

**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



людей належить хворобам системи кровобігу (більше 50%) та патології щитоподібної залози (46,67%), що вимагає диференційованого підходу до реалізації комплексного лікування ОА.

Мета: вивчити особливості ліпідного обміну у хворих на ОА I-II стадії на тлі субклінічного гіпотиреозу (СГ).

Під спостереженням перебувало 168 хворих на ОА I-II стадії у віці від 45 до 73 років. Співвідношення чоловіки:жінки у віці до 55 років складало 1:7, після 60 років – 1,1:2,1. Функціональний стан щитоподібної залози проводили за допомогою визначення рівнів ТТГ та Т₄-вільний імунохемилюмінесцентним методом. Критеріями «субклінічного гіпотиреозу» слугувало підвищення ТТГ від 4,5 до 10,0 мОд/л при нормальному рівні Т₄ за наявності ознак ураження щитоподібної залози при ультразвуковому або об'єктивному обстеженні.

За такого підходу СГ виявлено у 31 (18,45%) пацієнта, переважно в жінок (24 особи). Як правило, ознаки СГ виявляли в жінок старше 55 років та чоловіків старше 60-62 років. Дослідженням ліпідного профілю виявлено підвищення рівня загального холестерину (ЗХс) у 145 (86,31%) хворих та ЛПНЩ у 132 (78,57%) осіб переважно жіночої статі вибірки. Проте у всіх хворих на ОА із явищами СГ виявлені підвищені рівні ЗХс та ЛПНЩ і вищі рівні коефіцієнту атерогенності, а також вираженіші прояви ІХС та артеріальної гіпертензії.

Відмічено підвищення нормативних показників ліпідограми у хворих на ОА залежно від віку, маси тіла, що в динамічному спостереженні сприяло погіршенню результатів лікування ОА на стаціонарному етапі, зростанню частоти, тривалості рецидивів, потребі у повторних госпіталізаціях. Виявлення СГ було потенційним провокуючим кардіоваскулярні події фактором. Аналіз наукового матеріалу дозволив встановити закономірність: наявність СГ має патогенетичні зв'язки з розвитком КВР та вимагає додаткових лікувально-профілактичних заходів.

Отримані результати демонструють асоціацію наявності підвищення рівнів ЗХс, ХсЛПНЩ, КА з наявністю субклінічного гіпотиреозу у хворих на ОА, що свідчить про зв'язок атерогенного потенціалу та субклінічного гіпотиреозу.

Перспективу подальших досліджень вбачаємо в розробці ранніх діагностичних та профілактичних заходів корекції дисбалансу ліпідного профілю та гіпофункції щитоподібної залози у хворих на остеоартроз I-II стадії. Науковцями доведено вплив дисфункції щитоподібної залози на серцево-судинні захворювання. Приоритетним завданням в сучасному лікуванні хворих на ОА є врахування стану серцево-судинної системи з профілактичною та лікувальною корекцією виявлених змін на ранньому етапі.

Гайдич Л.І.

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ОКРЕМИХ ПОКАЗНИКІВ ДОБОВОГО РИТМУ АТ У ПАЦІЄНТІВ З ЕСЕНЦІЙНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ II СТАДІЇ НА ФОНІ ПРИЙОМУ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПРЕПАРАТІВ І ЛІНІЇ

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
Буковинський державний медичний університет*

Есенційна гіпертензія (ЕГ) залишається одним із найважливіших чинників, що призводить до розвитку захворювання, або смерті, разом із тим артеріальний тиск (АТ) – показник, який може бути найбільш контрольований серед інших.

Окремої уваги заслуговують показники 24 –х годинного добового профілю АТ (добовий індекс (ДІ), варіабельність, середні значення АТ тощо), підвищення яких, на думку багатьох вчених, є прямим фактором ризику прогресування та виникнення ускладнень захворювання. Тому, стратегія вибору правильної терапії повинна бути спрямована на м'яку дію препарату щодо окремих показників добового ритму АТ з метою попередження виникнення небажаних наслідків.

Не дивно, що сьогодні, докіль лікувальної тактики пацієнтів, що мають підвищений АТ точиться багато дискусій та обговорень. У той час, коли клініцисти прагнуть дотримуватись рекомендацій з лікування високого АТ, пацієнти хочуть бути впевненими, що лікувальні заходи приведуть до зменшення тягаря їхньої хвороби. Тому в результаті проведених багатоцентрових масових досліджень стало очевидним, що основною метою лікування пацієнтів на ЕГ є не тільки зниження рівня АТ до оптимального, але і обмеження або ліквідація факторів ризику прогресування та ускладнень захворювання.

Метою роботи було вивчення впливу антигіпертензивної терапії препаратами з груп інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ) та блокаторів рецепторів ангіотензину II (БРА II) на окремі показники добового профілю артеріального тиску (АТ) у хворих на есенційну гіпертензію (ЕГ) II ст. з різним добовим ритмом АТ.

Обстежено 92 хворих на ЕГ II ст. (згідно класифікації ВООЗ, 2010). Середній вік хворих становив – 52,38 ± 2,14 роки. Добове моніторування АТ (ДМАТ) проводилось за допомогою реєстратора АВРЕ-02 фірми «Solvaig». За коливаннями добового індексу (ДІ) встановлювали належність до однієї з груп циркадіанного ритму АТ- D, ND, NP за загальноновизнаними даними. Апарат активізували за стандартною програмою обстежень хворих для реєстрації величин АТ кожних 15 хвилин в денний (активний) і кожних 30 - 60 хвилин в нічний (пасивний) періоди доби. За тривалістю та періодичністю вимірювань АТ керувались рекомендаціями робочої національної групи NBREP (США, 1990), де загальне число вимірювань складало не менше 50.

За варіантами добового індексу (ДІ) розподіл пацієнтів склав: D -35, ND - 45, NP - 12 осіб, що у відсотковому співвідношенні від загальної кількості становить 39%, 49% та 12% відповідно. З усіх обстежених пацієнтів іАПФ приймали 48% (17 осіб) з групи добового ритму D та 7% (3 осіб) з цієї групи пацієнтів



приймали препарат з групи БРА II. У групі ND: 43% (19 осіб) пацієнтів вживали препарат з групи іАПФ та 4% (2 осіб) пацієнтів вживали препарат з групи БРА II. У групі NP 46% (6 осіб) пацієнтів вживали препарат з групи іАПФ та 8% (1 особа) пацієнтів вживали препарат з групи БРА II.

Середні добові значення АТ у пацієнтів на ЕГ II ст. в загальній групі становили САТ 149 ± 1,3, ДАТ 93 ± 0,6 (мм.рт.ст.). По групах добового ритму АТ середні величини АТ мали наступні значення: у групі D: САТ 140,57 ± 0,9, ДАТ 80,03 ± 0,2; у групі ND САТ 143,57 ± 1,1, ДАТ 83,09 ± 0,6; у групі NP САТ 146,78 ± 1,9, ДАТ 81,44 ± 0,5 (мм.рт.ст.). Середній офісний САТ та ДАТ у загальній групі відповідали переважно II ступеню зростання АТ згідно класифікації (162,76 ± 1,19 та 103,02 ± 2,10 мм. рт. ст.).

17 хворих на ЕГ II ст. з групи D окрім базисної терапії приймали лізіноприл в добовій дозі 10 мг в першій половині дня (група 1) та 3 хворих, які отримували валсартан в добовій дозі 80 мг 1 раз на день (група 2). Профіль АТ за даними добового індексу у всіх обстежених до і після лікування відповідав D.

В групі недіперів (ND та NP) 25 хворих окрім базисної терапії приймали лізіноприл в добовій дозі 10 мг в першій та другій половині дня (група 3) та 3 хворих, які отримували валсартан в добовій дозі 40 мг 2 раз на день (група 4).

В результаті лікування в усіх (4 - x) групах хворих зменшились середньодобові, середньоденні та середньонічні значення систолічного і діастолічного АТ, однак відмінності між групами були статистично недостовірними. Одночасно з цим індекс варіабельності (ІВ) середньодобового САТ в групі 2 та 4 був достовірно нижчим ніж в групі 1 та 3: 18,4 ± 0,6 та 21,4 ± 0,8 (p < 0,05), аналогічно змінювався і ІВ середньоденного САТ – 18,7 ± 0,7 та 22,5 ± 0,5 (p < 0,05). ІВ середньонічного САТ практично не відрізнявся в обох групах – 16,2 ± 0,4 та 16,3 ± 0,4. Відповідно до динаміки АТ відмінність в значеннях індексів "навантаження тиском" САТ і ДАТ в усіх групах була недостовірною.

Застосування антигіпертензивної терапії препаратами I лінії груп іАПФ та БРА II у пацієнтів на ЕГ II ст. з різним добовим ритмом АТ в цілому дозволило утримувати цільовий рівень АТ впродовж доби та зменшити середньодобові значення САТ та ДАТ. Однак індекс варіабельності середньодобового САТ, який є незалежним фактором ураження органів-мішеней, був достовірно нижчим та суттєво різнився в групах пацієнтів з добовим профілем D та NP, що приймали препарати з групи БРА II.

Гайдич Л.І., Плеш І. А., Борейко Л. Д., Сливка Н.О., Кшановська Г.І. ДО ПИТАННЯ ПРИХИЛЬНОСТІ ЛІКУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ НА ЕСЕНЦІЙНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ II СТАДІЇ З РІЗНИМ ДОБОВИМ ПРОФІЛЕМ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
Буковинський державний медичний університет*

Питання лікувальної тактики пацієнтів на есенційну гіпертензію II ст. є і буде актуальним. На сьогодні відомо, що досягнення мети лікування можливе тільки у разі максимального зниження сумарного ризику серцево-судинних ускладнень, що можливо за умов плідної співпраці лікаря та пацієнта.

Найбільш цитованим медичним документом у світі з лікування артеріальної гіпертензії став оригінальний варіант спільних рекомендацій Європейського товариства гіпертензії (ESH) та Європейського товариства кардіологів (ESC). Рекомендації 2013 року репрезентують сучасний стан науки, який показує, що повинно бути зроблено, щоб зменшити смертність і захворюваність від високого артеріального тиску та його ускладнень.

Мета роботи - визначити факт прихильності до лікування пацієнтів на ЕГ II ст. з різною циркадіанною структурою АТ.

Всього обстежено 92 пацієнти у яких, згідно класифікації ВООЗ, 2010, діагностовано ЕГ II ст. Середній вік пацієнтів становив: 52,38 ± 2,14 років. Рівень АТ у них становив: 165,65 ± 2,71 за САТ та 109,56 ± 1,49 мм.рт.ст. за ДАТ. Усім пацієнтам проводили добовий моніторинг артеріального тиску (ДМАТ) з використанням комплексу апаратури АВРЕ-02 фірми «Solvaig» (Україна). За коливаннями добового індексу (ДІ) встановлювали належність до однієї з груп - D, ND, NP за загальноновизнаними даними та визначали факт прихильності до лікування шляхом опитування.

Виявлено, що серед усіх обстежених пацієнтів прихильними до лікування з дотриманням схем прийому антигіпертензивних препаратів та тих, що усвідомлюють наслідки АГ до та після проведення ДМАТу виявилось 39%, серед яких 8% - пацієнти з групи D, 14% - з групи ND та 17% - з групи NP. Хворих, які на початковому етапі стабілізації АТ припиняють лікування у зв'язку з покращенням самопочуття виявилось - 46%, серед яких 28% - пацієнти з групи D, 11% з групи ND та 7% з групи NP. І 15% серед яких 9% - пацієнти з групи D, 4% з групи ND та 2% з групи NP припадає на тих, які не розуміють доцільності в тривалій індивідуальній антигіпертензивній терапії, а приймають препарати за потребою при значному підвищенні АТ та поганому самопочутті. Такий прийом можна вважати хаотичним та неконтрольованим, а пацієнтів віднести до групи ризику можливих ускладнень.

Нами звернена увага на те, що серед чинників, що можуть впливати на прихильність до лікування є тісніша співпраця лікаря та пацієнта: роз'яснення хворому мети та завдання терапії, розуміння пацієнтами можливих ускладнень АГ, чіткі інструкції щодо прийому препаратів, уникання хаотично неконтрольованого прийому ліків. Подальше розуміння пацієнтами первинної мети лікування високого АТ включаючи оцінку індивідуальних факторів ризику у конкретного хворого повинно призвести до зменшення серцево – судинного



ризик та смертності. Як показують дані останніх десятиліть - довгостроковий контроль АТ значно зменшує ризик розвитку інсульту приблизно на 40 %, а ІХС - на 15 %.

У обстежених нами пацієнтів на ЕГ II стадії найнижча прихильність до лікування відмічалась у групі добового ритму АТ D, середня у групі ND та достатня у групі циркадіанного ритму NP. Такий розподіл прихильності по відношенню до добового профілю АТ найвірогідніше обумовлений важкістю перебігу захворювання відповідно до груп.

Гайдуков В.А.

ВПЛИВ ВІЛЬХИ СІРОЇ (ALNUS INCANA) НА СЕКРЕТОРНУ ФУНКЦІЮ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРОДУОДЕНІТ ЗІ СУПУТНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти

Буковинський державний медичний університет

Обстежено 56 хворих. На безмедикаментозному фоні використовували шишечки вільхи сірої (ВС) 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 гастродуоденофіброскопії з прицільною біопсією на рівні тіла і антрального відділу шлунка. Під час фармакологічної проби досліджували латентний період, період наростання дії ВС, період плато, загальну тривалість дії препарату.

Прийом ВС 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 76% хворих прийом настойки ВС стимулював шлункове кислотоутворення незалежно від показників базального рН. У 12 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 ВС – при гіпоацидності – за 40 хв. до їди, при нормаоцидності – за 20 хв. до їди, при гіперацидності – за 10 хв. За результатами проведених досліджень можна припустити, що ВС посилює гастринний механізм дії на процес кислотоутворення.

Гараздюк І.В., Гараздюк О.І.

ДІАБЕТИЧНА НЕФРОПАТІЯ: ПОШИРЕНІСТЬ У ЧЕРНІВЕЦЬКІЙ ОБЛАСТІ ТА СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПРОБЛЕМИ

Кафедра внутрішньої медицини

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 2012 року захворюваність в Україні становила 23-24 випадки на 100000 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 захворюваність та поширеність ДН у Чернівецькій області та співставлено одержані дані з аналогічними показниками в Україні і світі. Виявлено порівняно нижчі показники поширеності I-II стадій хронічної хвороби нирок (ХХН): діабетичної нефропатії, порівняно з даними по Україні та вищі показники поширеності V стадії ХХН. Виявлені дані можуть свідчити про низьке виявлення початкових стадій ДН. Запропоновано шляхи вирішення існуючих проблем та перспективні методи діагностики, профілактики і лікування ДН.

Глубоченко О.В.

ОПТИМІЗАЦІЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПОДАГРУ В УМОВАХ КОМОРБІДНОСТІ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

Буковинський державний медичний університет

Подагра є одним із найпоширеніших захворювань серед ревматологічної групи хвороб. В Україні розповсюдженість подагри складає 5-28 випадків на 1000 чоловіків та 1-6 на 1000 жінок, загалом поширеність подагри становить 0,4% дорослого населення, а гіперурикемії — 15-20%. На сучасному етапі особлива увага вчених сфокусована на проблемі таких коморбідних станів при подагрі, як ішемічна хвороба серця, артеріальна



гіпертензія, цукровий діабет, метаболічний синдром, інсулінорезистентність, що призводять до ускладнення перебігу захворювання, вимагають призначення додаткових препаратів. За результатами великих проспективних досліджень встановлено тісний зв'язок між гіперурикемією, подагрою та ризиком розвитку серцево-судинних захворювань. Багато з протизапальних цитокінів, які приймають участь в розвитку подагричного артриту, мають суттєве значення в патогенезі атеросклеротичного ураження судин і його ускладнень. Тому ефективне зниження активності запального процесу, рівня сечової кислоти попереджає виникненню і подальшому прогресуванню в тому числі і коморбідних серцево-судинних станів. Саме в цьому може допомогти ад'ювантне застосування гомеопатичних препаратів, які володіють широким діапазоном дії, достатнім профілем безпеки, можливістю тривалого застосування, що є важливим в умовах супутньої патології і у пацієнтів старшого віку. Ця група препаратів може сприяти вдосконаленню лікування як самої подагри, так і коморбідних процесів, запобігти можливим ускладненням та побічним ефектам здійснюваної терапії.

«Реструкта» відноситься до комплексних антигомотоксичних засобів, в основі якого містяться рослини, мінеральні та тваринні складові, що мають протизапальну, анальгетичну, діуретичну дію, нормалізують пуриновий обмін, знімають подагричні прояви з одночасним імунокорегуючим і дренажним ефектами, володіють синергічним регулюючим впливом. Серед рослинних складових «Реструкти» є верба біла (*Salix alba*), пізньовіт осінній (*Colchicum autumnale*), бріонія (*Bryonia cretica*), барбарис (*Berberis vulgaris*), які мають виражений протизапальний і анальгетичний ефекти, діють спазмолітично на гладку мускулатуру сечових шляхів. Золота різка (*Solidago virgaurea*) володіє діуретичним ефектом. Ехінацея має анальгетичну і імунокорегуючу дію. Сумах отруйний (*Toxicodendron quercifolium*) знімає больові прояви і м'язовий спазм. Сарсапарілла діє як спазмолітик, зменшує прояви сечокислового діатезу. Хінне дерево (*Cinchona succubra*) підвищує життєвий тонус при астенії, знімає больові прояви. Серед мінеральних речовин у складі препарату є гідрофосфат кальцію, фосфат заліза, хлорид літію, гідрид кремнезему, які проявляють протизапальний ефект, нормалізують пуриновий обмін, покращують стан сполучної тканини.

Проведено лікування 13 пацієнтів із хронічним рецидивуючим подагричним полі-/олігоартритом та 6 пацієнтів з гострим подагричним артритом. Діагноз подагри встановлювали на підставі Рекомендацій з діагностики подагри EULAR (2006). З коморбідних захворювань у хворих були діагностовані: ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія I –II ступеня, надмірна маса тіла або ожиріння I–II ступеня, сечокислий діатез, гастродуоденіт, хронічний некаменевий холецистит. Результати лікування співставлені з аналогічними у 10 осіб контрольної групи, репрезентативних за нозологією, давністю захворювання, віко-статевому відношенні з аналогічною схемою лікування.

Вік пацієнтів становив від 38 до 60 років. У хворих переважало ураження дрібних суглобів стоп, гомілково-стопних, колінних суглобів, у п'ятих хворих відмічено ураження ліктьових, променево-зап'яських суглобів та дрібних суглобів кистей. При рентгенологічному дослідженні відмічались зміни, які відповідали I-II рентгенологічним стадіям, порушення функції суглобів I-II ст. У п'ятих хворих відмічався синовіт, у всіх пацієнтів реєструвалась гіперурикемія.

«Реструкту» призначали три рази на тиждень по 2,2 мл внутрішньом'язево на стаціонарному етапі лікування та в подальшому на амбулаторному етапі протягом чотирьох тижнів на фоні стандартної протиподагричної терапії (дієта №6 з пониженим вмістом пуринів, аллопуринол 100-200мг/добу, нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП)). Ефективність застосування препаратів оцінювалась по стандартним клінічним критеріям: рівень болі в спокої, при рухах і в нічні години; болючість суглобів по 10-бальній візуальній аналоговій шкалі, кількість болючих суглобів, число набряклих суглобів, об'єм рухів в уражених суглобах. Для оцінки ступеня вираженості запального процесу використовували лабораторні показники: рівень швидкості зсідання еритроцитів, рівень лейкоцитів, лейкоцитарна формула, С-реактивний білок, рівень сечової кислоти, серомукоїду.

Результати дослідження свідчать, що включення в лікувальний комплекс препарату «Реструкта» в 80-90% випадків (в залежності від стадії захворювання), сприяє значному покращанню клінічної симптоматики (зменшення болю, припухлості в суглобах), більш швидкій позитивній динаміці лабораторно-інструментальних даних. Сполучення основного лікування і ад'ювантного дозволило знизити у пацієнтів середньодобову дозу НПЗП порівняно із контролем. Продовження введення на амбулаторно-клінічному етапі препарату сприяло подальшому закріпленню лікувального ефекту, подовжило тривалість ремісії, зменшило частоту повторних госпіталізацій, покращило загальні результати лікування. У контрольній групі спостерігалась менш виражена позитивна динаміка клінічно-лабораторних показників. Отже «Реструкта» є доцільним ад'ювантним засобом, який покращує ближні і віддалені результати лікування хворих на подагру.

Гонцарюк Д.О., Федів О.І.

КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ЗА КОМОРБІДНОСТІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Кафедра внутрішньої медицини

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