

**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



Аналіз значення показника депресії опитувальника Цунга не виявив достовірних розбіжностей залежно від статі та віку. Так середній показник шкали Цунга у жінок становив 48,2+5,6 бали проти 43,64+4,7 бали у чоловіків. У віковій групі до 55 років включно він склав 45,2+7,4, у осіб старшого віку 46,7+4,9 бали.

Натомість показник частоти виявлення депресії у жінок значно переважав аналогічний показник у чоловіків: депресія у жінок зустрічалась у 47,0% випадків, у чоловіків – лише в 27,8%.

Найбільші статеві відмінності у частоті поширення депресії виявлені у молодшій віковій групі: відсутність депресії серед осіб молодше 55 років включно чоловіків було 84,0%, жінок – лише 25,0%, депресія легкого ступеню серед чоловіків зустрічалась у 16,0%, серед жінок – у 75% випадків, помірний ступінь депресії у молодших пацієнтів не зустрічався взагалі.

У осіб вікової групи старше 55 років частота виявлення депресії між чоловіками та жінками практично не відрізнялась – відсутність депресії встановлено у 62,1% чоловіків та у 62,0% жінок, депресія легкого ступеню виявлена у 31,0% чоловіків та у 36,0% жінок, лише частка чоловіків з помірною депресією (6,9%) дещо переважала аналогічний показник у жінок – 2,0%.

Наявність депресії є впливовим чинником розвитку інфаркту міокарда і може розцінюватись як підсилююча компонента традиційних факторів ризику. Згідно результатів проведеного дослідження за допомогою опитувальника Цунга у 38,3% хворих виявлено депресію легкого та помірною ступеню. Встановлені статеві відмінності у поширеності депресивних розладів у пацієнтів з перенесеним інфарктом міокарда: у жінок, на відміну від чоловіків, перебіг ішемічної хвороби серця значно частіше супроводжується депресією (47,0% випадків, у чоловіків – 27,8%) та невротичними реакціями різних видів, що, очевидно, пояснюється більшою чутливістю, лабільністю жіночої психіки та схильністю жінок до більш емоційної оцінки власного стану.

Полянська О.С.

ІШЕМІЯ МІОКАРДА ПРИ СТАБІЛЬНІЙ СТЕНОКАРДІЇ

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини
Буковинський державний медичний університет*

З метою вивчення особливостей виникнення ішемії міокарда проведено обстеження 82 хворих на стенокардію II (СII) та III (СIII) функціонального класу (ФК) з вивченням показників холтеровського моніторування електрокардіограми. Серед обстежених пацієнтів у 40 виявлені переважно больові (БІМ) та у 42 – безбольові епізоди ішемії міокарда (ББІМ). Середній вік пацієнтів становив 53,2 роки.

При аналізі циклічності розвитку БІМ та ББІМ визначені певні відмінності. Так, частота виникнення БІМ впродовж доби у хворих на СІ була однаковою в усі погодинні інтервали, в той час як напади ББІМ характеризувались певною циклічністю з найбільшою величиною в проміжку між 6 і 12 год. У хворих на СII спостерігалось прогресивне зростання частоти виникнення БІМ о 6-12 год. з наступним зменшенням після 18 год. Частота розвитку ББІМ характеризувалась найбільшим значенням в період 6-12 год., найменшим – в 0-6 год. У хворих на СIII з однаковою частотою зустрічались епізоди БІМ в проміжках між 6 та 12 год., 18 та 24 год.; з найменшою частотою – в період з 0 до 6 год. Епізоди ББІМ у хворих цієї групи прогресивно зростали впродовж доби, досягаючи максимальних величин в проміжку між 18-24 год. Аналогічна залежність розподілу характерна для епізодів ББІМ у хворих на СII. Однак, на відміну від попередніх груп, частота епізодів БІМ у обстежених хворих зростала в проміжку з 18 до 24 год. Для хворих з ПІК визначено найбільше значення частоти виникнення епізодів ББІМ в проміжку від 18 до 24 год., а найбільша частота для БІМ – в період з 12 до 18 год. Спостерігається пряма залежність між зменшенням коронарного резерву та зростанням імовірності частоти МІ в більш пізні години доби.

Врахування особливостей хронобіоритмологічної мотивації дає можливість проводити індивідуалізоване лікування у хворих з різними формами ІХС.

Присяжнюк В.П.

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВОГО ПРОФІЛЮ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ТА ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ НЕВІРУСНОГО ПОХОДЖЕННЯ

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Буковинський державний медичний університет*

У хворих на цироз печінки (ЦП), водночас із прогресуванням основного захворювання, наростають зміни з боку серцево-судинної системи. Зокрема, окремі автори звертають увагу на аномальну регуляцію кровообігу у хворих на ЦП ускладненого портальною гіпертензією.

Мета дослідження – дослідити вікові особливості добових ритмів частоти серцевих скорочень, артеріального тиску та варіабельності серцевого ритму у хворих на цироз печінки невірусного походження.

Добове моніторування артеріального тиску (АТ) та електрокардіограми (ЕКГ) проведено 30 хворим на ЦП невірусного походження. До першої групи увійшли 10 пацієнтів віком від 30 до 44 років, до другої – 10 хворих у віці від 45 до 59 років, до третьої – 10 пацієнтів віком від 60 до 74 років. Контрольну групу склали 10 практично здорових волонтерів репрезентативних за віком та статтю до досліджуваних



пацієнтів. Серед обстежених хворих чоловіків було 16 (53,3%), жінок – 14 (46,7%). Перед проведенням обстеження всі пацієнти та практично здорові волонтери дали письмову інформовану згоду на проведення дослідження. Добове моніторування АТ та ЕКГ з наступним комп'ютерним опрацюванням отриманих даних і визначенням показників варіабельності серцевого ритму (ВСР) проводили за допомогою системи добового моніторингу ЕКГ і АТ та аналізу ВСР “Кардіотехніка-4000-АД” (“Инкарт”, Росія).

У обстежених пацієнтів середня ЧСС вдень була найвищою у хворих молодого віку, у яких вона на 25,9% ($p < 0,01$) переважала таку у групі практично здорових осіб. Спостерігали тенденцію до зниження ЧСС в денний період доби з віком. В нічний період доби ЧСС у пацієнтів усіх вікових груп достовірно переважала таку у практично здорових осіб: у I групі – на 36,9% ($p < 0,05$); у II групі – на 20,8% ($p < 0,05$); у III групі – на 18,7% ($p < 0,05$). Із зростанням віку пацієнтів спостерігали зниження середньої ЧСС вночі. У хворих на ЦП всіх вікових груп циркадний індекс (ЦІ) був достовірно нижчим порівняно із таким у групі контролю. Зокрема, у молодих пацієнтів із ЦП така різниця складала 10,3% ($p < 0,05$), у хворих зрілого віку – 8,4% ($p < 0,05$), у пацієнтів літнього віку – 15,2% ($p < 0,05$). Для обстежених хворих була властива тенденція до зниження ЦІ із зростанням віку. Необхідно зазначити, що значне зменшення вказаного показника відмічали у хворих із вираженими клінічними проявами та декомпенсацією ЦП. Отже, зниження ЦІ, можна асоціювати з несприятливим клінічним прогнозом захворювання на ЦП.

Вивчено характер добових ритмів АТ у хворих на ЦП різних вікових груп. Отримані дані вказують на порушення добових ритмів АТ у хворих на ЦП, що особливо яскраво помітно для систолічного АТ. Із віком серед таких пацієнтів зростала кількість осіб із non-dipper та night-picker типами добових коливань артеріального тиску. Більше того, у частини пацієнтів незалежно від віку спостерігали підвищене коливання систолічного артеріального тиску як в денний, так і в нічний періоди доби.

У обстежених хворих на ЦП спостерігали прояви дисфункції серцево-судинної системи. Виявляли кардіалгії у 57,2% пацієнтів, в 12,9% випадків – порушення ритму серцевої діяльності (синусова тахікардія, брадикардія, екстрасистолія); підвищення АТ у частини хворих (7,0%); гіпертрофію міокарда лівого (11,2%) та правого (4,2%) шлуночків. Необхідно відзначити, що зі збільшенням віку пацієнтів вказані зміни мали тенденцію до зростання, особливо у пацієнтів із декомпенсованим ЦП. Зміни показників добової ВСР у обстежених хворих на ЦП оцінювали порівняно з практично здоровими особами. Найвища ВСР була у практично здорових осіб, та вже у пацієнтів із ЦП молодого віку спостерігали її достовірне зниження. Для хворих на декомпенсований ЦП були властиві значні порушення добової ВСР, у них спостерігалось достовірне зниження часових показників загальної ВСР (SDNN, SDNN_I). При спектральному аналізі виявили достовірне зменшення загальної потужності спектру (TP) та його низькочастотних складових (LF). Показники, що відображають вплив парасимпатичної нервової системи на серцевий ритм (rMSSD, pNN50) вірогідно зростали у пацієнтів третьої групи порівняно із хворими першої групи. При цьому, не спостерігали достовірної різниці при аналізі HF, показника, що відображає високочастотну складову ВСР а також характеризує парасимпатичний тонус.

У хворих на цироз печінки зазнають змін добові ритми систолічного та діастолічного артеріального тиску, із віковим збільшенням кількості осіб із non-dipper та night-picker типами добових коливань артеріального тиску. Для обстежених хворих характерне вікове зменшення циркадного індексу, що асоціювалось із недостатнім зниженням частоти серцевих скорочень в нічний період доби. Варіабельність серцевого ритму була нижча вже у пацієнтів молодого віку порівняно із практично здоровими особами та мала тенденцію до подальшого зниження з віком.

Руснак І.Т., Ташук В.К., Іванчук П.Р.

ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ: ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЯ

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини
Буковинський державний медичний університет*

Серцево-судинні захворювання, зокрема ішемічна хвороба серця та артеріальна гіпертензія, є одними з найважливіших проблем сучасної медицини. Відомо, що регрес гіпертрофії лівого шлуночка пов'язується зі зменшенням серцево-судинної смертності. Актуальним є вивчення впливу розвитку гіпертрофії лівого шлуночка, оцінка способів її визначення.

З метою об'єктивізації кількісної оцінки гіпертрофії лівого шлуночка проведена комп'ютерна обробка електрокардіограм 202 пацієнтів зі стабільною стенокардією, артеріальною гіпертензією та серцевою недостатністю з її оцінюванням та побудовою першої похідної диференційованого зубця Т на засадах моделі, запропонованої Е.Ш. Халфеном.

Доведено зростання показника відношення максимальних швидкостей (ВМШ) диференційованої електрокардіограми, залежно від наростання проявів серцевої недостатності. Вплив діастолічного артеріального тиску на показник ВМШ достовірний з природом ознак гіпертрофії лівого шлуночка для бокової стінки лівого шлуночка та зменшенням для перетинкової ділянки лівого шлуночка, а отже систолічний артеріальний тиск і ще більше діастолічного артеріального тиску, обумовлюють ремоделювання лівого шлуночка, на відміну від тези про незалежність гіпертрофії лівого шлуночка від систолічного артеріального тиску.

Застосування диференційованої електрокардіограми дозволяє оптимізувати діагностичну цінність проведення електрокардіографічного дослідження в пацієнтів із патологією серцево-судинної системи, а



визначення показника ВМШ є результирующим відносно впливів наявних гіпертрофії лівого шлуночка, артеріальної гіпертензії, стабільної стенокардії та серцевої недостатності.

Сенюк Б.П., Лукашевич І.В.

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ “ХОЛІВЕР” ПРИ ЛІКУВАННЯ ПРОЯВІВ СЛАДЖ-ФЕНОМЕНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ В ПОЄДНАННІ З СЕЧОКИСЛИМ ДІАТЕЗОМ

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Метою дослідження було вивчення частоти зустрічальності УЗД-явищ сечокиислового діатезу у хворих на хронічний холецистит із сладж-феноменом, дослідити можливі етіопатогенетичні ланки такого поєднання та розробити шляхи їх корекції за допомогою препарату рослинного походження “Холівер” (“Hau Giang Pharmaceutical Joint-Stock Company-HG Pharm.”, В’єтнам)

Для характеристики морфо-функціонального стану ГБС та нирок проводили програмне ультразвукографічне дослідження 36 хворим на хронічний некаменевий холецистит з явищами сладж-феномену та без нього віком від 41 до 73 років з анамнезом захворювання від 5 до 17 років. Домінуючий контингент – жінки (63%). Ехографічно оцінювали розміри, контури, структуру зазначених органів. Ультрасонографічне дослідження здійснювали натще, через 10-12 годин після останнього прийому їжі за загальноприйнятою методикою. Крім того, всім хворим були проведені біохімічний аналіз крові, загальноклінічний аналіз сечі та аналіз сечі за Нечипоренко.

При обстеженні було виявлено, що у 19 хворих мали місце явища сладж-феномену від ¼ до ½ об’єму жовчного міхура на фоні помірного збільшення його об’єму та товщини і щільності стінки, ущільнення внутрішньопечінкових жовчних протоків при нормальних розмірах та ехо-структурі печінкової паренхіми, наявність мікролітів високої щільності в чашково-мискових системах нирок, ущільнення чашково-мискового комплексу Із 17 хворих на хронічний холецистит без проявів сладж-феномену мікроліти в нирках виявлені лише у 6, що ставить під сумнів наявність патогенетичної залежності між цими явищами.

Клінічний перебіг патології у пацієнтів вирізнявся схильністю до торпідного перебігу, знижувалась якість життя пацієнтів, була меншою ефективність гепатопротекторно-жовчогінної терапії, яка потребувала побільш тривалого застосування, рівень креатиніну, сечової кислоти, сечовини коливався в межах нормальних значень, але з тенденцією до верхньої межі норми, помірно підвищувалась активність лужної фосфатази, ГГТП, достовірно підвищувався рівень холестерину та тригліцеридів.

Програма оздоровлення досліджуваного контингенту хворих включала в себе корекцію харчового режиму в часі, нормалізацію балансу складових частин їжі з акцентом на збільшення рідинного компоненту до 2,5-3 л/добу, харчову корекцію функції кишечника за рахунок збільшення пектинового компоненту їжі, рослинних олій та молочно-кислих продуктів, дозоване фізичне навантаження (ходьба, біг, дихальна гімнастика, помірна фізична праця), жовчогінно-гепатопротекторну терапію рослинними препаратами (зокрема препаратом “Холівер”) впродовж 1 - 1,5 міс. з переходом на урофітолітичні препарати впродовж 3 - 9 міс.

Таким чином, хронічний холецистит з явищами сладж-феномену та сечокислий діатез – часте поєднання патологічних станів, особливо у людей зрілого віку; вираженість і частота їх продовжують зростати з віком. Одним з важливих причин їх виникнення є суттєві порушення хроноритмів та якості харчування, особливо нехтування рідинним, фруктовим-овочевим, пектиновим компонентами їжі, рослинними оліями, гіподинамія. Одним з ефективних шляхів підвищення ефективності реабілітації хворих є поєднання гепатопротекторно-жовчогінної терапії на тлі дієтичної корекції харчування в часовому та якісному аспектах з підвищеним рідинним навантаженням

Сініська І.О.

ЗАГАЛЬНИЙ КОАГУЛЯЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ КРОВІ У ХВОРИХ НА ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, ПОЄДНАНОЇ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМ

*Кафедра внутрішньої медицини
Буковинський державний медичний університет*

Важливе значення в збереженні тканинного гомеостазу, забезпеченні трофіки, фізіологічної регенерації та захисту слизової оболонки має мікроциркуляція слизової оболонки шлунка (СОШ) та дванадцятипалої кишки (ДПК), у зв’язку з чим її порушення є суттєвим патогенетичним фактором виникнення та прогресування виразкової хвороби (ВХ) шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК), особливо у поєднанні з метаболічним синдромом. У період загострення захворювання розлади мікроциркуляції носять генералізований характер, залежать від активності, тривалості і важкості патологічного процесу, наявності супровідної патології і можуть бути зумовлені змінами реологічних та коагуляційних властивостей крові. Враховуючи взаємообумовленість і координацію фізіологічних процесів у організмі людини, вивчення співвідношення між змінами в метаболічній та гемокоагуляційній ланках гомеостазу при ВХ є актуальним і дає змогу по-новому підійти до розробки питань патогенезу виразкової хвороби шлунка (ВХШ) та ДПК із метаболічним синдромом (МС).



Мета дослідження: оцінити систему гемостазу при поєднаній ВХШ та ДПК і МС шляхом вивчення змін часу рекальцифікації плазми крові (ЧРП), протромбінового часу (ПЧ), тромбінового часу (ТЧ) та активованого парціального тромбопластинового часу (АПТЧ).

Обстежено 65 осіб, з них: 20 осіб з ВХШ та ДПК, 30 осіб з ВХШ та ДПК, поєднаною з МС і 15 практично здорових осіб. Кров для проведення біохімічних досліджень у хворих брали з ліктьової вени вранці натще, після 12-15 годинного голодування. Відповідно до досліджень складені групи: 20 осіб з ВХШ ДПК (група №1), 30 осіб з ВХШ та ДПК, поєднаною з МС (група №2) і 15 практично здорових осіб (група №3).

Виявлено зниження коагуляційного потенціалу у всіх групах хворих. Зокрема, у групі №2 ЧРП знижений на 6,96%, ПЧ – на 15,22%, ТЧ – на 20,62%, АПТЧ – на 15,44% у порівнянні з групою №1, і відповідно на 16,02%, на 37,78%, на 26,99% та на 27,83% у порівнянні з практично здоровими особами.

Зниження часу рекальцифікації плазми крові (на 6,96% (p<0,05)), протромбінового (на 15,22% (p<0,05)), тромбінового (на 20,62% (p<0,05)) та активованого парціального тромбопластинового часу (на 15,44% (p<0,05)) свідчить про порушення компенсаторних можливостей організму та є важливим чинником прогресування захворювання.

Сливка Н.О., Пlesh І.А., Борейко Л.Д., Гайдуков В.А.

ДИНАМІКА ЗМІН ПОКАЗНИКІВ ПЕЧІНКОВОГО КРОВОПЛИНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ АЛКОГОЛЬНИЙ ГЕПАТИТ ПІД ВПЛИВОМ ЕНДОТЕЛІОПРОТЕКТОРНОЇ ТЕРАПІЇ

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

Проблема розвитку та прогресування хронічних дифузних захворювань печінки у теперішній час є однією із найбільш важливих у сучасній гастроентерології, має загальномедичне та соціальне значення. Актуальність проблеми обумовлена збільшенням кількості хворих зі вказаною патологією, особливо серед осіб працездатного віку. Хронічний алкогольний гепатит (ХАГ) за поширеністю займає друге місце після вірусних гепатитів. Тому актуальним є пошук нових терапевтичних засобів лікування даної патології.

Метою нашого дослідження було вивчення стану показників печінкового кровоплину у хворих на ХАГ у динаміці ендотеліопротекторної терапії (глутоксим).

Усього було обстежено 90 хворих на ХАГ, що були розподілені на дві дослідні групи (по 45 осіб кожна) залежно від типу отримуваного лікування: 1-а група на фоні базисного лікування отримувала глутоксим у дозі 30 мг/добу доведенокравельно упродовж 10-ти днів; 2-га група, контрольна, отримувала тільки базисне лікування. Проводилось визначення доплерографічних показників печінкового кровоплину із використанням ультразвукової та доплерографічної діагностичної системи “EnVisor HD” (Philips, USA) із конвексним датчиком 3,5 МГц до та після лікування.

Аналіз отриманих даних показав, що через 1 міс. після лікування у 1-й групі спостерігалась тенденція до зниження d BB, зростання Vmax BB, але різниця цих показників не досягала рівня статистичної значимості (p>0,05). У 2-й групі через 7 днів лікування спостерігалось достовірне зниження KI (із 0,18±0,1 до 0,10±0,2) (p<0,05). Також відмічалась тенденція до зменшення d BB (із 14,6±2,3 до 14,1±1,2) та d CB (11,8±2,7 до 11,5±1,6), зростання Vmax BB (із 11,9±1,8 см/с до 12,5±2,1 см/с), але різниця цих показників не досягала рівня статистичної значимості (p>0,05). Через 1 міс. після лікування у пацієнтів 2-ї групи достовірно знижувались KI, зростала Vmax BB (до 15,2±1,8 см/с) у порівнянні із показниками до лікування; а KI (0,07±0,03), d BB та d CB наближались до верхньої межі норми.

У пацієнтів контрольної групи через 7 днів після лікування показники печінкової гемодинаміки змінювались не значно, хоча і спостерігалась загальна тенденція до їх покращення. Через 1 міс після лікування у цій групі зареєстровано достовірне зростання лише Vmax BB та зниження KI, хоча нормалізація цих показників була нижчою у порівнянні із основною групою (p<0,05).

Узагальнення даних аналізу показників печінкового кровоплину у обстежених груп хворих у динаміці лікування виявило позитивні зміни, що сягали свого максимуму наприкінці 1-го місяці лікування та утримували досягнені значення навіть по проходженню 6 міс. від часу лікування, що свідчить про виражену терапевтичну ефективність запропонованої нами схеми лікування із включенням глутоксиму.

Значне покращення доплерографічних показників печінкового кровотоку, зареєстроване у пацієнтів після застосування глутоксиму відкриває нові перспективи своєчасної, патогенетично обґрунтованої медикаментозної терапії ХАГ.

Ступницька Г.Я.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ДІЄТИЧНОЇ ПІДТРИМКИ ТА ФІЗИЧНИХ ВПРАВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ПОЄДНАНЕ ІЗ АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

*Кафедра внутрішньої медицини
Буковинський державний медичний університет*

Останнім часом особлива увага приділяється хронічному обструктивному захворюванню легень (ХОЗЛ) у поєднанні з метаболічним синдромом (МС), одним із компонентів якого є абдомінальне ожиріння. Частота такого поєднання становить від 21% до 53%. Ожиріння ускладнює ведення хворих на