

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



**МАТЕРІАЛИ
95 – ї
підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

17, 19, 24 лютого 2014 року

Чернівці – 2014

УДК 001:378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М 34

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Андрієць О.А.
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 Польовий В.П.
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.
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2014



Пацієнтам із синдромом метеозалежності та домінуючими церебральними проявами метеозалежності (середній ступінь) окрім А-дістону додатково призначали вазавітал (екстракт гінґко білоба, пилко бджолиний, вітаміни С, В1, В12, В6, РР) збільшуючи ранкову та вечірню дозу до 2 капсул тривалістю два (особам до 55 річного віку) - чотири (старше 55-60 років) місяці в цей же період. Окремим особам у віці старше 70 років та початковими ознаками енцефалопатії, вазавітал призначали тривалістю до шести місяців з перервою перед наступним курсом 2 - 4 місяці. Такий підхід дозволив значно зм'якшити прояви метеозалежності у осіб до 55 річного віку, помірно покращити стан хворих з середнім ступенем залежності у осіб старше 60 років, а також зменшити симптоматику основних недуг. Застосування зазначених препаратів дозволило знизити дози базисних лікарських засобів ІХС та покращити якісні показники життя (працездатність, настрої, сон, психоемоційна активність).

Вітчизняні фітопрепарати А-дістон та Вазавітал є ефективними лікувально-профілактичними засобами корекції метеозалежності у пацієнтів з віковими атеросклеротичними ураженнями серця та головного мозку, а також сприятливо впливають на прояви ІХС, покращують якісні показники життя.

Волошин О.І., Доголіч О.І.

ВІКОВІ АСПЕКТИ ПЕРЕБІГУ ТА КЛІНІКИ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

Буковинський державний медичний університет

За останні 20 років значно зросла частота подагри і нині захворюваність на цю недугу перевищує захворюваність на ревматоїдний артрит та набуває все більшої медико-соціальної значущості. Однією із особливостей подагри на сучасному етапі є її прояви на тлі метаболічного синдрому.

Мета роботи: вивчити вікові аспекти перебігу та клініки у хворих на подагру на тлі метаболічного синдрому.

Спостереження проведені у 86 хворих на подагру у віці 30-78 років, з них чоловіків було 84 особи. Застосовані клінічні, лабораторно-біохімічні, інструментальні, рентгенологічні методи верифікації діагнозу.

Встановлено, що у 53 (61,63%) осіб подагра проявлялась на тлі метаболічного синдрому. Однак останнім у пацієнтів у віці до 45 років (20 пацієнтів) проявлявся переважно артеріальною гіпертензією I - II ступеня, надмірною масою тіла, стеатогепатозом та інсулінорезистентністю і лише у 3 - цукровим діабетом другого типу, а також значною гіперурикемією ($488,7 \pm 5,16$ мкмоль/л). Подагра перебігала за типом епізодів гострого подагричного артрити, або з мінімальними рентгенологічними змінами кісток уражених суглобів, без тонусів.

У віці за 45, особливо 60 років спостерігався перебіг, переважно по типу хронічної тофусної подагри частіше, почастишали ураження колінних, ліктьових суглобів, рецидиви хвороби при все менш значущих провокуючих аліментарних огріхах та за дії мінімальних фізичних факторів. Метаболічний синдром мав також свої особливості: ожиріння I - II ст., виявлялося у 2/3 хворих, артеріальна гіпертензія була II ступеня, з роками частішали та наростали прояви ІХС, цукрового діабету у 19 (29,23%) з 65 хворих цієї вікової групи), рентгенологічно подагричне ураження суглобів поєднувалося з явищами остеоартрозу. За вікового нашарування остеоартрозу перебіг подагри набував торпідності, іноді виявлялись загострення подагри за вимушеного застосування активаторів метаболізму (АТФ, рибоксин), малих доз аспірину, діуретиків при ІХС. Тобто, більш значуща вираженість метаболічного синдрому набувала ознак явної коморбідності з подагрю та вимагала врахування взаємовпливу на ці хвороби медикаментозного характеру. Хоча ступінь гіперурикемії у цієї когорти хворих була меншою ($467,5 \pm 7,21$ мкмоль/л), але частота загострень подагри та проявах ІХС помітно наростали з явищами феномену взаємного обтяження перебігу.

Метаболічний синдром у хворих на подагру - часте явище, яке має свої відмінності у осіб зрілого віку (легші прояви) та у пацієнтів літнього та старечого віку (виразні прояви, сприяння частішим рецидивам та торпідності перебігу, ефект взаємного обтяження перебігу). Ці особливості слід враховувати при здійсненні комплексного лікування зазначених коморбідних процесів.

Волошина Л.О.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ ОЖИРІННЯ ТА МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Кафедра внутрішньої медицини

Буковинський державний медичний університет

Остеоартроз (ОА), як хронічне прогресуюче захворювання суглобів старшої вікової категорії населення є важливою медико-соціальною проблемою, яка тісно корелює з кардіоваскулярним ризиком (КВР) і має взаємобтяжуючий вплив. Відсутність повноцінної програми первинної та вторинної профілактики, в тому числі невчасне виявлення і корекція факторів ризику, ураження органів-мішеней призводять до прогресування атеросклеротичного ураження судин, ендотеліальної дисфункції та є однією з причин високої захворюваності і смертності від серцево-судинних ускладнень у хворих на ОА.

Мета: вивчити закономірність розвитку КВР у хворих на ОА залежно від маси тіла та метаболічного синдрому.



Під спостереженням перебувало 78 хворих на ОА у віці від 38 до 73 років. Співвідношення чоловіки:жінки у віці до 55 років складало 1:5, після 60 років - 1,1:2. Зважаючи на те, що одним з важливих факторів ризику ОА є ожиріння та метаболічний синдром, які мають прямий вплив на розвиток КВР у людини, нами при проведенні динамічних спостережень було встановлено, що ожиріння I ступеня спостерігалось у 26 хворих (33,3%), II ступеня у 16 хворих (20,5%), III у 5 хворих (6,5%), надлишкова маса тіла у 31 хворих (39,7%). Метаболічний синдром (МС), згідно встановлених критеріїв, спостерігався у 38 хворих (48,72%); частота його зростала з віком хворих. Встановлено, що КВР та його рівні при ОА підвищувався при збільшенні ступеня ожиріння, а за наявності МС - у 100%.

Відмічено, що із зростанням ступеня ожиріння, віку хворих, погіршувалися результати лікування ОА на стаціонарному етапі та зростали частота, тривалість рецидивів, потреба у повторних госпіталізація та тривалішими ставали періоди вимушеного застосування нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), як потенційних провокуючих кардіоваскулярні події факторів. Аналіз наукового матеріалу дозволив встановити закономірність: із зростанням віку осіб та давності, тяжкості перебігу ОА відмічається зростання частоти і вираженості МС, що має прямі патогенетичні зв'язки з розвитком КВР та вимагає додаткових лікувально-профілактичних заходів.

Отримані результати демонструють пряму залежність виникнення КВР від індекса маси тіла у хворих на ОА, у зв'язку з чим виникає необхідність пошуку нового підходу до лікування та профілактики такого контингенту хворих. Слід приділяти більше уваги пацієнтам з ОА, що мають підвищений ризик певних коморбідних станів: атеросклероз, артеріальна гіпертензія, дисліпідемія в аспекті раціонального вибору НПЗП. Профілактичні заходи повинні бути направлені на мінімізацію факторів ризику разом з високим рівнем настороженості та постійним контролем таких пацієнтів.

Волошинська К.О.

ЛАБОРАТОРНІ ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ МЕНОПАУЗАЛЬНОГО МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

Буковинський державний медичний університет

Клімакс - фізіологічний період загальної вікової інволюції жіночого організму, який характеризується змінами функції кори головного мозку, гіпоталамуса, які регулюють циклічну і кількісну продукцію гонадотропних гормонів з поступовим припиненням овуляції, генеративної і гормонотворюючої функції яєчників. Порушення менструального циклу - одного з основних симптомів клімаксу - задовго передують віковій зміні функції гіпоталамуса, які заключаються в підвищенні збудливості його, зміні рівня артеріального тиску, збільшення маси тіла. Припинення менструальної, а в подальшому і гормонотворюючої функції яєчників є нормальним фізіологічним процесом, який настає в 45-55 років. Існують переконливі дані, що ожиріння може бути як незалежним фактором ризику, так і обтяжуючим моментом, який суттєво погіршує перебіг і прогноз артеріальної гіпертензії (АГ). За даними Фремінгемського дослідження, вірогідність розвитку АГ і всієї серцево-судинної патології у осіб з надлишковою масою тіла на 50% більше, ніж з нормальною вагою. Ступінь кардіоваскулярного ризику при ожирінні залежить від розподілу жирової тканини в організмі і є значно вищим при центральному, або «андроїдному» типі.

Ремодельовання серцево-судинної системи є незмінним атрибутом АГ, будучи, з одного боку, ускладненням АГ, а з другого-фактором її прогресування. Сьогодні, гіпертрофія міокарда лівого шлуночка (ГЛШ) розглядається як основний предиктор ранньої серцево-судинної захворюваності та смертності. Підтвердженням цьому слугують дані, які свідчать про те, що у пацієнтів, які страждають АГ і мають ГЛШ, ризик розвитку серцево-судинних подій достовірно вищий у порівнянні з пацієнтами без ГЛШ. Доведено, що ризик розвитку серцево-судинних ускладнень у пацієнтів з АГ і ГЛШ в 2-6 разів вищий у порівнянні з пацієнтами, які мають нормальну масу міокарда лівого шлуночка (ММЛШ).

Мета дослідження - визначення основних показників ліпідограми та оцінка стану міокардіального резерву у жінок з метаболічним синдромом в клімактерії.

Під спостереженням знаходилось 44 пацієнтки з метаболічним синдромом віком від 48 до 65 років ($54 \pm 1,3$ роки) - основна група з індексом маси тіла (ІМТ), що перевищував 25 кг/м^2 ($29,5 \pm 1,4 \text{ кг/м}^2$) та окружністю талії (ОТ), що становила в середньому $90,8 \pm 2,0$ см і 10 пацієнток репродуктивного віку ($37,58 \pm 2,1$ років) без ознак абдомінального ожиріння: $\text{ІМТ} = 22,25 \pm 0,85 \text{ кг/м}^2$, $\text{ОТ} = 76,42 \pm 2,33$ см (група контролю). При оцінці ліпідного спектру крові були відібрані такі показники як рівень загального холестерину, ліпопротеїдів низької щільності та тригліцеридів. Ехокардіоскопія виконувалась у парастернальній та верхівковій позиціях в положенні хворого на лівому боці. Для аналізу були відібрані наступні показники: товщина міжшлуночкової перетинки (ТМШП) та задньої стінки лівого шлуночка (ТЗСЛШ) в діастолі, величина лівого передсердя (ЛП) та інтегральний показник шкортливості міокарда.

Проаналізувавши основні показники ліпідограми у пацієнток обох груп, було встановлено підвищення вмісту загального холестерину ($6,32 \pm 1,8$ ммоль/л), ліпопротеїнів низької щільності ($4,02 \pm 2,3$ ммоль/л), тригліцеридів ($2,24 \pm 0,4$ ммоль/л) у жінок основної групи та нормальні показники вищезазначених маркерів у пацієнток групи контролю. При ехокардіографії у пацієнток основної групи ТМШП і ТЗСЛШ становили $1,3 \pm 0,5$ і $1,2 \pm 0,2$ см відповідно, а у жінок контрольної групи ці показники дорівнювали $0,75 \pm 0,1$ і $0,8 \pm 0,1$ см відповідно. Величина лівого передсердя у хворих основної групи



дорівнювала $4,2 \pm 0,15$ см, а у жінок групи контролю $3,5 \pm 0,2$ см. ($p < 0,05$). При оцінці інтегрального показника скоротливості міокарда у пацієнок обох груп відхилення від норми знайдено не було і у жінок основної групи вона становила $62 \pm 2\%$, а у жінок групи контролю $65 \pm 2\%$.

У жінок з ожирінням і порушенням ліпідного спектру крові в перименопаузі спостерігається найбільш виражене абдомінальне ожиріння, яке при артеріальній гіпертензії сприяє формуванню гіпертрофії лівого шлуночка, що значно збільшує ризик серцево-судинних ускладнень і смертності і визначає тактику щодо профілактичних заходів.

Гайдич Л.І., Плеш І.А.

ФУНКЦІОНАЛЬНА СТРУКТУРА АРТЕРІАЛЬНИХ, ВЕНОЗНИХ ТА МІКРОЦИРКУЛЯТОРНИХ СУДИН У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІЙНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ІІ СТАДІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД ЦИРКАДІАННОГО РИТМУ АТ НА ФОНІ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ

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

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) продовжують займати провідне місце в структурі смертності громадян України ($65,2\%$) та залишаються найбільш актуальною проблемою в усьому світі. Модифікація коригованих факторів ризику та корекція функції органів-мішеней у хворих на есенційну гіпертензію (ЕГ) ІІ ст. залишаються однією з перспектив у сфері науково-дослідницької діяльності. Безумовно, зниження високого артеріального тиску (АТ) є провідним механізмом попередження розвитку ускладнень та смерті у пацієнтів, та визначає якість контролю.

Важливого прогностичного та діагностичного значення в перебігу ЕГ ІІ ст. поряд із функціональною оцінкою артеріальних судин набувають венозні судини та мікроциркуляторне русло. Питання як пов'язані пошкодження артеріальної та венозної систем та які зміни при цьому відбуваються в системі мікроциркуляції у хворих на ЕГ ІІ ст. і як змінюється тонус венозних судин у пацієнтів з різним добовим профілем АТ є дуже цікавим та маловивченим.

Метою нашого дослідження було встановити та діагностично оцінити гемодинамічні зміни артеріальних, венозних, мікроциркуляторних судин у хворих на ЕГ ІІ ст. з різним добовим профілем АТ на фоні антигіпертензивної терапії препаратів І лінії.

Нами обстежені 92 хворих на ЕГ ІІ ст. (згідно класифікації ВООЗ, 2010). Середній вік хворих становив $52,38 \pm 4,14$ роки. Усім хворим здійснювалось добове моніторування АТ (ДМАТ) на апаратному комплексі "Solvaig" (Україна) з встановленням належності до однієї з груп "dipper" (D), "non dipper" (ND) та "night picker" (NP). Крім цього, проводили порівняльну характеристику величин ангіотензіореобарографії (АТРБГ) верхньої кінцівки з визначенням тисків замикання та відмикання артерій (ТЗА, ТВА) та вен (ТЗВ, ТВВ) (патент на корисну модель № UA 34831 A 15.03.2001р.), визначали центральний венозний тиск (ЦВТ) за традиційною методикою у нашій модифікації (рац.пропозиція № 42/03, затверджена Буковинським державним медичним університетом) та провели комп'ютерну капіляроскопію нігтьового ложа (ККСНЛ) верхніх кінцівок за допомогою цифрового оптичного капіляроскопа «Мікропоток» «MSX M7X camera».

За варіантами добового індексу (ДІ) розподіл пацієнтів склав: D -35, ND - 45, NP - 11 осіб, що у відсотковому співвідношенні від загальної кількості становить 39%, 49% та 12% відповідно. Середні значення АТ до проведення ДМАТу у пацієнтів на ЕГ ІІ ст. становили САТ $149 \pm 2,9$, ДАТ $93 \pm 1,9$ (мм.рт.ст.).

Про прогресування патологічних розладів гемодинаміки у пацієнтів на ЕГ ІІ ст. свідчить оцінка компресійно-декомпресійної проби на кінцівках з визначенням величин тисків на замикання та відмикання артерій і вен. Нами виявлено, що ТЗВ був у 2-2,5 разів вищим у хворих на ЕГ ІІ ст., ніж у нормотензивних осіб та мав наступні значення: $18,0 \pm 3,1$ мм H₂O у загальній групі; $12,6 \pm 2,2$ - у пацієнтів з групи D; $20,6 \pm 3,5$ мм H₂O у пацієнтів з групи ND; $21,3 \pm 4,0$ - у пацієнтів з групи NP. ТЗА характеризувався наступними показниками : у загальній групі пацієнтів на ЕГ ІІ ст.: $142,7 \pm 6,1$, у пацієнтів з групи D - $140,8 \pm 4,3$; у пацієнтів з групи ND - $142,9 \pm 6,8$; у пацієнтів з групи NP - $144,4 \pm 9,7$ мм H₂O. ТВА та ТВВ мали такі показники : у загальній групі пацієнтів на ЕГ ІІ ст.: $130,0 \pm 8,5$; $46,3 \pm 2,4$; у пацієнтів з групи D - $132,1 \pm 4,6$; $49,2 \pm 2,7$; у пацієнтів з групи ND - $131,3 \pm 6,9$; $43,6 \pm 2,2$; у пацієнтів з групи NP - $128,9 \pm 5,3$; $42,1 \pm 1,4$ мм H₂O відповідно.

Привертає до себе увагу і досліджуваний нами показник ЦВТ у пацієнтів на ЕГ ІІ ст., який суттєво залежав від ДІ. За отриманими даними, у всіх групах, середні величини були вищими від норми (N – 60-120 мм.H₂O) та становили у пацієнтів з групи D – $145,08$; ND – $145,92$, NP – $160,6$ (мм.H₂O).

Оскільки систему мікроциркуляції характеризує висока реактивність у відповідь на зміни гомеостазу і зовнішні чинники, нами проведений аналіз комп'ютерної капіляроскопії нігтьового ложа (ККСНЛ) верхніх кінцівок та з'ясувалось, що в 98 % обстежених пацієнтів діагностували зміни капілярної сітки різного ступеня, які теж залежали від ДІ та характеризувались змінами форми капіляра, гемодинамічними змінами в мікросудинах, де артеріо-венулярна рівновага зміщена у бік венулярної, особливо у пацієнтів з із низьким та від'ємним добовим профілем АТ - ND та NP.

Як відомо, перерозподіл об'єму циркулюючої крові значно впливає на підвищення ЦВТ. У досліджуваних нами пацієнтів зміни показників ККСНЛ та рівень ЦВТ були у зростаючій залежності у групах з низьким та від'ємним добовим індексом.



Аналіз лікувальної тактики показав, що пацієнти з циркадіанною структурою АТ D до проведення ДМАТу приймали препарати першої лінії з перевагою наступних груп: інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (іАПФ) - 48%, блокатори β-адренорецепторів (β-АБ) - 19%, антагоністи кальцієвих каналів (АКК) - 9%, блокатори рецепторів ангіотензину ІІ (БРА ІІ) - 7%, діуретики в комбінації з іншими препаратами першої лінії – 17%. У пацієнтів з циркадіанною структурою АТ - ND у лікувальній тактиці переважали такі групи препаратів: іАПФ - 43%, β-АБ - 13%, АКК - 6%, БРА ІІ - 4%, діуретики в комбінації з іншими препаратами першої лінії – 34%. Пацієнти з циркадіанною структурою АТ NP до проведення ДМАТу приймали препарати з перевагою наступних груп: іАПФ – 46 %, β-АБ - 4%, АКК -5 %, БРА ІІ - 8%, діуретики в комбінації з іншими препаратами першої лінії - 37%.

Середні добові значення АТ після проведення ДМАТу у пацієнтів на ЕГ ІІ ст. з різною циркадіанною структурою АТ склав: D – САТ - $140,57 \pm 4,72$; ДАТ – $80,03 \pm 3,04$; ND – САТ – $143,71 \pm 6,28$, ДАТ $80,80 \pm 3,62$; NP – САТ – $146,78 \pm 3,88$, ДАТ $81,44 \pm 1,91$ мм.рт.ст.

У пацієнтів на ЕГ ІІ ст. присутні гемодинамічні зміни артеріальних, венозних та мікроциркуляторних судин. У осіб з низьким та від'ємним ДІ зміни показників системи мікроциркуляції та венозної ланки реєструвались у зростаючій залежності. Аналіз лікувальної тактики показав, що у всіх групах пацієнтів на ЕГ ІІ ст. переважали інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту та комбіновані діуретики.

Гайдуков В.А.

ВИКОРИСТАННЯ ОМАНУ ВИСОКОГО В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІВЧНИХ ГАСТРОДУОДЕНІТІВ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

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

Обстежено 62 хворих на хронічний гастродуоденіт (ХГД) у поєднанні з хронічним некалькульозним холециститом (ХНХ) на безмедикаментозному фоні. Застосовували оман високий (ОВ) у вигляді спиртової (70%) настойки (1:4) виготовленої згідно фармакопейних вимог по 60 крапель на 100 мл теплої дистильованої води.

Встановлено, що настоянка ОВ володіє стимулюючим ефектом щодо процесу кислото утворення шлунка за умови збереження функції обкладкових клітин. У 46 досліджуваних застосування відповідної дози настоянки ОВ призводило до стимуляції шлункового кислотоутворення. У 14-16 пацієнтів не було відмічено подібні реакції, що пов'язано з наявністю атрофічних змін слизової оболонки шлунка (гістамінорезистентною) гіпохлоргідрією. Застосування препаратів ОВ викликало статистично достовірний зсув рН у кислу зону на рівні тіла шлунка при початковій нормаацидності та помірно і різко зниженій інтенсивності кислото утворення. Найбільш значний кислото стимулюючий ефект спостерігали у хворих з селективною гіпоацидністю, менший – з абсолютною і субтотальною.

Аналіз отриманих даних вказує на необхідність диференційованого підходу до часу призначення. ОВ: при гіпоацидності – за 40 хв. до їди, при нормаацидності – за 20 хв. до їди, при гіперацидності – за 10 хв. Аналізуючи вплив ОВ на моторно-евакуаторну функцію жовчного міхура визначено такі типи реакцій: 1) слабкий, холекінетичний ефект – у 43 хворих (коефіцієнт спостереження 10 – 15%); 2) холекінетичний ефект середнього ступеня виразності – 10 пацієнтів (КС 16-30%); 3) виражений холекінетичний ефект – 9-14 хворих (КС – 31-55%).

Гаразлюк О.І., Гаразлюк І.В.

ДІАБЕТИЧНА НЕФРОПАТІЯ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ВИРІШЕННЯ

*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 100 тисяч населення. Раннє виявлення та адекватне лікування цукрового діабету передбачає, в першу чергу, попередження виникнення ускладнень, в тому числі, і діабетичної нефропатії.

Діабетична нефропатія (ДН) - найбільш небезпечне ураженням нирок при цукровому діабеті, і багато в чому визначає прогноз захворювання в цілому. ДН виявляється у 40-45% пацієнтів як з інсулінозалежним, так і з інсулінонезалежним цукровим діабетом. Частота розвитку діабетичної нефропатії у хворих з тривалою захворюваністю 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 співставлені отримані дані з аналогічними показниками в Україні і світі. Виявлено порівняно нижчі показники поширеності І-ІІ 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