

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



## **МАТЕРІАЛИ**

**97 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
вищого державного навчального закладу України  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

**15, 17, 22 лютого 2016 року**

**Чернівці – 2016**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 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 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.

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 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний  
університет, 2016



життя після проведеного лікування, що свідчить про його ефективність, особливо у хворих І-ї групи.

Таким чином, після року спостереження за хворими з поєднаною патологією: Т з СПК завдяки використанню метеоспазмилу та карведилолу спостерігається нормалізація рівня тиреоїдних гормонів, серотоніну в плазмі крові, відновлення вегетативного балансу, а також покращення якості життя таких пацієнтів.

**Новиченко С.Д., Зуб Л.О.**

### **ТРАНСФОРМУЮЧИЙ ФАКТОР РОСТУ-БЕТА ЯК ПОКАЗНИК ПРОГРЕСУЮЧОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК З НАЯВНІСТЮ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ**

*Кафедра внутрішньої медицини*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Актуальність проблеми лікування пацієнтів на хронічну хворобу нирок (ХХН) на сьогодні залишається надзвичайно актуальною у зв'язку з розвитком ускладнень, які прискорюють темпи прогресування даної патології. Тому виникає нагальна необхідність подальшого вивчення механізмів розвитку та прогресування даної патології для подальшої розробки диференційованих підходів до лікування.

Метою роботи було дослідження вмісту трансформуючого фактору росту-бета (ТФР-бета) у хворих на ХХН І стадії з наявністю пієлонефриту, гломерулонефриту, діабетичної нефропатії за наявності ренальної артеріальної гіпертензії II ступеня.

Визначали показники ТФР-бета у плазмі крові 72 хворих, яких було поділено на 3 групи: I група – пацієнти з пієлонефритом (25 осіб); II – гломерулонефрит з анефротичним синдромом (23 особи); III – діабетична нефропатія IV ст. (ЦД 2 типу) (24 особи). Контрольну групу склали 25 хворих з гіпертонічною хворобою. Для порівняння було обстежено 20 здорових осіб. Вік пацієнтів був у межах 47±4,5 років. Тривалість захворювання складала 7±2,2 роки. Виявлено, що показники ТФР-бета були найвищими у хворих III групи, що вірогідно відрізнялося від відповідних даних усіх решти обстежених ( $p < 0,05$ ). Найнижчими були рівні ТФР-бета у пацієнтів I групи, але все ж дані показники були вірогідно вищими за норму ( $p < 0,05$ ) та вірогідно нижчими за показники групи контролю ( $p < 0,05$ ). Значення ТФР-бета у пацієнтів групи контролю (з гіпертонічною хворобою) не відрізнялися від відповідних даних II групи ( $p > 0,05$ ).

Таким чином, одержані результати дослідження доводять інтенсивне зростання рівня ТФР-бета у пацієнтів з наявністю артеріальної гіпертензії на тлі діабетичної нефропатії. Враховуючи доведений просклеротичний ефект даного цитокіну, це пояснює швидкі темпи прогресування даної патології без проведення вчасної та негайної ренопротекторної терапії. ТФР-бета можна використовувати як прогностичний маркер прогресуючого перебігу ХХН у хворих з наявністю артеріальної гіпертензії та попередження розвитку грізних ускладнень.

**Окіпняк І.В.**

### **ПРИХИЛЬНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНОГО ЗАСОБУ ДУПЛЕКОР У ПАЦІЄНТІВ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Нас зацікавило вивчення ефективності та прихильності застосування комбінованого засобу дуплекор у пацієнтів із АГ та виявленою дисліпідемією.

У дослідженні взяли участь 56 пацієнтів на АГ віком 53-69 років (середній вік 64,1±4,9). Критерієм включення була наявна есенціальна АГ та дисліпідемія. Всім хворим проводили клінічне обстеження, визначення показників ліпідограми, цілодобове моніторування АТ. Обстеження здійснювали при першому візиті, через 2 місяці та через 6 місяців. Пацієнти були розподілені на 2 групи: першу (28 осіб) склали хворі, яким в якості терапії було призначено амлодипін 10мг/добу, аторвастатин 10 мг/добу; другу (28 осіб) склали хворі, яким призначено дуплекор (аторвастатин/амлодипін) 10/10.

Встановлено досягнення цільового рівня ліпопротеїдів низької щільності ( $< 2,5$  ммоль/л) через 6 тижнів у 89,2% пацієнтів основної групи, 71,4% - у пацієнтів контрольної групи. Цільового рівня САТ було досягнуто у 64,28% (основна група) та у 53,6% (контрольна група), ДАТ – у 100% спостережень. Достовірно знизився пульсовий АТ (на 11%) у пацієнтів основної групи у порівнянні із контрольною, підвищення якого найбільш характерне для старших вікових груп та відображає погіршення еластичності судин. Про зниження гіпертензивного навантаження протягом доби свідчить виражене зменшення індексу часу: для САТ – на 48,3% та 46,2% (відповідно основна та контрольна група). На 11,1% та 9,9% зменшилася початково підвищена варіабельність САТ впродовж доби (відповідно основна та контрольна група).

Таким чином, вдалося досягти рекомендованого цільового рівня показників ліпідограми та рівня АТ у обстежених, при цьому отримано кращі показники у пацієнтів, які отримували фіксовану комбінацію аторвастатину та амлодипіну, відзначено вищу прихильність хворих до лікування комбінованим препаратом, простий та зручний режим прийому ліків.



**Олексюк С.І., Федів О.І.**

### **РОЛЬ ДИСФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІУ В ПРОГРЕСУВАННІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ НЕВІРУСНОГО ПОХОДЖЕННЯ**

*Кафедра внутрішньої медицини*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Дисфункція ендотелію – це дисбаланс між продукцією вазодилатуючих, ангіопротективних, антипроліферативних факторів і вазоконстрикційних, протромботичних та проліферативних факторів. У даний час доведено, що дисфункція ендотелію може бути самостійною причиною порушення кровообігу, провокуючи тим самим ангіоспазм з подальшим тромбозом судин. Про активність ендотелію можна судити за вмістом біологічно активних речовин, які він продукує. Ендотелін-1 і чутливі до нього рецептори знаходять в м'язевій оболонці кровоносних судин, сприяє збільшенню вмісту внутрішньоклітинного кальцію. Отже, зв'язування Et-1 з рецепторами сприяє активації актоміозинового комплексу гладком'язових клітин судинної стінки і їх тонічному скороченню (вазопресорний ефект), що робить вірогідним його участь в місцевій регуляції кровообігу.

Метою роботи було оцінити показники ендотеліну-1 в крові у пацієнтів на цироз печінки невірусного походження в поєднанні з хронічною серцевою недостатністю різної етіології в порівнянні з контрольною групою.

Проводилося дослідження крові на наявність Et-1 у 30 осіб (обох статей у віці від 44 до 66 років, середній вік – 55 ± 1,04), що перебували на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному відділенні ОКУ «Обласна клінічна лікарня м.Чернівці». Статистична обробка отриманих результатів дослідження проводилась на персональному комп'ютері за допомогою програми Statistica 6,0. Проведене дослідження виконане у відповідності з етичними нормами Хельсинської декларації перегляду 2008 року. Кількість Et-1 в крові пацієнтів на цироз печінки невірусного походження в поєднанні з хронічною серцевою недостатністю різної етіології виявилось в середньому 8,53±0,27 пг/мл, у той час як серед осіб з групи контролю цей показник склав 4,92±0,18 пг/мл ( $P < 0,05$ ).

Наведені результати вказують на безпосередню участь вазоактивних речовин, що виділяються ендотелієм в патологічний процес у хворих на цироз печінки невірусної етіології, так як кількість циркулюючих Et-1 виявилось практично в 1,9 рази вище в порівнянні з контрольною групою. Виходячи з отриманих результатів можна припустити, що запальні процеси, впливаючи шоразу на судинні структури, пошкоджують їх, і тим самим, призводять до подальшого прогресування хронічної серцевої недостатності в хворих цироз печінки невірусного походження.

**Оліник О.Ю.**

### **ХЕМОКІНИ - МАРКЕРИ ПРОГРЕСУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, ПОЄДНANOЇ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ**

*Кафедра внутрішньої медицини*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Однією з важливих проблем сучасної гастроентерології є виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки (ВХДПК), на яку за даними світової статистики, хворіє 5–15% населення. Цілий ряд клінічних досліджень, що проведені протягом останніх десятиліть, вказують на роль імунних механізмів у розвитку та перебігу виразкової хвороби [Сокольник С.В., 2012]. Незважаючи на широке коло різноманітних досліджень із вивчення механізмів розвитку захворювання та багатогранність запропонованих схем лікування, усе частіше спостерігають омолодження ВХДПК, тривалий та рецидивуючий перебіг, розвиток ускладнень.

Адгезія Нр негайно викликає сигнальну трансдукцію та реорганізацію цитоскелету епітеліоцитів, які відповідають продукцією цитокінів, а саме інтерлейкіну-8 (ІЛ-8). Ці цитокіни призводять до міграції лейкоцитів із кровоносних судин, розвивається активна стадія запалення. Активовані макрофаги секретують інтерферон  $\gamma$  та фактор некрозу пухлини, у свою чергу вони залучають у слизову оболонку нові клітини, які беруть участь у запальній реакції. Завдяки каталазі та супероксиддисмутазі Нр уникають фагоцитозу. У той же час у самому епітелії реактивний кисень і мієлопероксидаза активованих лейкоцитів викликають тяжкі деструктивні зміни. Таким чином, за висловом Л.І. Аруїна, «захисна реакція завершується суїцидом».

Інтерлейкін-8 (ІЛ-8) відомий як хемотаксичний фактор Т-клітин і фактор, що активує нейтрофіли (НВС) [Clorc G. і співавт., 1990, Rassaud Дж. та ін., 1990]. Інтерлейкін-8 (ІЛ-8) належить до групи хемотаксису, основна властивість яких забезпечувати хемотаксис в зону запалення різних типів клітин: нейтрофілів, моноцитів, еозинофілів, Т-клітин. Він відіграє важливу роль у патогенезі захворювань, асоційованих з *Helicobacter pylori* (Нр), оскільки продукується шлунковими епітеліальними клітинами у відповідь на персистенцію Нр.

Є дані, що ІЛ-8 також бере активну участь у механізмі початкового етапу аутоімунного процесу в острівцях Лангерганса, тобто клінічно ще латентній стадії розвитку захворювання, направляючи антигензалежні лімфоцити, які секретують спектр протизапальних цитокінів, з крові в острівці Лангерганса, призводячи до загибелі  $\beta$ -клітин та розвитку цукрового діабету (ЦД).



Нами було обстежено 30 хворих на пептичну виразку (ПВ), поєднану з ЦД, 11 хворих на ПВ, 11 хворих на ЦД та 10 практично здорових осіб (ПЗО).

Встановлено, що у хворих на ПВ достовірно вищий ( $p < 0,05$ ) рівень ІЛ-8, ніж у ПЗО ( $25,10 \pm 1,26$  пг/мл) та у хворих на ЦД, проте достовірно нижчий ( $p < 0,05$ ), ніж у хворих на ПВ, поєднану з ЦД. ІЛ-8 – фактор, рівень якого, у хворих на ПВ, залежить не тільки від наявності Нр-інфекції, але й від супутніх захворювань, а саме ЦД. Тому підвищення ІЛ-8 у крові пацієнтів з ПВ може бути одним із факторів розвитку та прогресування ЦД. І навпаки, якщо у хворих на ЦД підвищується рівень ІЛ-8, можна думати про інфікування такого хворого Нр, яка теж стимулює утворення цього хемокіну.

**Павлюкович Н.Д.**

#### **ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ З СУПУТНЬОЮ АНЕМІЄЮ РІЗНОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ**

*Кафедра внутрішньої медицини,  
клінічної фармакології та професійних хвороб  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Відповідно до результатів Фремінгемського дослідження, анемічний синдром (АС) значно ускладнює перебіг хронічної серцевої недостатності (СН) при ішемічній хворобі серця (ІХС). Аналіз дослідження SOLVD показав, що рівень гематокриту є незалежним чинником смертності хворих з ІХС. D.S. Silverberg та співавтори за даними 28 проспективних досліджень хворих з ІХС та СН прийшли до висновку, що анемія є незалежним предиктором смертності цих хворих. У пацієнтів з ІХС та АС зниження рівня гемоглобіну на кожні 10 г/л підвищує ризик смерті на 13% [Silverberg D.S., Wexler D., Sheps D et al., 2011].

У зв'язку з цим метою дослідження стало визначення впливу АС та цукрового діабету (ЦД) 2-го типу на якість життя хворих на ІХС літнього та старечого віку. Групу порівняння склали 12 пацієнтів з ІХС без супутніх ЦД та анемії в анамнезі та на момент обстеження. Обстежені хворі були співставимі за статтю та віком. Якість життя визначали за опитувальником Mezzich J., Cohen M., Ruizperez N. et al, 1999. За певними шкалами по десятибальній системі визначали якість життя пацієнта на момент опитування шляхом відмітки на будь-якій з десяти позицій на рядку для кожного з вказаних пунктів. Після цього вираховували середню кількість балів по кожній з позицій у групах обстежуваних.

Рівень фізичного благополуччя найвищим був у хворих контрольної групи ( $6,2 \pm 0,56$  балів), переважаючи над таким у пацієнтів з ІХС та ЦД у 1,72 рази ( $3,6 \pm 0,25$  балів,  $p < 0,05$ ), при ІХС та АС – в 1,37 рази ( $4,5 \pm 0,48$  балів,  $p < 0,05$ ), а при ІХС, ЦД та АС – у 2,82 рази ( $2,2 \pm 0,11$  балів,  $p < 0,05$ ). Значення показника психологічного та емоційного благополуччя у пацієнтів групи контролю було на 54% вищим, ніж при поєднаному перебігу ІХС та ЦД, на 57% переважало такий показник у хворих на ІХС та супутню анемію, а найнижчим його значення було у хворих III групи –  $2,1 \pm 0,25$  балів, що статистично вірогідно відрізнялось від пацієнтів групи контролю ( $p < 0,05$ ) та інших обстежуваних груп ( $p < 0,05$ ). Найнижчий рівень самообслуговування та незалежності дій був зафіксований у групі хворих на ІХС, цукровий діабет та анемію ( $4,1 \pm 0,14$  балів), вірогідно відрізняючись від такого у обстежуваних із ІХС та АС ( $6,3 \pm 1,11$  балів,  $p < 0,05$ ), ІХС та ЦД ( $5,9 \pm 0,81$  балів,  $p < 0,05$ ), а також від контрольної групи ( $9,4 \pm 0,62$  балів,  $p < 0,05$ ).

Показник працездатності був вищим у пацієнтів усіх дослідних груп, ніж у обстежених контрольної групи. Так у хворих на ІХС та ЦД значення даного показника склало  $4,2 \pm 0,31$  балів ( $p > 0,05$  проти групи контролю), а у пацієнтів з ІХС та АС і у хворих на поєднаний перебіг ІХС, ЦД 2-го типу та анемію різниця між аналогічними показниками у групі контролю носила статистично вірогідний характер ( $2,5 \pm 0,60$  балів та  $3,8 \pm 0,09$  балів проти  $5,4 \pm 1,08$  балів відповідно,  $p < 0,05$ ). Рівень міжособистісної взаємодії та соціо-емоційної підтримки статистично вірогідно нижчим був у порівнянні з контрольною групою відмічався лише у групі хворих на ІХС, ЦД 2-го типу та анемію. Нижчі значення цього показника у решті групах обстежуваних були статистично невірогідними у порівнянні з хворими на ІХС.

Рівень громадської та службової підтримки був у 1,39 рази вищим у хворих контрольної групи ( $8,6 \pm 0,65$  балів), ніж у хворих з ІХС та цукровим діабетом ( $6,2 \pm 0,61$  балів), однак статистично вірогідної різниці між показниками нами знайдено не було ( $p > 0,05$ ). У пацієнтів з ІХС та анемією даний показник також був статистично невірогідно нижчим, ніж у групі контролю ( $6,4 \pm 1,03$  балів,  $p > 0,05$ ). У групі хворих на ІХС, ЦД 2-го типу та АС рівень громадської та службової підтримки склав  $4,6 \pm 0,32$  балів, статистично вірогідно відрізняючись від хворих групи контролю ( $p < 0,05$ ). Показник особистісної реалізації був вірогідно вищим у хворих контрольної групи ( $7,4 \pm 0,64$  балів), ніж у хворих з ІХС та ЦД 2-го типу ( $4,2 \pm 0,19$  балів),  $p < 0,05$ . При поєднаному перебігу ІХС та АС ми спостерігали зниження даного показника до  $5,67 \pm 0,52$  балів, хоча статистично вірогідною у порівнянні з групою контролю різниця не була ( $p > 0,05$ ). Найнижчим рівень особистісної реалізації був виявлений нами при опитуванні хворих на ІХС, ЦД 2-го типу та анемію ( $2,8 \pm 0,40$  балів,  $p < 0,05$  при порівнянні з контрольною групою та групою пацієнтів з ІХС та АС). Показник духовної реалізації був практично однаковим в усіх групах обстежуваних.

У порівнянні з групою контролю загальне сприйняття якості життя у хворих з супутнім ЦД було вірогідно нижчим на 21%, при поєднаному перебігу ІХС та анемії – на 23%, а у пацієнтів з ІХС, ЦД 2-го типу та АС – на 42% ( $p < 0,05$  у всіх випадках). Також статистично вірогідно відрізнялось загальне сприйняття якості



життя у хворих на ІХС, ЦД та анемію у порівнянні з групою хворих на ІХС та ЦД ( $p < 0,05$ ) та групою пацієнтів з ІХС та АС ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, у хворих на ІХС старшого віку з супутніми ЦД 2-го типу та анемією має місце істотне погіршення якості життя в цілому, а також показників фізичного та психологічного благополуччя, самообслуговування, працездатності, особистісної реалізації. Проведений кореляційний аналіз засвідчив залежність якості життя від ступеня анемізації обстежених хворих. У хворих на ІХС із супутньою анемією встановлено прямі кореляційні зв'язки між вмістом гемоглобіну та показниками якості життя, які у більшості випадків були статистично вірогідними. Найбільш суттєвою кореляційна залежність визначена між рівнем гемоглобіну та фізичним благополуччям ( $r = 0,47$ ,  $p < 0,05$ ), психологічним/емоційним благополуччям ( $r = 0,51$ ,  $p < 0,05$ ), самообслуговуванням та незалежністю дій ( $r = 0,59$ ,  $p < 0,05$ ), працездатністю ( $r = 0,64$ ,  $p < 0,05$ ) та загальним сприйняттям якості життя ( $0,48$ ,  $p < 0,05$ ). Негативний вплив анемії на показники якості життя хворих на ІХС та у випадку ускладнення ІХС ще й цукровим діабетом 2-го типу, на нашу думку, вказує на доцільність корекції АС у даній категорії пацієнтів.

**Паліброда Н.М.**

#### **ЗАСТОСУВАННЯ ІТОПРИДУ ГІДРОХЛОРИДУ ТА АЛЬФА-ЛІПОЄВОЇ КИСЛОТИ У ПАЦІЄНТІВ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ**

*Кафедра внутрішньої медицини  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Основні складові каскаду метаболічних порушень або метаболічного синдрому (МС) - абдомінальне ожиріння, гіперліпідемія, тканинна інсулінорезистентність, артеріальна гіпертензія тісно пов'язані з функціональним станом органів травлення. За даними літератури, синдром диспепсії на тлі порушення моторики травного каналу, зустрічається у 70-80% хворих з МС та значно погіршує якість життя таких пацієнтів.

Метою дослідження було вивчити шляхи корекції порушень моторної функції травного каналу у пацієнтів з метаболічним синдромом.

Обстежено 22 хворих з МС та порушеннями моторики травного каналу. Шкала вираженості симптомів вимірювалася в балах від 0 до 3. Хворі були розділені на дві групи по 11 осіб: 1 група (основна) на тлі базисної терапії отримувала ітоприду гідрохлориду по 50 мг 3 р/добу та 600 мг альфа-ліпоєвої кислоти на добу, 2 група (контрольна) - домперидон по 10 мг 3 р/добу впродовж 4 тижнів. Вираховували середнє значення вираженості симптому в групі (вираженість кожного симптому в балах у кожного пацієнта додавали та ділили на число пацієнтів у групі). Використовували сучасні клінічні, біохімічні, ендоскопічні, рентгенологічні методи дослідження.

Позитивна динаміка відзначалась на 2–3-й день лікування у 54,5% хворих I групи, у 36,4% 2 групи ( $p < 0,05$ ). Через 2 тижні від початку лікування загальна ефективність в групах, що означало істотне або помірне поліпшення, склала для I групи 68,3% проти 57,9% в 2 групі ( $p < 0,05$ ). Через 4 тижні ефективність, що включає зникнення або значне зниження інтенсивності диспепсичних розладів, склала 81,8% для I групи проти 63,6% для 2 групи ( $p < 0,05$ ). Застосування комплексної терапії у хворих основної групи мало більш суттєвий вплив на стан ОМБ, порівняно з контрольною групою хворих: показник АКДНФГ нейтрального характеру зменшився на 30,2%, АКДНФГ основного характеру – на 29,8% у динаміці лікування ( $p < 0,05$ ). В контрольній групі дані показники змінилися незначущо ( $p > 0,05$ ). Позитивний антиоксидантний вплив запропонованого лікування у пацієнтів основної групи призвів до покращення морфо-функціональних властивостей еритроцитів, зокрема до збільшення індексу деформабельності еритроцитів на 21,1% у динаміці лікування ( $p < 0,05$ ) за відсутності достовірної динаміки показників у контрольній групі. В основній групі ітоприду гідрохлориду не виявлено небажаних побічних реакцій. У 2 пацієнтів, які приймали домперидон, виявили подовження інтервалу QT.

Отже, застосування комбінації ітоприду гідрохлориду та альфа-ліпоєвої кислоти на тлі базисної терапії метаболічного синдрому призводить до покращання моторно-евакуаторної функції травного каналу та позитивної динаміки клінічної картини у пацієнтів з МС. Такий вплив зазначеного лікування обумовлений зменшенням оксидативного стресу, покращанням мікроциркуляції, поряд з потужною прокінетичною дією ітоприду гідрохлориду. Зазначена комбінація лікарських засобів є більш ефективною, ніж використання домперидону у пацієнтів з порушенням моторно-евакуаторної функції травного каналу на тлі метаболічного синдрому.

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

#### **МОЖЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ІНСУЛЬТУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ШЛЯХОМ ЗАСТОСУВАННЯ S-АМЛОДИПІНУ ТА ЙОГО КОМБІНАЦІЇ З ЛІЗИНОПРИЛОМ**

*Кафедра сімейної медицини  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Артеріальна гіпертензія (АГ) є найбільш важливим і розповсюдженим у популяції фактором ризику розвитку інсульту. Ризик виникнення останнього корелює як з величиною систолічного, так і діастолічного артеріального тиску (АТ). Ця залежність має прямий, неперервний характер, незалежний від впливу інших