

МЕДИЦИНА



**СЕГОДНЯ
И
ЗАВТРА**

**МЕДИЦИНА
СЬОГОДНІ І ЗАВТРА**



2006 № 2



МЕДИЦИНА СЬОГОДНІ І ЗАВТРА

2006. № 2

Медицина сьогодні і завтра

Засновник —
*Харківський державний
медичний університет*

Україна, 61022, Харків,
просп. Леніна, 4

Свідоцтво про державну реєстрацію
КВ № 3340 від 06.07.98
Затверджено постановою президії
ВАК України № 2-02/2 від 9.02.2000

Періодичність видання —
4 рази на рік

Рекомендовано до друку
вченою радою ХДМУ.
Протокол № 4 від 20.04.06

Редактор *Л.В. Степаненко*
Коректор *О.М. Єфімова*
Комп'ютерна верстка *О.М. Козицька*

Підписано до друку 21.04.06.
Ум. друк. арк. 9,25.
Ум. фарбо-відб. 9,5.
Обл.-вид. арк. 11,5.
Формат 60x84 ¹/₈. Папір офс.
Друк. офс. Тираж 500 прим.
Замовл. № 0807-01

Адреса редакції: Україна, 61022,
Харків, просп. Леніна, 4, ХДМУ.
Тел.: (0572) 707-73-00
e-mail: advin@ic.kharkov.ua

Надруковано у ВПЦ «Контраст»
Україна, 61166, Харків,
просп. Леніна, 40, к. 231.
Свідоцтво ВПЦ «Контраст» Дк № 178
від 15.09.2000

© Медицина сьогодні і завтра.
ХДМУ. 2006. № 2

Головний редактор *В.М. ЛІСОВИЙ*
Почесний редактор *А.Я. ЦИГАНЕНКО*

Редакційна колегія

Заступники головного редактора:
В.А. Капустник
І.Ф. Костюк
С.Ю. Масловський

Відповідальний секретар
О.Ю. Степаненко

В.І. Грищенко
М.О. Клименко
В.О. Коробчанський
Ю.С. Паращук
В.Д. Марковський
В.В. Мінухін
О.Г. Морозова
І.В. Сорочкіна

Редакційна рада

О.М. Біловол (Харків)
В.В. Бобін (Харків)
В.В. Бойко (Харків)
О.Ф. Возіанов (Київ)
Б.О. Волос (Харків)
П.В. Волошин (Харків)
В.Л. Гавенко (Харків)
О.Я. Гречанина (Харків)
В.І. Куцевляк (Харків)
І.К. Латогуз (Харків)
В.М. Лупир (Харків)
Ю.В. Одиноць (Харків)
М.І. Пилипенко (Харків)
В.С. Приходько (Харків)
Г.П. Рузін (Харків)
Г.С. Сенаторова (Харків)
О.М. Хвистюк (Харків)
В.М. Хворостінка (Харків)
Ю.В. Чайковський (Київ)
В.П. Черних (Харків)
А.Ф. Яковцова (Харків)

ЗМІСТ

ТЕОРЕТИЧНА І ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА

<i>Н.А. Клименко, В.В. Золотухин. Функциональное состояние лейкоцитов периферической крови при действии низкоинтенсивного γ-излучения на фоне хронического воспаления</i>	4
<i>А.Ф. Яковцова, Г.И. Губина-Вакулик, Е.В. Кихтенко, В.В. Гаргин. Влияние ОРН-гестоза матери на плоидность ядер клеток эпифиза мозга и гипофиза плода</i>	8
<i>І.В. Гунас, В.В. Ясько, І.М. Кириченко, І.Д. Кухар. Статеві та соматотипологічні особливості розмірів грудної клітки і міжребрових просторів у здорових юнацького віку міських мешканців Поділля</i>	11
<i>Т.П. Мозговая, Т.В. Горбач, Г.И. Губина-Вакулик, Т.В. Звягинцева. Изучение поведенческих стереотипов у крыс линии Вистар при моделировании стрессорганизирующей реакции</i>	17

ТЕРАПІЯ

<i>Л.В. Журавлёва, О.Н. Ковалёва. Влияние фактора некроза опухолей-α, интерлейкина-1β, инсулиноподобного фактора роста-1 на геометрию левого желудочка у больных гипертонической болезнью и сопутствующими заболеваниями печени</i>	23
<i>М.П. Кириченко. Некоторые особенности функциональной достаточности сердечно-сосудистой системы у здоровых и больных гипертонической болезнью молодого возраста</i>	29
<i>О.Н. Софронова, Л.М. Пасиешвили. Метаболические и гемодинамические характеристики сочетанного течения постхолецистэктомического синдрома и гипертонической болезни</i>	35
<i>Харприт Сингх Хира, Салех С.Х. Нажар, А.Н. Шелест, О.И. Шушляпин. Динамика коагуляционного гемостаза при лечении больных постинфарктной стенокардией с метаболическим синдромом X</i>	39
<i>Е.М. Кривоносова. Влияние корригирующей терапии на метаболические процессы больных сахарным диабетом с хроническими заболеваниями гастродуоденальной системы</i>	43
<i>Н.А. Бондаренко, Н.И. Яблчанский, А.В. Мартыненко. Значение базисной терапии для контроля хронических обструктивных заболеваний легких</i>	50
<i>В.С. Хурсал. Коррекция нарушений обмена эндогенного глюкозамина и перекисного окисления липидов у пациентов с пептической язвой двенадцатиперстной кишки</i>	56
<i>А.С. Журавльов, Н.М. Сидоренко. Результати застосування методів діагностики хламідійної інфекції у хворих на хронічний риносинусит</i>	61
<i>М.И. Краснов, О.В. Мотлохова, А.В. Сохань. Туберкулез при ВИЧ-инфекции</i>	65

ПЕДІАТРІЯ

<i>Т.В. Фролова. Значення генеалогічних факторів у системі ранньої діагностики та прогнозуванні розвитку остеопенії у дітей</i>	68
<i>Ю.В. Одинец, О.А. Афанасьева, Т.С. Введенская. Изменения систолической и диастолической функции левого желудочка при острых лейкозах у детей</i>	73

ЗНАЧЕНИЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

И.А. Бондаренко, Н.И. Яблчанский, А.В. Мартыненко

Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина

Проведена оценка значимости базисной терапии при хронических обструктивных заболеваниях легких (ХОЗЛ). Амбулаторно наблюдали 84 пациента с ХОЗЛ II–IV стадии. Оценивали изменения клинических признаков, показателей функции внешнего дыхания и ВСР до и через 1 и 3 мес терапии. Установлено положительное влияние базисной терапии на течение ХОЗЛ в виде улучшения клинических показателей и стабилизации показателей ФВД и ВСР. Отказ или нечеткое выполнение схем базисной терапии приводит к ухудшению показателей ФВД и ВСР.

Ключевые слова: хронические обструктивные заболевания легких, функция внешнего дыхания, вариабельность сердечного ритма, базисная терапия.

Хронические обструктивные заболевания легких (ХОЗЛ) являются важной медико-социальной проблемой. Согласно существующим отечественным и международным консенсусам диагностика ХОЗЛ базируется в основном на совокупности клинических данных и показателей функции внешнего дыхания (ФВД), которые отражают лишь местные нарушения бронхиальной проводимости. Практически не учитываются механизмы нарушений автономной нервной регуляции (АНР), играющих важную роль в патогенезе, особенностях течения и прогноза заболевания. Основными задачами терапии являются предотвращение и/или замедление прогрессирования заболевания, улучшение физического и психического самочувствия, урежение, снижение интенсивности обострений, повышение/стабилизация показателей функции внешнего дыхания, повышение толерантности к физическим нагрузкам, снижение смертности. Современные препараты базисной терапии в большинстве случаев помогают решить данные задачи. Однако до настоящего времени они во многом остаются симптоматическими и не влияют на глубинные патогенетические механизмы ХОЗЛ. Нарушения АНР у пациентов с ХОЗЛ и влияние базисной терапии на системные регуляторные механизмы могут быть оценены с помощью технологии вариабельности сердечного ритма (ВСР) [1, 2].

ХОЗЛ, являясь постоянно прогрессирующим заболеванием, достаточно трудно поддается терапии. Препараты, используемые для лечения пациентов с ХОЗЛ, не оказывают значимого влияния на системные патогенетические реакции и прогноз заболевания. Однако постоянная терапия приводит к улучшению и/или стабилизации клинических симптомов, показателей ФВД, качества жизни и замедле-

нию прогрессирования ХОЗЛ [3–7]. Имеющиеся данные свидетельствуют о нарушении автономной регуляции у пациентов с ХОЗЛ начиная с ранних стадий заболевания. Они проявляются в виде снижения общей мощности (TP) спектра ВСР [4] и усугубляются на более тяжелых стадиях ХОЗЛ [8, 9]. При этом несмотря на полученные четкие данные об изменении показателей ВСР при ХОЗЛ до настоящего момента не было попыток проанализировать влияние длительной терапии на показатели ВСР.

Нерешенными являются практически все вопросы влияния базисной терапии на совокупность клинических признаков, показателей ФВД и ВСР в целях контроля течения ХОЗЛ.

Целью настоящего исследования явилось изучение значения базисной терапии для контроля течения ХОЗЛ.

Материал и методы. Амбулаторно на базе поликлиники № 6 г. Харькова наблюдали 84 пациента (30 жен. и 54 муж.) в возрасте (59,8±11,2) лет с ХОЗЛ II–IV стадии. Стадии ХОЗЛ оценивали в соответствии с приказом № 499 Минздрава Украины [10]. Средняя продолжительность заболевания на момент обследования составила (11,5±5,8) лет. Группа контроля представлена 20 практически здоровыми людьми, сопоставимыми по полу и возрасту обследуемой группе.

В обследуемой группе преобладали лица со II стадией ХОЗЛ (71 %), пациенты с III и IV стадиями ХОЗЛ составили 19 и 9 % соответственно. Тяжесть обострения, оцениваемая согласно критериям приказа № 499 Минздрава Украины [3], у 69 % пациентов была легкой и у 23 % расценивалась как среднетяжелая. У 34 % пациентов отмечалась 0 стадия легочной недостаточности (ЛН), у 52 % — I ста-

дия, а у 13,5 % — II стадия ЛН. Физическую толерантность пациентов к нагрузкам оценивали по результатам теста с 6-минутной ходьбой. 55 (75 %) пациентов (преимущественно со II стадией ХОЗЛ) преодолевали за 6 мин от 430 до 500 м, 11 (15 %) — от 300 до 410 м, 5 (6 %) — от 150 до 280 м и лишь 3 (4 %) пациентов с IV стадией ХОЗЛ — менее 150 м. Тяжесть одышки оценивали по шкале диспноэ Medical Research Council, русскоязычная версия [9].

Исследование проводилось до (клиностаз) и через 15–40 мин после ОФП с ингаляционными бронхолитиками короткого действия (сальбутамол в дозе 200–800 мкг) и повторно через 1 и 3 мес терапии.

За 24 ч до исследования ФВД и ВСР пациенты не принимали медицинских препаратов, отменялась проводимая терапия бронхолитиками короткого действия за 6 ч до начала теста, пролонгированного действия — за 12 ч, метилксантинами — за 24 ч.

ФВД оценивали на компьютерном спирографе Spirocom (ХАИ-медика). Учитывали частоту дыхания (ЧД), объем форсированного выдоха за 1 с (ОФВ₁), отношение ОФВ₁ к форсированной жизненной емкости легких (ОФВ₁/ФЖЕЛ), мгновенные объемные скорости форсированного выдоха в момент выдоха 25, 50, 75 % ФЖЕЛ (МОС₂₅, МОС₅₀, МОС₇₅). ВСР определяли с использованием компьютерной диагностической системы Cardiolab+ (ХАИ-медика) на средних пятиминутных интервалах семиминутной записи ЭКГ. Оценивали частоту сердечных сокращений (ЧСС), абсолютные значения ТР и ее составляющие в доменах очень низких частот (VLF), низких частот (LF), высоких частот (HF) и отношение показателей в области низких и высоких частот (LF/HF). Для идентификации участков ритмограммы, пригодных для корректного анализа ВСР и оценки стационарности ВСР, использовали М-индексы (М — устойчивость, М₀ — нелинейность и М₁ — фазовое движение), базирующиеся на вычислении локальных показателей Ляпунова [2].

Всем пациентам базисную терапию ХОЗЛ проводили в соответствии со стадией заболевания (ингаляционные бронхолитики, ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС), метилксантины, антибиотикотерапия в период обострения), согласно рекомендациям, оговоренным приказом № 499 Минздрава Украины.

Через 1 мес терапевтические рекомендации выполняли 77 человек (90 %), а через 3 мес — 70 пациентов (81 %). Наиболее частой причиной отказа или нечеткого выполнения рекомендаций послужили материальные трудности.

По результатам 3-месячной терапии пациенты были разделены на две группы: 1-я — па-

циенты, четко придерживающиеся назначенной схемы терапии, 2-я — пациенты, самостоятельно прекратившие прием базисных препаратов или нечетко придерживающиеся назначенной схемы терапии.

Данные заносили в базу Microsoft Excel и обрабатывали статистически. Рассчитывали среднее значение (М) и стандартное отклонение (sd). М-индексы демонстрируют не только степень уклонения рассматриваемой ритмограммы от состояния стационарности, но и указывают на направления этого уклонения, которые оцениваются знаком каждого из индексов и соотносятся с качественными изменениями в состоянии системы регуляции. Достоверность различий между группами оценивали с помощью непараметрического U критерия Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение. Исходно группы пациентов были подобны. Спустя 1 мес в обеих группах установлено благоприятное влияние базисной терапии ХОЗЛ на течение заболевания в виде повышения толерантности к физической нагрузке (по результатам теста с 6-минутной ходьбой), уменьшения выраженности одышки, степени тяжести обострений и стадии ЛН. Через 3 мес наблюдения в 1-й группе отмечалось дальнейшее улучшение клинических симптомов, а во 2-й — отмечалось снижение толерантности к физической нагрузке, нарастание одышки, тяжести обострения и стадии ЛН, которое можно объяснить отказом от назначенной терапии (табл. 1).

Исходно пациенты обеих групп характеризовались более низкими, чем в группе контроля, показателями ФВД, которые были сопоставимы по степени тяжести (табл. 2). ОФП не повлияла на ЧД и привела к недостоверному повышению ОФВ₁ при практически неизменном ОФВ₁/ФЖЕЛ в обеих группах. Основной бронходилатирующий эффект при этом наблюдался на уровне бронхов крупного и среднего калибра (повышение МОС₂₅ и МОС₅₀). На этапах терапии в сравниваемых группах были выявлены различные реакции ОФВ₁ при отсутствии значимого влияния на ОФВ₁/ФЖЕЛ и ЧД. Спустя 1 мес терапии в 1-й группе отмечалось повышение ОФВ₁ (на 8 %), тогда как во 2-й — достоверное снижение ОФВ₁ (на 13 %). Через 3 мес установленные различия между группами сохранились: в 1-й группе отмечалось дальнейшее повышение ОФВ₁ (на 3 % по сравнению с результатами 1-месячной терапии), а во 2-й значение ОФВ₁ практически не изменилось.

Показатели ВСР в группах пациентов до и на этапах терапии представлены в табл. 3. При ХОЗЛ показатели ВСР характеризовались низкой ТР по сравнению с таковой в группе контроля за счет всех составляющих ее доме-

Таблиця 1. Сравнительная характеристика групп пациентов до и на этапах терапии

Показатель	1-я группа						2-я группа					
	до терапии		1 мес терапии		3 мес терапии		до терапии		1 мес терапии		3 мес терапии	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Толерантность к физическим нагрузкам (тест с 6-минутной ходьбой), м												
426-550	55	75	57	78	63	88	6	43	6	43	6	43
300-425	10	16	11	18	4	6	4	28	5	36	5	36
150-300	3	5	1	2	2	3	2	14	2	14	2	14
менее 150	2	3	1	2	1	2	2	14	1	7	1	7
Тяжесть одышки, степень												
1-я, легкая	54	71	54	71	55	75	7	50	6	43	6	43
2-я, средней тяжести	11	19	11	19	10	16	5	36	5	36	5	36
3-я, тяжелая	5	9	6	8	5	8	2	14	3	21	3	21
Тяжесть обострения												
легкая	55	74	59	81	60	83	10	71	8	57	8	57
средней тяжести	15	26	11	18	10	16	4	29	6	43	6	43
Легочная недостаточность, стадия												
0	30	34	32	37	22	37	8	57	7	50	7	50
I	31	52	33	55	35	58	4	29	5	36	5	36
II	9	13	5	9	3	5	2	14	3	21	3	21

Таблиця 2. Сравнительная характеристика показателей ФВД в сравниваемых

Показатели ФВД	Контроль	1-я группа	
		до терапии	
		клиностаз	ОФП
ЧД, вд./мин	18±3	18,7±3,6	18,7±2,8
ОФВ ₁ , % от должного	89±8	52,7±17,9	56,8±17,5
ОФВ ₁ /ФЖЕЛ	88±11	68,9±14,2	69,6±12,3
МОС ₂₅ , % от должного	90±10	48,4±22,9	57,0±28,8
МОС ₅₀ , % от должного	89±9	45,0±23,1	51,6±20,0
МОС ₇₅ , % от должного	87±8	55,6±26,8	55,0±18,9

* p=0,05 при сравнении показателя внутри группы.

Таблиця 3. Сравнительная характеристика показателей ВСП в сравниваемых

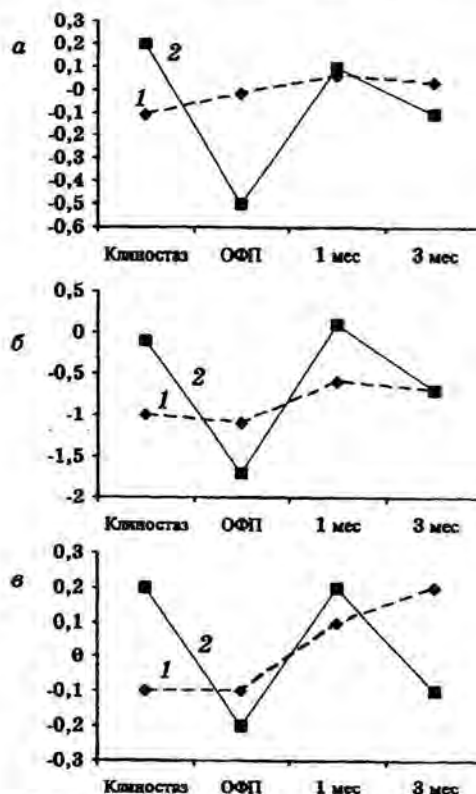
Показатели ВСП	Контроль	1-я группа	
		до терапии	
		клиностаз	ОФП
TP, мс ²	1342±145	573,8±315,7	556,7±326,4
VLF, мс ²	446±67	313,2±220,1	293,8±161,8
LF, мс ²	710±63	149,9±94,0	165,5±98,1
HF, мс ²	386±26	72,2±65,3	71,5±51,1
LF/HF, ед.	1,8±0,2	3,6±2,7	3,9±3,0
ЧСС, уд./мин	81±8	81,5±12,1	80,1±11,6

Примечание. p=0,05 при сравнении показателя: * внутри группы; ** между группами.

нов в обеих группах пациентов. Данное снижение было более выражено во 2-й группе, чем в 1-й (на 35 %). ОФП в обеих сравниваемых группах привела к недостоверному снижению ЧСС и ТР ВСР преимущественно за счет VLF при некотором повышении LF и практически неизменившемся LF/HF. Реакция показателей ВСР на этапах терапии была различной. В 1-й группе терапия практически не повлияла на ЧСС и привела к недостоверному снижению ТР ВСР. Данное снижение было более выражено через 1 мес терапии и характеризовалось одинаковым по степени снижением мощности всех составляющих ТР ВСР доменов с соответствующим снижением LF/HF. Через 3 мес терапии ТР ВСР несколько повысилась по сравнению с результатами 1-месячной терапии, преимущественно за счет HF и достоверного снижения LF/HF по сравнению с исходными значениями. Во 2-й группе на обоих этапах наблюдения отмечалось некоторое повышение ТР ВСР преимущественно за счет LF и соответствующего достоверного повышения LF/HF при практически неизменившейся ЧСС.

Изменения М-индексов на этапах терапии в сравниваемых группах пациентов представлены на рисунке. Пациентов 1-й группы отличают малые колебания значений индексов на этапах терапии, а 2-й группы — значительные.

Полученные результаты указывают на снижение показателей ФВД у пациентов с



М-индексы у пациентов 1-й и 2-й группы до и на этапах терапии: а — М₁-индекс, б — М₀-индекс, в — М₂-индекс; 1 — ОФВ₁+, 2 — ОФВ₁-

группах пациентов до и на этапах терапии (M±sd)

этапы терапии		2-я группа			
		до терапии		этапы терапии	
1 мес	3 мес	клиностаз	ОФП	1 мес	3 мес
18,2±2,4	18,2±2,1	19,0±3,0	19,2±2,2	20,4±2,1	20,0±2,9
56,3±18,5	57,2±19	62,7±12,7	65,9±11,8	54,5±9,0*	54,7±11,2*
65,5±13,1	67,2±14,1	70,6±13,4	73,6±14,9	67,8±7,9	69,7±12,4
53,5±22,8	39,0±22,1	47,2±20,2	49,6±20,7	47,2±20,8	47,3±21,6
46,3±20,7	59,6±28,1	41,1±23,2	45,8±21,3	43,8±26,3	35,3±24,1
58,0±32,5	61,6±30,8	62,1±31,4	62,6±28,0	61,3±46,1	72,3±49,6

группах пациентов до и на этапах терапии (M±sd)

этапы терапии		2-я группа			
		до терапии		этапы терапии	
1 мес	3 мес	клиностаз	ОФП	1 мес	3 мес
451,6±269,7	494,3±226,6	198,4±68,6**	193,4±80,7**	239,4±122,0	304,5±206,5
237,1±156,0	264,5±120,6	115,8±62,4	145,7±76,7	153,2±74,0	136,1±75,2
134,1±92,7	128,8±75,4	59,8±33,6**	55,2±21,7**	72,4±32,1	144,0±142,7
66,3±57,4	80,5±90,5	20,4±18,6**	15,2±5,3**	24,2±6,7**	31,5±10,5
3,5±2,6	2,5±2,1*	2,9±3,7	4,1±3,5	4,2±2,2	5,1±3,0*
82,3±9,8	79,9±8,1	86,0±7,6	84,8±6,4	84,9±5,6	85,8±5,0

ХОЗЛ как в базисных условиях, так и на фоне терапии [3–5]. Нами подтверждается положительное влияние базисной терапии на течение ХОЗЛ в виде стабилизации показателей ФВД, уменьшения тяжести одышки, степени тяжести обострений, стадии ЛН и в виде повышения толерантности к физическим нагрузкам. В то же время у пациентов, не выполняющих или самостоятельно прекративших терапию, отмечалось ухудшение клинической симптоматики и показателей ФВД. Отсутствие достоверного повышения показателей ФВД на фоне ОФП и терапии является закономерным для ХОЗЛ и обусловлено лежащим в основе бронхообструктивного синдрома структурного ремоделирования бронхопупмонарного дерева [3, 5]. Нами подтверждаются данные о более низких показателях ВСР у лиц с ХОЗЛ, чем у лиц контрольной группы [2, 7]. При этом в группе, получающей стандартную базисную терапию, отмечалось повышение вклада в ТР ВСР мощности HF домена, с которым связывают активацию парасимпатического звена вегетативной нервной системы, при соответствующем снижении LF/HF. Группа пациентов, четко не придерживающаяся или прекратившая терапию, характеризовалась повышением вклада LF и ростом LF/HF, что можно объяснить активацией симпатического звена вегетативной нервной системы. Выявленные типы реакций ВСР свидетельствуют о стабилизирующем влиянии ба-

зисной терапии на механизмы АНР у пациентов с ХОЗЛ. Выявленные различия в изменениях М-индексов у пациентов сравниваемых групп свидетельствуют о разном уровне и устойчивости регуляторных влияний на ВСР (в 1-й группе — высокая и во 2-й — низкая). Показатели устойчивости ВСР являются маркерами эффективности терапии и могут использоваться в диагностике ХОЗЛ.

Выявленные связи клинических признаков, показателей ФВД и параметров ВСР при ХОЗЛ требуют дальнейшего изучения.

Выводы

1. Базисная терапия ХОЗЛ приводит к стабилизации показателей ФВД, уменьшению тяжести одышки, степени тяжести обострений, стадии ЛН и повышению толерантности к физическим нагрузкам.

2. Препараты базисной терапии оказывают стабилизирующее влияние на механизмы АНР.

3. Отказ или нечеткое выполнение схем базисной терапии приводит к ухудшению показателей ФВД и ВСР.

4. Совместный мониторинг показателей ФВД и ВСР может быть использован в диагностике, оценке прогрессирования и контроля качества лечения ХОЗЛ.

Полученные результаты показывают целесообразность продолжения исследований в этой области в более длительные сроки наблюдения и на большей выборке пациентов.

Список литературы

1. Яблучанский Н.И., Мартыненко А.В., Исаева А.С. Основы практического применения неинвазивной технологии исследования регуляторных систем человека. Харьков: Основа, 2000.
2. Яблучанский Н.И., Мартыненко А.В., Исаева А.С. Исследуем регуляторные процессы. Для настоящих врачей. Харьков, 2005. 156 с.
3. Наказ МОЗ України № 499 від 28.10.03. Про затвердження інструкцій щодо надання допомоги хворим на туберкульоз і неспецифічні захворювання легень.
4. Anzueto A., Tashkin D. Годовой анализ показателей спирометрии у пациентов с хроническими обструктивными заболеваниями легких, на протяжении длительного времени получающих тиотропиум. *Pulmonary Pharmacology and Therapeutics* 2005; 18: 75–81.
5. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: NHLBI/WHO workshop report, NIH publication. Updated July, 2003.
6. Soriano J.B., Kiri V.A., Pride N.B., Vestbo J. Inhaled corticosteroids with/without long-acting β_2 -agonists reduce the risk of rehospitalization and death in COPD patients. *Am. J. Respir. Med.* 2003; 2: 67–74.
7. Авдеев С.Н., Чучалин А.Г. Одышка: механизмы развития, оценка и лечение: Пособие для врачей. М., 2002: 1–25.
8. Volterrani M., Scalvini S., Mazzuero G. Decreased heart rate variability in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Chest.* 2001, Nov.; 106 (5): 1432–1437.
9. Bartels M.N., John M.G., Kim W. Oxygen Supplementation and Cardiac-Autonomic Modulation in COPD. *Chest.* 2000; 118: 691–696.
10. Burge P.S., Calverley P.M.A., Jones P.W. et al. Randomised, double blind, placebo controlled study of fluticasone propionate in patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease: the ISOLDE trial. *BMJ* 2000; 320: 1297–1303.

ЗНАЧЕННЯ БАЗИСНОЇ ТЕРАПІЇ В КОНТРОЛІ ХРОНІЧНИХ ОБСТРУКТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ

І.О. Бондаренко, М.І. Яблучанський, О.В. Мартиненко

Проведено оцінку значення базисної терапії хронічних обструктивних захворювань легень (ХОЗЛ). Амбулаторно спостерігали 84 пацієнти з ХОЗЛ II–IV стадії. Оцінювали змінення клінічних

показників, параметрів функції зовнішнього дихання (ФЗД) та варіабельності серцевого ритму (ВСР) до та через 1 і 3 міс терапії. Встановлено позитивний вплив базисної терапії ХОЗЛ, який проявився у вигляді покращання клінічної картини та стабілізації параметрів ФЗД та ВСР. Дострокове припинення терапії призвело до погіршення показників ФЗД та ВСР.

Ключові слова: хронічні обструктивні захворювання легень, функція зовнішнього дихання, варіабельність серцевого ритму, базисна терапія.

BASIS TREATMENT SIGNIFICANCE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE CONTROL

I.A. Bondarenko, N.I. Yabluchansky, A.V. Martunenko

Access to efficacy of basis treatment in the patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) has been done. 84 patients with II-IV stages of COPD were investigated in ambulatory condition. Clinical symptoms, parameters of function of external breathing (FEB) and heart rate variability (HRV) were evaluated before and in 1, 3 month of therapy. It was found the positive influence of basis treatment on COPD course which was manifested in improvement of clinical symptoms and stabilization of FEB and HRV parameters. Worsening of FEB and HRV parameters have been found in case of therapy discontinuance.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, function of external breathing, heart rate variability, basis treatment.

Поступила 16.02.06