

**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 року

Чернівці – 2015

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї 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 – ї 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 Тащук 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



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±5,89 мл/хв. та 112,8±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±4,15 мл/хв. та 120,3±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 ХОЛЕЦИСТИТОМ

*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, гастроентерології, 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 ангіотензинперетворювального 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, горлиця 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, серцебиття, підвищену втомлюваність, загальну слабкість, особливо за умови ізолюваної 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 больовий синдром, відчуття тяжкості в правому підбер'ї, диспелічний 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 дискінезії жовчовивідних шляхів навіть поглиблювалися. За даними ультрасонографічного дослідження після чотирьохтижневого використання кардіофіту зменшились ознаки запалення стінки жовчного міхура, його розміри, явища сладж-феномену. Даний клінічний ефект зумовлений, ймовірно, впливом складових препаратів зі жовчогінним ефектом (бузина чорна, валеріана, глід, конвалія травнева, кропива, дводомна, м'ята перцева, кропива собача, чебрець). Кардіофіт проявляв 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, лютеоліни, вітексин, гіперозид), а також вітаміни 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 ускладнень від медикаментозної терапії, особливо у пацієнтів старших вікових груп. За таких умов зростає роль лікарських рослин, які володіють багатограним 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 (*Cornus mas*, дерен, «шайтанова ягода») та **Кизил лікарський** (*Cornus officinale* Siebold et Zucc) – це в більшості випадків чагарник висотою 5-7 метрів, іноді невелике дерево 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'язучими та спазмолітичними ефектами. Дія дубильних речовин зумовлює зменшення запалення в слизовій оболонці, викликає деяку знеболюючу дію і сприяє зупинці кровотечі.

У народній медицині плоди кизилу використовують як в'язучий, 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. Відвар 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 перевищував 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 заміник 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, пасти, соки. У клінічних дослідженнях встановлено, що кизил має антиоксидантні ефекти, може використовуватись як профілактичний засіб при небезпечі отруєння свинцем, ртуттю, оскільки пектини, що містяться в його плодах, зв'язують шкідливі сполуки і сприяють їх виведенню з організму людини. Кизилкові 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 прикута підвищена увага науковців різних медичних фахів щодо поглибленого вивчення механізму оздоровчих властивостей та розширення спектру застосування в медицині.

Використання засобів із рослин роду Кизиліві (кизил звичайний та кизил лікарський) в теперішніх умовах з огляду на стан захворюваності населення, поліморбідність та коморбідність у більшості пацієнтів може відігравати важливу хоч і допоміжну 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 поглибленому 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



вищих параметрів життя. Але хворих людей навіть в розвинутих країнах не стає менше, а навпаки. Перспективні дослідження вказують, що з цією тенденцією не вдається впоратись найбільш потужним державам з високим рівнем медичного обслуговування. На це є об'єктивні фактори: високі та постійно зростаючі темпи життя і надмірні стреси, прогресуюче погіршення стану довкілля, в т. ч. забруднення й екологічні «хвороби» ґрунтів та нав'язане цим прогресуюче зниження якості і біологічної цінності їжі, як основного фактора біологічного існування і благополуччя людини в усіх вимірах. Людина як біологічний об'єкт елементарно не витримує в аспекті здоров'я взаємодії в будь-яких суспільствах в нинішніх умовах існування. Перспективи покращення є сумнівними. Медицина майбутнього в цій ситуації здоров'я її не вбереже, бо й надалі вона приречена боротьбою з наслідками втрати здоров'я. Людство й нині безпечно живе в традиціях і звичаях минулого, виражених в крилатій фразі Гіппократа: «Natura curat». А воно ж нині зовсім не так: природа мстить людині за нерозумну діяльність і надмірні бажання всяких благ («Природа хвора людиною» - акад. А. Мойсеєв, РФ).

За цих умов на межі ХХ і ХХІ століть ВООЗ розробило нову стратегію збереження здоров'я людства, в якій акцент перенесений з державної опіки за допомогою медицини над здоров'ям нації на відповідальність особи за своє здоров'я за допомогою держави та її медичної галузі. Це так звана стратегія здорового способу життя, в якій оздоровче харчування відіграє ключову роль. За останні 15-20 років провідні професійні медичні асоціації розвинутих держав здійснили величезну роботу з порівняльного аналізу оздоровчої ефективності різних типів харчування на континентах Землі в аспекті профілактики найбільш соціально значущих хвороб цивілізації: серцево-судинних, онкологічних, ендокринних, опорно-рухового апарату тощо. Запропоновано та постійно вносяться вдосконалення в різні рекомендації з дієтичної профілактики найбільш поширених захворювань. Продовжуються масштабні дослідження на різних континентах щодо розробки нових підходів, націлених на майбутнє з позиції метаболоміки та нутрієнт-геномної взаємодії (геноміки), нутрієнтметаболоміки, персоналізованої профілактичної медицини на основі оцінки харчового статусу особи на даний період його життя та особливостей професійної діяльності. Зрозуміло, що такі дослідження є високозатратними, довготривалими, а їх результати отримують зусиллями великої групи спеціалістів різного профілю (клініцистів, біохіміків, фізіологів, нутріціологів тощо). Старе розуміння виснаження провідних харчових стимулів споживання їжі змінюється на нову концепцію – концепцію попередження виснаження цих стимулів. Вже на теперішній час досягнуті значні успіхи у вивченні ролі геному людини в реалізації фізіологічних потреб організму в найважливіших нутрієнтах, контролю за хімічним складом засвоєння їжі, обміні речовин, ступені та види руйнування речовин, всмоктування та видалення непотрібних продуктів з організму внаслідок експресії генів тощо. Це - тільки початок майбутніх вдосконалень та доповнень до дієтичних рекомендацій за різними профілями захворювань. Надалі – це врахування національних традицій та звичаїв у харчуванні державних, економічних можливостей, континентального клімату, особливостей обміну речовин різних людських рас, вікові та гендерні особливості.

Зусилля медичних спільнот світу повинно об'єднати ВООЗ, розробити узагальнені для всіх держав світу рекомендації, а держави світу повинні забезпечити належний доступ широких мас населення до сучасної літератури зі здорового способу життя та оздоровчого харчування різними шляхами інформації (ЗМІ, в школах, ВНЗ, виробництвах) та різними формами спонукати до активного, впродовж всього життя, використання цих надбань, які будуть постійно вдосконалюватися згідно постійно змінних умов існування людства. В цьому напрямку науковцями БДМУ зроблені певні кроки: видана монографія «Основи оздоровчого харчування» (2000р., О.І. Волошин, О.І. Сплавський), яка перетерпіла в подальшому 4 перевидання (2002, 2005, 2008, 2012) та в 2002 році на конкурсі «Еліт-проф»-Україна отримала 3 та 7 місця, а в 2013-2014 роках монографія «Оздоровче харчування: стан і перспективи ХХІ століття» (автори: О.І. Волошин, Т.М. Бойчук, Л.О. Волошина).

Сучасна людина повинна зрозуміти: її роль в збереженні здоров'я – провідна, держава й профілактична медицина в цьому їй допоможуть. Надії на сучасну медицину в моєму здоров'ї – лише для окремих періодів і ситуацій в моєму житті. Надмірна довіра медицині – це майже помилка. Людство в недавньому минулому таких помилок наробило багато. Я цього не повторю і для цього в мене є сучасні профілактичні настанови медицини світу. Але я відповідальний і уважно слідкую за новинами в цьому аспекті. Такою повинна стати стратегія здорового існування сучасного українця у світлі нинішніх і майбутніх реалій.

Волошин О.І., Доголіч О.І., Пашковська Н.В.*

ПОДАГРА І ГІПОТИРЕОЗ: ГЕНДЕРНІ І ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ КОМОРБІДНОСТІ ТА ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНІ АСПЕКТИ

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології*
Буковинський державний медичний університет*

В останні десятиліття в світі й Україні спостерігається значне зростання захворюваності на подагру (з 0,5% до 2-3 % в популяції; В.М. Коваленко, 2013). Однією з ключових особливостей патології внутрішніх органів нинішньої епохи є формування зростаючого за вираженістю комплексу коморбідності, переважно на аліментарній основі та порушення обміну речовин. Новим, нещодавно виявленим компонентом коморбідності є формування явищ субклінічного і маніфестного гіпотиреозу (В.І. Паньків, 2012), причини появи якого на різних континентах різні, численні.



Метою дослідження було вивчення клініко-патогенетичних особливостей подагри на тлі гіпотиреозу.

Обстежено 127 хворих на подагру у віці 37-77 років, переважно чоловічої статі (98 осіб – 77,16%). Основна частина хворих були старше 55 років (99 – 77,95%). Верифікацію подагри та гіпотиреозу здійснювали згідно рекомендацій вітчизняних та провідних профільних асоціацій Європи. Субклінічним гіпотиреозом вважали перевищення рівня ТТГ у сироватці крові від 4,3 до 10 мОд/л – маніфестним гіпотиреозом незважаючи на мінімальні клінічні прояви та не завжди знижений рівень Т₄ (вільний).

Субклінічний гіпотиреоз виявлявся в жінок після 50-55 років (6 осіб – 20,68% від загального числа жінок), у чоловіків – після 58-60 років (12 пацієнтів – 12,25% від числа чоловіків). Маніфестний гіпотиреоз виявлений лише в 7 осіб (5,51% від загального числа хворих), з них переважно були жінки (4 особи – 13,79% від числа жінок). В гендерному аспекті різні форми гіпотиреозу серед чоловіків, хворих на подагру, спостерігалися в 15 осіб (15,15%), серед жінок – у 35,71% (10 осіб), тобто, в 2,36 рази частіше. Загалом серед обстежених нами хворих на подагру різні форми гіпотиреозу виявлені в 25 осіб (19,69%), тобто, в майже кожного п'ятого пацієнта.

Клінічно при субклінічному гіпотиреозі подагра в чоловіків та жінок характеризувалися хронічним подагричним артритом з торпідним перебігом, наявністю ожиріння I – II ст., вираженими явищами сечово-кислого діатезу чи сечокам'яної хвороби, більш вираженими гіперурикемією, гіперхолестеринемією, гіпертригліцеридемією, зниженням швидкості клубочкової фільтрації та погіршенням результатів гіперурикемічної терапії порівняно з попередніми роками.

Із семи пацієнтів з маніфестним гіпотиреозом тільки в чотирьох осіб були мінімальні клінічні ознаки гіпотиреозу (сухість, дряблість шкіри, легка одутлуватість обличчя, мерзлякуватість, ламкість нігтів). Особливістю подагри в них було почастішання майже в два рази рецидивів подагри впродовж року зтяжний їх перебіг, охоплення подагричним процесом суглобів ніг, рук, тофусами різних локалізацій, більш виражений поліморбідний та коморбідний фон, переважно за рахунок метаболічного синдрому, остеоартрозу та хвороб системи травлення. Відмічено також більш значне ураження сечостатевої системи з глибшими порушеннями клубочкової фільтрації.

За узгодженням з ендокринологами до стандартного комплексного антиподагричного лікування (дієта №6, НПЗП, алопуринол, місцеве лікування) хворим із субклінічним гіпотиреозом додатково призначено фітозасіб зобофіт (екстракти перстачу білого, дроку красильного, гадючника шестипелюсткового, півонії незвичайної, листя й бруньок берези та спіруліни) в стандартному дозуванні впродовж 3-4 місяців. Контроль ефективності здійснювали згідно зміни перебігу подагри, ефективності антиподагричної терапії та контроль рівнів ТТГ в крові через 2 і 4 місяці.

Пацієнтам з маніфестним гіпотиреозом додатково призначали левотироксин починаючи з дози 12,5 мкг/добу з поступовим підвищенням через кожні 2-3 тижні до цільової – 75 мкг/добу та вирівнювання показника ТТГ в сироватці крові, що здійснювалося тільки за вказівкою ендокринолога. Оцінка ревматологічного статусу здійснювалася нами.

Встановлено, що у хворих на подагру із субклінічним гіпотиреозом застосування зобофіту в лікувальному комплексі сприятливо впливало на клінічні прояви супутніх і коморбідних захворювань, особливо артеріальну гіпертензію, а також сприяло прискоренню нормалізації рівня сечової кислоти в крові. Лише в половині хворих рівень ТТГ в сироватці крові через 2 місяці застосування зобофіту був нижчим за 4,3 мОд/л, але не в одного не досяг рекомендованого рівня – 2,3-2,5 мОд/л. В частині хворих, що залишилися із субклінічним гіпотиреозом цього результату вдалося досягти при чотиримісячному застосуванні зобофіту. Ця тенденція була властива хворим у віці за 62-65 років, переважно жінкам.

У пацієнтів із подагрюю та маніфестним гіпотиреозом динаміка подагричного процесу та коморбідних захворювань під впливом комплексного лікування із додатковим застосуванням левотироксину була значно повільнішою через необхідності обережного і повільного підвищення дози останнього, але при дозі 50 мкг/добу результати стали клінічно виразними.

Субклінічний, особливо маніфестний гіпотиреоз, формується у частини хворих на подагру у віці за 55-60 років, переважно жінок та обтяжують прояви, перебіг подагри, погіршують результат лікування цієї недуги та коморбідних з нею процесів. Визначені особливості подагри на тлі гіпотиреозу диктують необхідність включення засобів корекції функціонального стану щитоподібної залози, одними з яких можуть бути апробовані нами зобофіт та левотироксин. Хворим на подагру з погіршенням проявів і перебігу останньої, особливо у віці за 55 років доцільно скринінгове обстеження на предмет раннього виявлення гіпотиреозу.

Волошина Л.О.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ НА ТЛІ СУБКЛІНІЧНОГО ГІПОТИРЕОЗУ

*Кафедра внутрішньої медицини
Буковинський державний медичний університет*

Остеоартроз (ОА) – найпоширеніше захворювання опорно-рухового апарату осіб літнього та старечого віку, що супроводжується дискомфортом та порушенням здатності до пересування, погіршенням якості життя та прогресуючого зниження або втрати працездатності. На перебіг ОА впливають захворювання, що мають взаємообтяжуючу дію, яка призводить до погіршення перебігу хвороби, результатів лікування та прискоренню прогресування клінічних ознак. Провідне місце серед супровідної коморбідної патології у цього контингенту