

6. Korulkina L.M., Shul'ts E.E., Zhusupova G.E., Abilov Zh.A., Erzhanov K.B., Chaudri M.I. Biologically active compounds from Limonium gmelinii and L. popovii // Chemistry of natural compounds. - 2004. - Vol. 40, №5. - P. 465-471.
7. Тарлыков П.В., Бердин А.Г., Кусаинова Д.Д., Хабаров И.А., Тулеуов Б.И. Растения Казахстана-перспективные источники новых адаптогенных препаратов // Матер. X междунар. съезда «Фитофарм 2006». - СПб: НИИХ СПбГУ, 2006. - С.321. 11

Крайдашенко А.О. – лаборант кафедры внутренних болезней 3, E-mail: sashkokr@ukr.net
Научный руководитель: **Доценко С.Я.**, д.мед.н., проф., E-mail: vb3@zsmu.zp.ua
Запорожский государственный медицинский университет, г.Запорожье, Украина

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ФАКТОРЫ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА ПРИ КОМОРБИДНОМ ТЕЧЕНИИ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ И ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ

Введение. Данные эпидемиологических исследований подтверждают тесную связь между хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) и ишемической болезнью сердца (ИБС), в частности, свидетельствуя о более высоком риске развития ИБС при ХОЗЛ и ХОЗЛ при ИБС [1]. Распространенность ХОЗЛ среди пациентов с ИБС колеблется от 4 до 60% [2,3]. Присоединение к стенокардии напряжения (СН) на фоне ИБС ХОЗЛ может изменять клиническую картину и наличие факторов сердечно-сосудистого риска.

Цель исследования. Изучить особенности СН и факторы сердечно-сосудистого риска при ее сочетании с ХОЗЛ.

Материал и методы. Обследовано основную группу из 31 пациента с ИБС и СН III функционального класса (ФК) в сочетании с ХОЗЛ II-III ст. в стадии ремиссии (25 мужчин и 6 женщин, средний возраст $58,3 \pm 1,7$ года). Группу сравнения составили 30 больных с ИБС и СН III ФК без сопутствующей ХОЗЛ, которые были сопоставимы по возрасту и полу. Оценку СН проводили по Сизтлскому опроснику. Среди факторов сердечно-сосудистого риска анализировали курение (опросник ВОЗ), употребление алкоголя, привязанность к физической работе, индекс массы тела. Результаты обрабатывали методами вариационной и непараметрической статистики.

Результаты и обсуждения. Сравнительный анализ показал, что в первой группе больных более существенно ограничивались проявления по шкалам: PL (физическое ограничение) до $50,5 \pm 1,7\%$, TS (удовлетворенность лечением) до $56,3 \pm 1,9\%$ и DP (отношение к болезни) до $44,9 \pm 1,5\%$, против соответствующих величин в группе сравнения ($57,5 \pm 2,2\%$, $62,2 \pm 2,7\%$ и $52,5 \pm 2,3\%$, $p < 0,05$). Не найдено различий по шкалам стабильности приступов AS и частоты приступов AF. Среди факторов сердечно-сосудистого риска у больных первой группы чаще были курильщики (22 пациента против 15 лиц 2-й группы) с более длительным временем курения, а также наблюдалось снижение приверженности к физической работе ($42,8 \pm 1,9\%$ против $47,9 \pm 1,8\%$, соответственно). Отсутствовали в группах сравнения различия по индексу массы тела.

Выводы. Выявлены более существенные физические ограничения с негативными изменениями в отношении к болезни и удовлетворенности к лечению при коморбидном течении СН и ХОЗЛ, а также более частое курение и снижение приверженности к физической работе среди факторов сердечно-сосудистого риска. Все это требует дополнительной коррекции тактики фармакотерапии и профилактики данной категории больных.

Список литературы

1. Авдеев С.Н., Баймаканова Г.Е. Стратегия ведения кардиологического пациента, страдающего ХОБЛ. Кардио-пульмонологические взаимоотношения. Сердце 2007, №6(6), с. 305-309.
2. Боев С.С., Доценко Н.Я., Шехунова И.А. Сочетание хронической обструктивной болезни легких и ишемической болезни сердца. Вопросы рациональной терапии. Therapia вестник 2015, №2 (95), с. 45-48.