

антиоксидантами, была включена заместительная терапия L-тироксина в поддерживающих дозах 25–50 мкг/сут. Мы получили статистически достоверные положительные результаты. Так, показатели суточной экскреции КА с мочой статистически достоверно повысились и достигли уровня контроля. Отмечается повышение: А – на 48,1 %, НА – на

51,2 %, ДА – на 70,5 %, ДОФА – на 17,6 %. Активность МАО также сравнялась с показателями контроля и составила 0,07 ед/экст.

Заключение. Таким образом, выявленное значительное угнетение функциональной активности САС можно предотвратить выбором патогенетически правильной комбинированной терапии.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД В ТЕРАПИИ КОМОРБИДНОЙ ТЕРАПИИ: ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

ХАЙМЕНОВА Г.С., ЖДАН В.Н.

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава. Украина

Введение. В комплексном лечении больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) все чаще уделяют внимание плейотропному эффекту статинов.

Цель исследования. Определение эффективности применения розувастатина в комплексном лечении ХОБЛ в сочетании с ИБС.

Материал и методы. На базе пульмонологического отделения КП «Полтавская областная клиническая больница им. Н.В. Склифосовского Полтавского областного совета» были обследованы 30 больных ХОБЛ в группе с сопутствующей ИБС (стабильная стенокардия напряжения ФК II), в возрасте от 51 до 67 лет (средний возраст составил $57,03 \pm 3,51$ лет). Больные были разделены на две репрезентативные группы. Пациенты основной группы ($n=15$) получали протокольную терапию ХОБЛ и ИБС с дополнительным приемом розувастатина 10 мг на ночь. Контрольная группа ($n=15$) получала только базовую протокольную терапию. Обследование больных проводилось в начале исследования и через 12 дней после лечения, включало в себя оценку респираторных симптомов заболевания, степень выраженности одышки (шкала Medical Research Council Dyspnoea Scale). Толерантность к физической нагрузке изучали с помощью теста с 6-ти минутной ходьбой. Определяли уровень холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП). Определяли функцию внешнего дыхания. Среднюю частоту обострений

в течение последнего года оценивали за счет ретроспективного изучения анамнеза.

Результаты. После проведенного лечения у больных обеих групп отмечалось улучшение клинического состояния за счет уменьшения интенсивности выраженности респираторных симптомов заболевания: кашель, количество мокроты, выраженность одышки, а также повышение толерантности к физической нагрузке и улучшение лабораторно-инструментальных показателей. Однако у пациентов основной группы имело место более достоверно значимое уменьшение интенсивности кашля и количества мокроты, чем у пациентов контрольной группы. Следует отметить, что у больных основной группы после лечения имело место достоверное уменьшение бронхообструкции за счет повышения объема форсированного выдоха за первую секунду и индекса Тифно ($p < 0,05$). Также имело место достоверное снижение уровня в сыворотке крови общего холестерина, триглицеридов, ЛПНП, а также повышение ЛПВП ($p < 0,05$). Ретроспективное изучение анамнеза показало, что частота обострений в течение последнего года наблюдалась от 1 до 2 раз в год ($1,6 \pm 0,48$).

Заключение. Включение розувастатина в схему лечения позволяет уменьшить и стабилизировать основные клинические проявления, улучшить лабораторно-инструментальные показатели данной коморбидности заболеваний, повысить качество жизни.