КАРДІОФІТ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ ЗІ СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ НЕКАМЕНЕВИМ ХОЛЕЦІСТИТОМ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Буковинський державний медичний університет

Патологія гепатобіліарної системи, у тому числі хронічний некаменевий холецистит (ХНК), у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) за даними різних дослідників зустрічається в 7,5-14% випадків. Найбільш гостро проблеми мікст-патології постають в осіб старших вікових груп. Це обумовлює актуальність даного питання в кардіології, гастроenterології, геронтології та терапії в цілому. Ад'ювантне призначення у пацієнтів із поєднаною патологією серцево-судинної та травної систем комбінованих фітопрепаратів, які володіють широким м'яким спектром терапевтичних властивостей та не проявляють небажаних побічних ефектів, могло б позитивно вплинути на клінічні прояви супутнього захворювання та зменшити загрозу поліпрагмазії.

Мета дослідження – підвищити ефективність комплексного лікування хворих із хронічною серцевою недостатністю (ХСН) ішемічного генезу та супутнім ХНХ у стадії нестійкої ремісії шляхом додаткового застосування комбінованого препарату рослинного походження кардіофіт.

Обстежено 65 хворих на ІХС, ускладнену ХСН II–III функціонального класу (ФК), віком від 45 до 72 років, з них – у 63 (53,84%) виявлено ХНХ в стадії нестійкої ремісії. Пацієнти контрольної групи (25 осіб) отримували стандартний лікувальний комплекс (бета-блокатор, інгібітор ангіотензинпреретворювального ферменту, нітропрепарат), хворі основної групи (40 осіб) – додатково препарат кардіофіт (НПФ «Ейм ЛТД», Україна) в дозуванні 5 мл тричі на добу за 15 хвилин до їжі впродовж одного місяця. Кардіофіт – це 40% спиртова настоянка, що містить такі складники, як конвалія травнева, квітки глоду, горицвіт весняний, омела біла, валеріана лікарська, буркун, каштан кінський, м'ята перцева, кропива дводомна, бузина чорна, кропива собача, солодець голий, чебрець, аморфа чагарникова. Ад'ювантне призначення кардіофіту в пацієнтів основної групи призвело до більш суттєвого зменшення скарг на біль в ділянці серця, задишку, серцепіття, підвищену втомлюваність, загальну слабкість, особливо за умови ізольованої патології серцево-судинної системи. При цьому зазначеного клінічного ефекту вдалося досягти на 2-3 дні раніше у порівнянні з контрольною групою осіб. Водночас у хворих із додатковим призначенням досліджуваного засобу на кінець курсового прийому регресував бульовий синдром, відчуття тяжкості в правому підребер'ї, диспесичний синдром (сухість, гіркота в роті, здуття живота). Стандартна терапія ХСН ішемічного генезу не проявляла позитивного ефекту на симптомокомплекс ХНХ, а при застосуванні β-блокаторів та нітратів ознаки гіпокінетично-гіпотонічної дискинезії жовчовивідних шляхів навіть поглиблювалися. За даними ультрасонографічного дослідження після чотирьохтижневого використання кардіофіту зменшилися ознаки запалення стінки жовчного міхура, його розміри, явища сладж-феномену. Даний клінічний ефект зумовлений, ймовірно, впливом складових препарату зі жовчогінним ефектом (бузина чорна, валеріана, глід, конвалія травнева, кропива, дводомна, м'ята перцева, кропива собача, чебрець). Кардіофіт проявляє антиоксидантні властивості у пацієнтів на ХСН ішемічного генезу із супутнім ХНХ. Зокрема, в основній групі пацієнтів достовірно знижувалися показники рівня малонового альдегіду, окиснювальної модифікації білків. Паралельно нормалізувалися показники рівня глутатіону відновленого, каталази, церулоплазміну. Антиоксидантні властивості досліджуваного засобу зумовлені флавоноїдами (кверцетин, лютеолін, вітексин, гіперозид), а також вітамінами С та Е.

Додаткове призначення препарату кардіофіту в комплексній терапії пацієнтів із ХСН ішемічного генезу та супутнім ХНХ сприяє прискореному регресу клінічних проявів основного захворювання та корегує розлади гепатобіліарної системи внаслідок протизапальних, спазмолітичних та жовчогінних властивостей препарату, призводить до нормалізації процесів пероксидного окиснення ліпідів та антиоксидантного захисту.

Васюк В.Л.

ЗАСТОСУВАННЯ КИЗИЛУ ПРИ ЛІКУВАННІ КОМОРБІДНИХ СТАНІВ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Буковинський державний медичний університет

За останні десятиліття серед найбільш актуальних проблем медицини виділяється проблема дослідження патогенетично залежної коморбідності захворювань.

За даними експертів ВООЗ по 2-4 захворювання констатується у віці до 40 років, 5-7 – до 60 років та 8-10 і більше – після 70 років. Ці явища значно ускладнюють клініко-патогенетичне розуміння клінічної ситуації, тактики лікування, спонукають до вимушеної поліпрагмазії та зростання частоти побічних дій і ускладень від медикаментозної терапії, особливо у пацієнтів старших вікових груп. За таких умов зростає роль лікарських рослин, які володіють багатогранним спектром корегуючих властивостей на організм, зокрема, одними із них є рослини роду Кизил. До роду кизилів належить близько 50 видів рослин, серед яких найбільше вивчено хімічний склад кизилу звичайного, інші види досліджені менше.

Кизил звичайний (*Corylus mas*, дерен, «шайтанова ягода») та **Кизил лікарський** (*Corylus officinale Siebold et Zucc*) – це в більшості випадків чагарник висотою 5-7 метрів, іноді невелике деревце родини деренових. На теперішній час він поширений у європейських країнах: у Франції, Італії, Польщі, Болгарії. У Дикому вигляді кизил росте в Криму, Молдавії, на Кавказі, в Китаї, Японії, Середній Азії. В Україні він росте переважно у південно-західній частині Правобережжя, Карпатах, Закарпатті, Криму в підліску дубових і грабових лісів, чагарниках, на узліссях і схилах, берегах річок, часом утворює суцільні зарості, живе до 250-300 років.

Фармакологічні властивості і використання. Речовини кизилу звичайного зумовлюють відповідні фармакологічні властивості: флавоноїди спричиняють мембраностабілізуючі, антиоксидантні ефекти. Завдяки дубильним речовинам кизил володіє в'яжучими та спазмолітичними ефектами. Дія дубильних речовин зумовлює зменшення запалення в слизовій оболонці, викликає діяку знеболючу дію і сприяє зупинці кровотечі.

У народній медицині плоди кизилу використовують як в'яжучий, бактерицидний засіб, при запальних процесах шлунково-кишкового тракту, дизентерії, а також як тонізуючий і протигарячковий засіб зовнішньо – при запальних процесах шкіри та слизових оболонок, при фурункульозі. Відвід із плодів та кори кизилу підвищує апетит, має жовчогінний, тонізуючий ефект. Плоди кизилу корисні для хворих на цукровий діабет або особам, схильним до діабету, оскільки чинники плодів мають здатність знижувати рівень глюкози в крові. Дані експериментальних досліджень свідчать про виражені гіпоглікемічні властивості 50% водно-спиртового екстракту листя кизилу, за спектром гіпоглікемічної активності екстракт листя кизилу перевищує дію метформіну. Крім того, виявлено здатність плодів і листя кизилу посилювати ферментативну активність підшлункової залози і таким чином покращувати процеси травлення. Завдяки протизапальним та сечогінним властивостям кизил використовують при лікуванні запальних процесів сечовивідних шляхів. Встановлено, що біологічно активні речовини кизилу нормалізують артеріальний тиск, сприяють укріпленню стінок судин, зокрема капілярного русла, що зумовлює його застосування при венозній недостатності, набряках ніг. У зв'язку з великою кількістю вітаміну С у плодах кизил використовують для профілактики цинги.

Лікарські форми і застосування. На сьогоднішній час із ягід кизилу готують пасту, желе для харчування космонавтів та моряків. Кизил входить до складу біодобавки «Стевія» (Україна), що являє собою замінник цукру і використовується при цукровому діабеті, ожирінні. Настій плодів (5–10 г сухих плодів на склянку окропу) п'ють як чай при проносах і схильності до шлункових кровотеч. Настій з квітів та листя кизилу фітотерапевти рекомендують як жарознижуючий та бактерицидний засіб при простудних захворюваннях, туберкульозі легень. Плоди кизилу сушать, маринують, переробляють на варення, повидло, пасті, соки. У клінічних дослідженнях встановлено, що кизил має антитоксичні ефекти, може використовуватись як профілактичний засіб при небезпеці отруєння свинцем, ртутью, оскільки пектини, що містяться в його плодах, зв'язують шкідливі сполуки і сприяють їх виведенню з організму людини. Кизилові кісточки в народній медицині вважають засобом при лікуванні геморою.

Отже, кизил звичайний та кизил лікарський давно відомі в народній медицині як лікарські рослини, до яких в останні десятиліття приугта підвищена увага науковців різних медичних фахів щодо поглиблених вивчення механізму оздоровчих властивостей та розширення спектру застосування в медицині.

Використання засобів із рослин роду Кизилові (кизил звичайний та кизил лікарський) в теперішніх умовах з огляду на стан захворюваності населення, поліморбідність та коморбідність у більшості пацієнтів може відігравати важливу роль у первинній і вторинній профілактиці широкого кола захворювань. Доцільно інтенсивніше інформувати лікарів первинної ланки медичної допомоги та широкий загал населення щодо цілющих властивостей засобів із кизилу та використання їх у харчовому раціоні з лікувально-профілактичною метою. Перспективу подальших досліджень вбачаємо в поглибленному дослідженні оздоровчих властивостей із кизилу в комплексному лікуванні найбільш поширених недуг.

Волошин О.І., Бойчук Т.М.*, Волошина Л.О.** ОЗДОРОВЧЕ ХАРЧУВАННЯ В ХХІ СТОЛІТТІ: НОВА СТРАТЕГІЯ ВООЗ ТА МОЖЛИВОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Кафедра гістології, цитології та ембріології*
Кафедра внутрішньої медицини**
Буковинський державний медичний університет

Досягнення сучасної світової медицини в діагностичному і лікувальному аспектах є вражаючими. Величезними інтелектуальними та економічними зусиллями в розвинутих країнах досягнуто подовження загальної тривалості життя за 80 років. Є докази в галузі медичної генетики про можливість досягти значно