

**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



Доведена роль оцінки показників диференційованої ЕКГ згідно аналізу ВМШ першої похідної зубця Т при зменшенні впливів факторів ішемії міокарда зі зростанням впливу ГЛШ на цей показник при залежності значення ВМШ від рівнів систолічного і діастолічного артеріального тиску (САТ і ДАТ) та індексу маси тіла. З погіршенням стану показник ВМШ зростає, що є відображенням патофізіологічних процесів ремоделювання міокарда ЛШ, у той час як оцінка ВСЕЗ першої похідної зубця Т є більш специфічною для визначення ішемічного компоненту впливу.

Показано зростання показника ВМШ диференційованої ЕКГ, залежно від наростання проявів СН, що можна розглядати як компенсаторне, з огляду на поєднання парадигми реалізації ГЛШ у формуванні СН з переважанням процесу в бік компенсації. Вплив ДАТ на показник ВМШ достовірний із приростом ознак ГЛШ для бокової стінки ЛШ та зменшенням для перетинкової ділянки ЛШ, а отже САТ, і ще більше ДАТ, обумовлюють ремоделювання ЛШ, на відміну від тези про незалежність ГЛШ від САТ.

Застосування диференційованої ЕКГ з її характерними змінами відносно наявної патології оптимізує діагностичну цінність методу кількісної оцінки ЕКГ.

**Rusnak I.T., Tashchuk V.K.**

#### THE RESULTS OF INFLUENCE OF PHYSICAL ACTIVITY IN CARDIOLOGY PRACTICE

*Department of Internal Medicine, Physical Rehabilitation and Sports Medicine  
Bukovinian State Medical University*

Physical activity helps to prevent heart attacks and cardiovascular system diseases. The results of all available researches demonstrate that regular exercises in moderate amount are, perhaps, the most effective preventive measure of heart diseases and their complications.

In case of coronary artery diseases regular exercises help the body to form more auxiliary arteries through which the blood can flow around the body and bypass occluded blood vessels.

A patient with 80-90% occlusion of right coronary artery has been observed. After a year of regular trainings in aerobics a lot of collaterals appeared in the organism, making blood flow to certain parts of his body easier.

In other forty-year-old male patient, angiogram showed partial occlusion of coronary arteries. The occlusion was accompanied by chest pain. The coronary artery bypass grafting was not advised to the man, he had to use conservative method of treatment first. He agreed to regulate daily water intake and to begin with two glasses of water (0,5 l) exactly half an hour before meal. He was also recommended one hour walks in the morning and in the evening (20-30 minutes at the beginning, gradually increasing the time up to an hour). The outcome of the research has demonstrated that fat-burning enzymes, sensitive to hormones are activated after the first hour of walk and remain active for 12 hours. Thus, having walks twice a day, a patient activates fat-burning enzyme and accumulative effect of its activity is achieved. After three months of exercises this man addressed to one of the known medical centers in Houston for the final examination in order to make a decision about grafting. His new angiogram didn't show any signs of previous blood vessel occlusion. He didn't need surgery anymore.

Aerobic exercises contribute in blood pressure lowering, amount of triglycerides and low-density cholesterol, at the same time increasing the level of high-density cholesterol and preventing blood clotting.

The results of a large-scale eight year investigation of more than 84 thousand of nurses are significant. In those who regularly did complex of physical exercises, the risk of heart attack or stroke was 54% less, compared to those women, who had sedentary lifestyle.

**Сенюк Б.П.**

#### ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ РАФАХОЛІНУ Ц У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ, ПОЄДНАНУ З ДИСФУНКЦІЄЮ ЖОВЧОВИДІЛЬНИХ ШЛЯХІВ

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб  
Буковинський державний медичний університет*

Однією із актуальних проблем сучасної гастроентерології є неалкогольна жирова хвороба печінки. В даного контингенту хворих має місце біліарна дисфункція, у зв'язку з чим їм найбільш доцільно є призначення препаратів, що одночасно володіють гепатопротекторною дією та відновлюють моторно-евакуаторну функцію жовчного міхура.

Метою дослідження було вивчення ефективності і переносимості рафахоліну Ц у терапії хворих з неалкогольною хворобою печінки, поєднаною з дискінезіями жовчовидільних шляхів. Дослідження проведено в 24 хворих із вказаною недугою. Вивчали особливості клінічного перебігу захворювання, біохімічні показники (білірубін, АлАТ, АсАТ, лужну фосфатазу, тимолову пробу, холестерин), жовчовидільну функцію жовчного міхура і жовчовидільних шляхів в «гострих» клінічних дослідженнях за допомогою фармакодинамічної ехохолістографії, та при курсовому лікуванні.

Рафаколін Ц призначали по 2 драже 3 рази на день після їжі впродовж 21 дня. До складу рафаколіну(рафаколін Ц, Herbarol, Вроцлав, Польща) входять екстракт редьки чорної, екстракт трави артишоку, масло м'яти перцевої, дегідрохолієва кислота та активоване вугілля. Поєднання таких складових, крім власне гепатопротекторної дії, забезпечує також стимуляцію жовчоутворення та жовчовиділення, усунення спазмів жовчного міхура, нормалізації моторної функції жовчовидільних шляхів і кишечника, пригнічення процесів бродіння та зменшення газоутворення.



Результати проведених досліджень показали позитивний вплив рафахоліну Ц на динаміку клінічних проявів, функціональний стан печінки та жовчовидільних шляхів. Під впливом проведеної терапії у вказаного контингенту хворих відзначали зменшення частоти і вираженості таких проявів диспепсичного синдрому як відрижка, зниження апетиту, відчуття сухості і гіркоти в роті, метеоризму, порушення кишкових випорожнень. Одночасно у хворих зменшувалась вираженість проявів астеничного синдрому: на 5-й день від початку лікування значно зменшилась загальна слабкість, підвищена втома у 15 (66,7%) хворих, а по завершенню лікування у 22 (88,9%) хворих. У всіх хворих після проведеного лікування виявляли зменшення болючості у правому підребер'ї, зменшення розмірів печінки.

За допомогою фармакодинамічної ехохолістографії під впливом рафахоліну Ц відмічали холестіокінетичний ефект різного ступеня вираженості. Так, у пацієнтів з нормальним об'ємом жовчного міхура максимальне скорочення відбувалося на 50-60 хвилині (КС – 56,4±7,9 % р < 0,05). У випадку гіпотонічної дисфункції максимальне скорочення жовчного міхура наступало на 20-30 хвилині і було нетривалим у часі. Аналіз ультрасонографічних даних органів черевної порожнини підтвердив позитивний ефект курсового лікування рафахоліном Ц (зменшення розмірів печінки на 1-2см, зниження її ехогенності, відновлення розмірів жовчного міхура, значне зменшення осаду в порожнині жовчного міхура).

В результаті проведеного лікування рафахоліном Ц нормалізувалась пігментна функція печінки, що проявлялась статистично достовірним зниженням рівня загального, кон'югованого і некон'югованого білірубіну, знизилась активність лужної фосфатази, а також відзначали зниження активності АлАт, АсАт, тимолової проби (р<0,05). Також виявлено статистично достовірне зниження рівня холестерину крові.

Оцінку переносимості рафахоліну Ц проводили, аналізуючи суб'єктивні симптоми і відчуття хворих у процесі лікування, об'єктивні дані та результати загальноклінічних досліджень. Негативних побічних реакцій не було, переносимість рафахоліну Ц була доброю.

Таким чином, рафаколін Ц у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки, поєднану з дисфункцією жовчовидільних шляхів забезпечує гепатопротекторний ефект і відновлює порушену моторну функцію жовчного міхура і жовчовидільних шляхів, що обґрунтовує його призначення даній категорії хворих. Оптимальною дозою, що забезпечує лікувальний ефект і не має побічних впливів є 2 драже 3 рази на день після їжі.

**Сидорчук Л.П., Соколенко А.А., Яринич Ю.М., Урсуляк Ю.В.**

#### СЕКРЕТОРНА АКТИВНОСТЬ АДИПОЦИТІВ ТА ВМІСТ ЛІПІДІВ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ І ОЖИРІННЯ ПІД ВПЛИВОМ ЛІКУВАННЯ ТА ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНІВ

*Кафедра сімейної медицини*

*Буковинський державний медичний університет*

Метою дослідження було дослідити динаміку лептину, адипонектину та ліпідів під впливом лікування хворих на есенційну артеріальну гіпертензію (ЕАГ) і абдомінальне ожиріння (АО) залежно від поліморфізму генів ангіотензин-перетворювального ферменту (АСЕ, I/D) та ядерного рецептора  $\gamma 2$  активації проліферації пероксисом (PPAR- $\gamma 2$ , Pro12Ala).

Скринінг пройшло 110 пацієнтів із ЕАГ, підвищеною масою тіла, чи АО. Вік пацієнтів становив від 25 до 79 років (в середньому 53,3±6,05 року). Серед обстежених було 56,4% (62) жінок, 43,6% (48) чоловіків. Хворих на ЕАГ I стадії (ст.) – 22,7% осіб (25), на ЕАГ II ст. – 45,45% (50), на ЕАГ III ст. – 31,8% (35). Серед них із нормальною масою тіла – 8,18% випадків (9), надмірною масою – 38,2% (42), із АО загалом – 53,6% (59): АО I ступеня – 27,3% осіб (30), АО II ступеня – 17,3% (19), АО III – 9,09% осіб (10). Контрольну групу склали 50 практично здорових осіб, які не були в родинних стосунках із хворими, без вірогідних відмінностей за статевим розподілом і віком.

Кількісний вміст лептину і адипонектину у плазмі вивчали методом імуноферментного аналізу. Дослідження ліпідів плазми крові включало визначення загального холестеролу (ЗХС), тригліцеридів (ТГ) та ХС ліпопротеїнів високої, низької і дуже низької щільності (ХС ЛПВЩ, ХС ЛПНЩ, ХС ЛПДНЩ).

Алелі поліморфних ділянок вивчали шляхом виділення геномної ДНК із венозної крові обстежуваних із наступною ампліфікацією поліморфної ділянки за допомогою якісної полімеразної ланцюгової реакції на ампліфікаторі "Amplify-4L".

Статистичну обробку проводили за допомогою прикладних програм MS® Excel® 2003™, Primer of Biostatistics® 6.05 та Statistica® 7.0 (StatSoft Inc., США). Достовірність даних для незалежних вибірок вираховували із застосуванням двовибіркового t-критерію Student. Різницю вважали достовірною при р<0,05.

Медикаментозна базова та немедикаментозна терапія хворих на ЕАГ, включених у дослідження передбачала за наявності надмірної маси тіла, чи АО хворим додатково призначали за схемами орлістат чи рослинний препарат "Стиміфол®". Тривалість спостереження склала 6 місяців.

Рівень лептину як у жінок, так і в чоловіків вірогідно зменшився під впливом лікування: у носіїв II-, ID- і DD-генотипів гена АСЕ жінок – на 34,5% (р=0,01), 39,9% (р<0,001) і 57,4% (р<0,001) із достовірною різницею між ID- і DD-генотипами на 22,4% (р<0,05), а у чоловіків – на 42,4% (р=0,016), 44,9% (р=0,019) і 37,7% (р=0,028) відповідно, зі збереженням різниці між II та ID-генотипами на 30,6% (р<0,05). У жінок-носіїв Ala-алеля та ProPro-генотипу гена PPAR- $\gamma 2$  вміст лептину знизився на 37,5% (р=0,035) і 33,7% (р=0,024) відповідно, при цьому рівень лептину у власників ProPro-генотипу продовжував перевищувати такий у осіб із Ala-алелем



на 53,1% ( $p < 0,05$ ). У чоловіків вірогідне зниження лептину після терапії спостерігали тільки у носіїв ProPro-генотипу на 48,5% ( $p = 0,014$ ), котрий перевищував такий у носіїв Ala-алеля на 39,9% ( $p < 0,05$ ).

Вміст адипонектину після лікування виріс за всіх генотипів гена ACE та PPAR- $\gamma 2$  на 5,78-7,58% ( $p < 0,05$ ), продовжуючи залишатись вірогідно нижчим у власників DD-генотипу, ніж у II-носіїв на 5,65% ( $p < 0,05$ ). ЗХС статистично значимо зменшився через 6 місяців терапії в осіб із DD- і Pro12-генотипами на 15,4% і 12,9% ( $p < 0,05$ ) відповідно.

Динаміка лептинорезистентності (ЛР) засвідчила вірогідне його зменшення під впливом лікування як у чоловіків за геном ACE, так і в жінок: у чоловіків – на 36,3%, 44,7% і 52,2% ( $p < 0,05$ ) відповідно, вагомніше у носіїв D-алеля, ніж II-генотипу на 31,5% ( $p < 0,05$ ), у жінок – на 39,5% ( $p < 0,05$ ), 39,1% ( $p = 0,016$ ) і 56,0% ( $p < 0,01$ ) відповідно, із вірогідно сильнішим зниженням лептину у власниць DD-генотипу, ніж ID – на 24,3% ( $p < 0,05$ ). За геном PPAR- $\gamma 2$  вірогідне сильніше зменшення індексу ЛР на фоні терапії спостерігали у жінок-носіїв Ala-алеля – на 45,7% ( $p = 0,019$ ), ніж Pro12-генотипу – на 34,7% ( $p < 0,05$ ) зі збереженням достовірної різниці між ними – на 45,1% ( $p < 0,05$ ). У чоловіків динаміку ЛР встановили тільки у власників Pro12-генотипу – зниження на 53,0% ( $p < 0,001$ ). Однак, незважаючи на вагомніше зниження, показник ЛР у чоловіків-носіїв Pro12-генотипу продовжував перевищувати такий у осіб із Ala-алелем на 32,3% ( $p < 0,05$ ).

Отже, гіперлептинемія та лептинорезистентність у хворих на артеріальну гіпертензію та ожиріння асоціюють із наявністю D-алеля у генотипі гена ACE у жінок та ProPro-генотипу гена PPAR- $\gamma 2$  у осіб обох статей. Рівень адипонектину, загального холестеролу (ЗХС), тригліцеридів (ТГ) не залежать від алельного стану аналізованих генів; вміст холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЦ) вірогідно вищий у носіїв DD-генотипу гена ACE.

**Сіпінська І.О.**

#### **ІНДЕКС ДЕФОРМАБЕЛЬНОСТІ ЕРИТРОЦИТІВ У ХВОРИХ НА ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, ПОЄДНАНОЇ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2**

*Кафедра внутрішньої медицини*

*Буковинський державний медичний університет*

Значне порушення властивостей еритроцитів, зокрема зменшення їх деформабельності, що, в свою чергу, призводить до посиленого руйнування еритроцитів з виходом в кров прокоагуляційних факторів, сповільнення внаслідок цього току крові, утворення мікротромбів в дрібних судинах шлунка та дванадцятипалої кишки та порушення мікроциркуляції крові.

Мета - визначити рівень індексу деформабельності еритроцитів у хворих на пептичну виразку шлунку (ПВШ) та дванадцятипалої кишки (ДПК) поєднаної з артеріальною гіпертензією (АГ) та цукровим діабетом типу 2 (ЦД 2).

Обстежено 70 хворих, серед них 20- склали практично здорові особи, що увійшли до групи №1; 20 хворих на ПВШ та ДПК – група №2 та 30 хворих на ПВШ та ДПК, поєднану з АГ та ЦД 2 - група №3. Як свідчать дані, хворих на ПВШ та ДПК спостерігається зменшення індексу деформабельності еритроцитів (ІДЕ) на 16,74% - у 2-й групі, на 24,44% - у 3-й групі у порівнянні з групою здорових осіб та зменшення на 12,34% у хворих на ПВШ та ДПК із АГ та ЦД2 у порівнянні із хворими на ПВШ та ДПК без супутньої патології.

У групі хворих на ПВШ та ДПК з АГ і ЦД2 спостерігається значне зниження ІДЕ, що свідчить про зменшення здатності до деформації еритроцитів та робить мікроциркуляцію шлунка та ДПК чутливішою до порушень гемодинаміки і призводить до ускладнень при основному та супутньому захворюваннях.

#### **Сливка Н.О., Плеш І.А., Гайдуков В.А., Борейко Л.Д., Гайдич Л.І. АНТИОКСИДАНТНІ ВЛАСТИВОСТІ ГЛУТОКСИМУ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНИЙ ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ**

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти*

*Буковинський державний медичний університет*

Новітнє уявлення про патогенез алкогольного цирозу печінки (АЦП) виявляє суттєві недоліки у існуючому терапевтичному арсеналі, тому актуальним є пошук нових лікарських форм, які дали б змогу контролювати перебіг даного захворювання та запобігти його ускладненням, що зумовлюють високі показники інвалідності та смертності. Метою дослідження було вивчення ефективності комплексного лікування хворих на АЦП із використанням імуномодулятора нового покоління глутоксиму.

Усього було обстежено 90 хворих на АЦП, що були розподілені на дві групи: 1-а група на фоні базисного лікування отримувала глутоксим у дозі 30 мг/добу упродовж 10-ти днів; 2-га група отримувала тільки базисне лікування. Проводилось визначення показників перекисного окиснення білків до та після лікування.

Аналіз отриманих даних показав зниження рівня малонового альдегіду плазми крові на 42,8 % у хворих I-ї групи (при 28,4% у 2-й групі); рівня малонового альдегіду еритроцитів - на 38,4 % (у 2-й групі – на 17,5 %); рівень ізольованих подвійних зв'язків знизився на 33,12 % (у 2-й групі – на 12,6 %); рівень глутатіону відновленого підвищився у 2,2 рази (у 2-й групі – на 67,7 %); вміст каталази підвищився 34,62 % (у 2-й групі – на 7,5 %); вміст супероксиддисмутази підвищився у 2 рази (у 2-й групі – на 57,4 %) ( $p < 0,05$ ).



Отже, наведені дані свідчать про підвищення терапевтичної ефективності комплексного лікування хворих на АЦП із використанням глутоксиму, що обумовлено вираженою антиоксидантною дією цього препарату.

**Ступницька Г.Я.**

#### **ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ БЛОКАТОРІВ КАЛЬЦІЄВИХ КАНАЛІВ ТА ЇХ КОМБІНАЦІЙ ІЗ СТАТИНАМИ, ТЕЛМІСАРТАНУ ТА ІНГІБІТОРІВ АНГІОТЕНЗИНПЕРЕТВОРЮЮЧОГО ФЕРМЕНТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНИМ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ**

*Кафедра внутрішньої медицини*

*Буковинський державний медичний університет*

Сьогодні багато уваги науковці приділяють вивченню ролі ренін-ангіотензинової системи (РАС) в патогенезі хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ). Виявлена експресія обох типів рецепторів до ангіотензину II (AT<sub>1</sub> та AT<sub>2</sub>) у легеневій тканині. Оскільки хронічне запалення та оксидативний стрес відіграє ключову роль у патогенезі ХОЗЛ, блокада активності РАС, яка стимулює визволення ІЛ-6, ФНПа та генерацію активних форм кисню, є доцільною. Окрім того, доведені протизапальні властивості статинів та блокаторів кальцієвих каналів (БКК). Проте залишається не до кінця вивченою індивідуалізація призначення зазначених препаратів у хворих на ХОЗЛ за наявності метаболічного синдрому (МС).

Мета роботи: вивчити ефективність використання амлодипіну його комбінації з аторвастатином, телмісартану та еналаприлу у хворих на ХОЗЛ із МС.

Обстежено 77 хворих на ХОЗЛ із супутнім МС. Хворі розподілялися на 4 групи залежно від отриманої додаткової терапії: 17 хворим до лікувального комплексу додавали амлодипін у дозі 5 мг (I група), 23 хворим – комбінований препарат амлодипіну 5 мг та аторвастатину 10 мг (II група), 22 пацієнтам додавали телмісартан у дозі 40 мг (III група) та 15 пацієнтам (IV група) – еналаприл у дозі 5-10 мг. Курс лікування складав шість місяців. Досліджували вуглеводний і ліпідний обмін, показники системного запалення, ендотеліальної дисфункції та рівень адипокінів.

Встановлено, що комбінація БКК та статинів істотно знижує рівень системного запалення: ФНПа знижувався на 39% ( $p < 0,001$ ), С-реактивний білок (СРБ) – на 58% ( $p < 0,001$ ), сурфатантинний протеїн D (СПД) – на 31% ( $p < 0,001$ ). У хворих, які отримували БКК як монотерапію, спостерігалась тенденція до зниження зазначених показників. При використанні телмісартану виявлено достовірне зниження ФНПа (на 18%,  $p < 0,05$ ) та СРБ (на 24%,  $p < 0,05$ ), а рівень СПД достовірно не змінювався. У хворих на ХОЗЛ із МС, які отримували ІАПФ, відзначалось зниження показників системного запалення, але вірогідним було тільки зменшення рівня СРБ (на 14%,  $p < 0,05$ ). На рівень адипокінів у сироватці крові у хворих на ХОЗЛ із МС істотно впливала комбінація амлодипіну та аторвастатину (достовірно знижувався рівень лептину та резистину із зростанням рівня адипонектину, рівень цинк- $\alpha_2$ -глікопротеїну (ЦАГ) не змінювався). У хворих III групи достовірно знижувався вміст резистину в сироватці крові (на 21%,  $p < 0,05$ ) та зростав рівень ЦАГ (на 24%,  $p < 0,05$ ). На рівень ліпідів у сироватці крові із зазначених груп препаратів суттєвіше впливала комбінація аторвастатину з амлодипіном. Дещо покращувались показники ліпідного спектру крові при застосуванні телмісартану, в той час як ІАПФ та БКК не впливали на рівень ліпідів та адипокінів у сироватці крові.

При вивченні функціонального стану ендотелію встановлено, що телмісартан та комбінація амлодипіну з аторвастатином знижували рівень ендотеліну-1, розчинної форми молекули адгезії ендотелію судин першого типу, кількість циркулюючих у крові злущених ендотеліоцитів на тлі зростання рівня стабільних метаболітів NO.

Встановлено також, що телмісартан позитивно впливав на стан вуглеводного обміну, що проявлялося зниженням рівня глюкози та глікозильованого гемоглобіну із зменшенням індексів HOMA та CARO.

Комбінація амлодипіну з аторвастатином наділена протизапальними властивостями, усуває дисбаланс адипокінів, ендотеліальну дисфункцію та дисліпідемію. Водночас телмісартан сприяє зниженню рівня системного запалення, покращанню функціонального стану ендотелію та обміну адипокінів за позитивного впливу на вуглеводний обмін.

Отже, комбінація амлодипіну з аторвастатином може бути рекомендована хворим на ХОЗЛ із МС за наявності дисліпідемії. Телмісартан показаний при інсулінорезистентності та цукровому діабеті II типу, які часто спостерігаються у хворих на ХОЗЛ із МС.

**Танас О.В., Хухліна О.С.**

#### **СУЧАСНА ТЕРАПІЯ ОСТЕОАРТРОЗУ ЗА КОМОРБІДНОСТІ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ОЖИРІННЯМ**

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб*

*Буковинський державний медичний університет*

У нашій роботі оцінювалась ефективність застосування діасереїну на клінічний перебіг остеоартрозу колінних суглобів за коморбідності з артеріальною гіпертензією і ожирінням, показники цитокінового профілю та параметри оксидантно-протиоксидантного гомеостазу.

У дослідження були включені 30 пацієнтів (8 чоловіків і 22 жінки) на остеоартроз колінних суглобів II-III стадії з есенціальною АГ II стадії та ожирінням I ступеня. Середній вік хворих складав 66,3 $\pm$ 5,7 років. Для