

— № 5. — P. 103-116.

6. Comparative validity of depression assessment scales for screening poststroke depression / H. J. Kang, R. Stewart, J. M. Kim, [et al.] – J. Affect. Disord. - 2013 May; 147 (1-3). – p. 186-91.

7. Dimensions of post-stroke fatigue: a two-year follow-up study / D.Christensen, S.P.Johnsen, T.Watt [et al.] - Cerebrovasc. Dis. – 2008; 26: 134-141.

8. Secrest J. A. The relationship of continuity and discontinuity, functional ability, depression and quality of life over time in stroke survivors / J. A. Secrest, R.Zeller. – Rehabil. Nursing. – 2007. – Vol.32 (4). – P. 158-164.

9. Snaphaan L. Post-stroke memory function in nondemented patients: a systematic review on frequency and neuroimaging correlates / L. Snaphaan, F.E. de Leeuw – Stroke. — 2007. — Vol. 38. — P. 198-203.

10. Sundar U. Post-stroke cognitive impairment at 3 months / U. Sundar, S.Adwani. – Ann. Indian Acad. Neurol. — 2010. — № 13(1). — P. 42-46.

*Герасимчук В. Р.*

### **Особенности когнитивных и эмоциональных нарушений в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта**

Кафедра неврологии и нейрохирургии

Ивано-Франковский национальный медицинский университет, Украина

[viktorianeuro@gmail.com](mailto:viktorianeuro@gmail.com)

**Резюме.** Было исследовано наличие и степень выраженности когнитивных и эмоциональных нарушений у больных в раннем восстановительном периоде полушарного ишемического инсульта. Для диагностики когнитивных нарушений использовали шкалу MMSE, Монреальскую шкалу когнитивной оценки (MoCa), батарею тестов FAB. Депрессивные и тревожные расстройства оценивали с помощью шкалы самооценки депрессии Цунга, госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), опросника реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина. У 87,7% больных были выявлены когнитивные нарушения, среди них преобладали легкие (24,6%) и умеренные КП (36,9%). Средний балл по шкале MMSE у обследованных больных составил  $24,15 \pm 0,45$  по сравнению с  $29,16 \pm 0,38$  в контрольной группе. В основной группе средний балл по MoCa составил  $18,73 \pm 0,65$ , тогда как в контрольной -  $28,05 \pm 0,24$ . В 46,2% пациентов в эмоциональном статусе был обнаружен депрессивный синдром, и у 40,0% - тревожный синдром. В структуре эмоциональных расстройств преобладал депрессивный синдром легкой степени (36,9%) и легко выраженный тревожный синдром (35,4%). Сочетание тревожного и депрессивного синдромов наблюдали у 18 (27,7%) пациентов. В среднем показатель тревожности по HADS составил  $9,64 \pm 0,45$  баллов, показатель депрессии -  $11,48 \pm 0,36$  баллов против  $4,32 \pm 0,29$  и  $3,98 \pm 0,35$  баллов в кон-

трольной группе соответственно. В процессе исследования шкала MoCa оказалась более чувствительной и позволила диагностировать когнитивные нарушения в 87,7% пациентов, тогда как с помощью MMSE данные расстройства были обнаружены лишь у 73,8% ( $p < 0,05$ ). Поэтому использование Монреальской шкалы позволит достичь более точной и ранней диагностики проявлений когнитивной дисфункции после перенесенного инсульта.

**Ключевые слова:** ишемический инсульт, ранний восстановительный период, когнитивные нарушения, депрессия, тревожность.

*V.R. Gerasymchuk*

### **Features of Cognitive and Emotional Disorders in the Early Recovery Period of Ischemic Stroke**

Department of Neuroscience and Neurosurgery

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

[viktorianeuro@gmail.com](mailto:viktorianeuro@gmail.com)

**Abstract.** Presence and severity of cognitive and emotional disorders were studied in patients in the early recovery period of hemispheric ischemic stroke. The mini-mental state examination (MMSE), the Montreal cognitive assessment scale (MoCA) and the Fullerton Advanced Balance FAB scale were used for the diagnosis of cognitive impairment. Depressive and anxiety disorders were assessed with the help of the Zung Self-Rating Depression Scale, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and the Spielberger-Khanin Questionnaire of Reactive and Personal Anxiety. Cognitive impairment (CI) was found in 87.7% of patients, among which light (24.6%) and moderate CI (36.9%) dominated. The average MMSE score in patients was  $24.15 \pm 0.45$  compared to  $29.16 \pm 0.38$  in the control group. In the main group of patients the average MoCA score was  $18.73 \pm 0.65$ , whereas in the control group it was  $28.05 \pm 0.24$ . Depressive syndrome was found in the emotional status of 46.2% of patients, and anxiety syndrome was diagnosed in 40.0% of patients. In the structure of emotional disorders predominantly mild depressive syndrome (36.9%) and mild anxiety syndrome (35.4%) were found. The combination of both anxiety and depressive syndromes was observed in 18 (27.7%) patients. The average HADS anxiety score was  $9.64 \pm 0.45$ , the HADS depression score was  $11.48 \pm 0.36$  versus  $4.32 \pm 0.29$  and  $3.98 \pm 0.35$  points in the control group, respectively. The MoCA scale showed itself as more sensitive and allowed to diagnose cognitive impairment in 87.7% of patients while MMSE scale detected CI in only 73.8% ( $p < 0.05$ ). Therefore, the use of the Montreal scale will help achieve more accurate and early diagnosis of cognitive dysfunction in the post-stroke period.

**Keywords:** ischemic stroke, early recovery period, cognitive impairment, depression, anxiety

Надійшла 24.11.2014 року.

УДК 616.12 – 009.72+616.24+616-071+616-06

*Герич П.Р.*

### **Коморбідна ІХС у хворих на ХОЗЛ: визначення поняття, сприяючі фактори розвитку, критерії діагностики**

Кафедра внутрішньої медицини №1, клінічної імунології та алергології ім. академіка Є.М.Нейка

Івано-Франківський національний медичний університет, Україна

**Резюме.** Метою дослідження є визначення факторів ризику коморбідності ІХС у пацієнтів із загостренням ХОЗЛ III ст., груп С і D в реальній клінічній практиці та запропонувати методи діагностики та критерії прогнозування перебігу ІХС у зазначеній категорії хворих.

**Матеріали і методи.** Відповідно до визначеної мети і задач наукового дослідження в стаціонарних умовах обстежено 210 пацієнтів із загостренням ХОЗЛ III ст., груп С і D.

**Результати.** При поєднаній кардіореспіраторній патології, яка викликана дистрофією ХОЗЛ III ст., груп С, D і ІХС, стабільна стенокардія напруги, I-II ФК, у 50 (53,19%) хворих загострення ХОЗЛ III ст. поєднувалося із стабільною стенокардією напруження

I-II ФК або епізодами безболівової ішемії міокарда, а у 44 (46,81%) пацієнтів були ознаки загрози дестабілізації перебігу ІХС.

**Ключові слова:** хронічне обструктивне захворювання легень, ішемічна хвороба серця, кардіореспіраторна патологія.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.** Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – одна з найбільш важливих медико-соціальних проблем як в Україні, так і в світі. Ця патологія продовжує займати лідируючі позиції за захворюваністю, смертністю та економічними витратами [1]. В останні роки особлива увага приди-

ляється вивченню системних проявів ХОЗЛ. Найбільше вивчені м'язово-скелетні та метаболічні системні ефекти, а саме: дисфункція скелетних м'язів, зниження маси тіла, остеопороз, анемія, поліцитемія і ін., які можуть значно погіршувати перебіг хвороби [2]. Одними із потенційних системних ефектів ХОЗЛ розглядається кардіореспіраторна патологія (КРП), причиною якої є ушкодження ендотелію периферійних і коронарних артерій, зміни імунітету, порушення ліпідного спектру крові та дисбаланс цитокінів, як результат місцевого та системного запального процесу. Запальною реакцією організм відповідає як на екзогенні, так і на ендогенні фактори ризику ХОЗЛ. За даними окремих авторів, значення ХОЗЛ, як самостійного чинника розвитку і перебігу ІХС, не великає сумніву [3-5].

Поширеність ХОЗЛ у нашій країні становить близько 3 тис. випадків на 100 тис. населення і щорічно зростає на 8%. У найближчі роки, на жаль, прогнозується подальше зростання захворюваності на ХОЗЛ в Україні [6].

ХОЗЛ – хвороба зі складним патогенезом, уявлення про який неодноразово змінювалося в міру нагромадження наукових знань по даній проблемі. Багатьма дослідженнями доведено, що в основі клініко-морфологічних, структурно-функціональних і імунологічних змін при ХОЗЛ лежить розвиток місцевого і системного запального процесу в дихальних шляхах із захопленням легеневої паренхіми і кровоносних судин та проходить за допомогою клітин і молекул запалення [7, 8]. За визначенням GOLD перегляду 2013 року, ХОЗЛ відноситься до захворювань, яке можна попередити і лікувати. Водночас, не дивлячись на велике зацікавлення дослідників до проблеми поєднаного перебігу ХОЗЛ і ІХС, багато питань патогенезу, діагностики та лікування поєднаної КРП залишаються дискусійними і невирішеними. На сьогодні не має єдиної думки відносно частоти поєднання ХОЗЛ і ІХС, більше того, не визначені механізми впливу ХОЗЛ на передчасний розвиток атеросклерозу в цілому і КРП, зокрема, що робить цю проблему досить актуальною. Виконані дослідження не чітко окреслюють чинники ризику, що призводять до розвитку ІХС у хворих із ХОЗЛ та клінічні прояви синдроми цих захворювань, а також діагностичні критерії коморбідності ІХС і вибір терапії поєднаної КРП [9].

**Мета дослідження:** визначити фактори ризику коморбідності ІХС у пацієнтів із загостренням ХОЗЛ III ст., груп C і D в реальній клінічній практиці та запропонувати методи діагностики та критерії прогнозування перебігу ІХС у зазначеній категорії хворих.

#### Матеріал і методи дослідження

Відповідно до визначеної мети і задач наукового дослідження в стаціонарних умовах обстежено 210 пацієнтів із загостренням ХОЗЛ III ст., груп C і D, із них 175 (83,34%) чоловіків і 35 (16,66%) жінок. Контрольну групу склали 28 практично здорових осіб (ПЗО), середній вік яких становив (47,6±3,9) року.

Варіабельність ритму серця (ВРС) вивчено за допомогою монітору «М-300» діагностичної системи «Валента» (Росія, 1995 р.) з програмним аналізом показників 5-хвилинних інтервалів ЕКГ за методикою Європейської і Північно-Американської асоціації з електрофізіології (1996 р.). Запис ритмограми проводили вранці з 9 до 12 год., після відпочинку в положенні пацієнта сидячи з опорою на стіжку стільця протягом 15 хв. За 12 год. до дослідження забороняли будь-які лікарські препарати. Як фізичне навантаження використовували велоергометрію (ВЕМ) за методикою ступеневого безперервно наростаючого навантаження, починаючи з 30 Вт, з наступним збільшенням потужності на величину початкового навантаження кожні 3 хвилини при безперервному осцилографічному контролі ЕКГ. Критерієм зупинки ВЕМ були загальноприйняті клінічні або ЕКГ-ознаки ішемії міокарда. Крім того, визначали швидкість систолічного і діастолічного потоків у ПА.

Для визначення толерантності пацієнтів до фізичного навантаження і визначення функціонального класу (ФК) недостатності кровообігу проводили 6-хвилинний тест з фізичним навантаженням. Тест з 6-хвилинною ходьбою проводили відповідно до

стандартних протоколів національних рекомендацій з діагностики та лікування ХСН (2011 р.).

Комплекс досліджень з метою вивчення структурно-функціональних особливостей серця передбачав ЕКГ у 12 відведеннях, добове моніторування (ДМ) ЕКГ, навантажувальний тест (велоергометрію – ВЕМ), ЕхоКГ і ДпЕхоКГ за розробленим наперед протоколом дослідження ПШ і ЛШ. ЕхоКГ і ДпЕхоКГ виконували на ехокардіографі «Siemens» (Німеччина) датчиком типу «Сonvex» із частотою 2,5 МГц за стандартними методиками із лівого парастернального і апікального доступів шляхом виведення курсором одномірних ЕхоКГ зображень з оцінкою морфометричних параметрів.

Верифікацію діагнозу та лікування пацієнтів проводили згідно з наказом МОЗ України від 27 червня 2013 р. за № 555 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної, третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Хронічне обструктивне захворювання легень» та положеннями, сформульованими в документі GOLD 2013 року [10].

Клініко-інструментальні характеристики функціональних порушень і структурних змін серця трактували відповідно до Наказу МОЗ України від 23.11.2011 р. за № 816 «Ішемічна хвороба серця: стабільна стенокардія напруги. Первинна медична допомога» та Наказу МОЗ України від 03.07.2006 р., № 436 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія». Функціональний клас (ФК) ІХС і хронічної серцевої недостатності (ХСН) визначали за класифікацією Американської асоціації кардіологів (АНА) за грудень 2012 року [11].

**Статистичну обробку** результатів і розрахунки показників проводили за допомогою програми SPSS 10.0 для Windows. Всі дані аналізували методом описової статистики. Для статистичної оцінки результатів використовували параметричні критерії (середнє значення – М та стандартне відхилення – SD). Всі результати наведені у вигляді середнього арифметичного і середньоквадратичного відхилення середньої по групі (M±m) або у вигляді відсотків від групи, яка підлягала аналізу. Різниця вважалася вірогідною при p<0,05.

#### Результати дослідження та їх обговорення

Залежно від перебігу хвороби та наявності мікст-патології пацієнти, які входили в групу обстеження, були розділені на дві групи. Розподіл пацієнтів залежно від характеру перебігу ХОЗЛ представлено в табл. 1.

Як видно із даних табл. 1, в першу групу увійшли 116 (55,23%) хворих на ізолюваний перебіг загострення ХОЗЛ III ст., другу групу склали 94 (44,76%) пацієнти на поєднану КРП (загострення ХОЗЛ III ст. + ІХС I-II ФК). У першій клінічній групі кількість чоловіків становила 98 (84,48%), жінок було 18 (15,52%), у другій клінічній групі чоловіків було 77 (81,91%), жінок – 17 (18,09%). Середній вік хворих обох груп становив (57,70±1,86) року. Отже, нами відзначено тенденцію до збільшення кількості жінок у групі пацієнтів із поєднаною КРП. Причиною гендерної відмінності у хворих із поєднаною КРП був більший вік у хворих жіночої статі, який становив у середньому (64,2±2,42) року.

Розподіл хворих із загостренням ХОЗЛ залежно від віку представлено в табл. 2.

Як видно з даних табл. 2, найбільшу кількість пацієнтів

**Таблиця 1. Розподіл хворих із загостренням ХОЗЛ за характером патологічного процесу, статтю та тривалістю хвороби (n=210)**

Дані	Ізолюваний перебіг загострення ХОЗЛ III ст., групи C і D	Загострення ХОЗЛ III ст., групи C і D при поєднанні з ІХС стабільна стенокардія I-II ФК
Кількість хворих, абс.ч (%)	116 (55,24 %)	94 (44,76%)
Чоловіки, абс.ч (%)	98 (84,48 %)	77 (81,91%)
Жінки, абс.ч (%)	18 (15,52 %)	17 (18,09%)
Тривалість захворювання, роки		
ХОЗЛ, M±m	17,31±1,92	19,61±2,41
ІХС, M±m	-	7,85±2,37

**Таблиця 2. Розподіл хворих із загостренням ХОЗЛ III стадії груп C і D залежно від віку**

Вік (роки)	Хворі на ХОЗЛ III ст.
40-49	51 (24,29%)
50-59	76 (36,19%)
60-69	70 (33,33%)
70 років і старші	13 (6,19%)
Всього	210 (100,00%)

із загостренням ХОЗЛ зареєстровано у віковому діапазоні від 40 до 69 років, що становило 60,48% від усіх хворих. Як відомо, ХОЗЛ формується у віці 29-39 років, проте причиною звертання до лікаря, як правило, стає прогресуюча задишка, яка появляється в старшому віці, а саме, на пізніх стадіях захворювання, коли уже навіть сучасні програми лікування не дозволяють загальмувати його неухильне прогресування.

Більш детальний аналіз даних, які представлені на рис. 1, показав, що вікова категорія 60-69 років у пацієнтів на ізольований перебіг ХОЗЛ III ст. займає найбільш вагомий частку, водночас як при поєднанні КРП переважна кількість пацієнтів знаходиться у віковій групі 50-59 років. Така залежність, на нашу думку, може бути пояснена тим, що синергійний перебіг синтропії ХОЗЛ III ст. і ІХС має обтяжливий вплив і призводить до несприятливих наслідків, в тому числі інвалідизації хворих середнього віку.

Розподіл хворих із загостренням ХОЗЛ III ст., залежно від виду супровідної ІХС І-ІІ ФК, представлено в табл. 3.

Перебіг ІХС у хворих із загостренням ХОЗЛ мав свої особливості. У 50 (53,19%) хворих загострення ХОЗЛ III ст. поєднувалося із стабільною стенокардією напруження І-ІІ ФК або епізодами безбольової ішемії міокарда та у 44 (46,81%) пацієнтів були ознаки дестабілізації перебігу ІХС. Відомо, що загроза дестабілізації перебігу ІХС у хворих із ХОЗЛ може розвиватися за будь-якої поширеності і вираженості коронарного атеросклерозу. У такої категорії хворих налагоджували моніторинг сегменту ST та зубця Т, оскільки зміщення сегменту ST і зміни зубця Т є найбільш надійними електрокардіографічними індикаторами ішемії міокарда у спокою і в момент виникнення симптомів.

Аналіз результатів клінічного обстеження показав, що у пацієнтів із поєднаною КРП на час поступлення в стаціонар зберігались напади стенокардії, причому кількість больових епізодів ішемії міокарда у хворих із загрозою дестабілізації перебігу стенокардії була у 1,16 разів вірогідно більшою, порівняно із групою з стабільною стенокардією напруження,

**Таблиця 3. Розподіл хворих із загостренням ХОЗЛ III ст., груп C, D залежно від виду супровідної ІХС І-ІІ ФК**

ХОЗЛ + супровідна ІХС І-ІІ ФК	Кількість хворих, (n=94)	
	абс. число	%
Загострення ХОЗЛ III ст. + супутня ІХС І-ІІ ФК (основна підгрупа)	51	54,26
Загострення ХОЗЛ III ст. + коморбідна ІХС І-ІІ ФК (підгрупа порівняння)	43	45,74

( $p < 0,05$ ). За даними ДМ ЕКГ, добова тривалість ішемії міокарда (ДТІМ) в обох групах не перевищувала 40 хв. (табл. 4).

**Таблиця 4. Електрокардіографічні показники у пацієнтів із загостренням ХОЗЛ III ст. при поєднанні з ІХС І-ІІ ФК за результатами ДМ ЕКГ на час поступлення в стаціонар**

Показники	Хворі з поєднаною КРП, (n=44)	
	ХОЗЛ + стенокардія напруження, (n=26)	ХОЗЛ + дестабілізація перебігу стенокардії напруження, (n=18)
ДТІМ, хв.	34,5±2,1	36,7±2,6
Кількість ЕБІМ	3,7±0,1	4,3±0,2 *
Кількість ЕББІМ	2,2±0,14	2,8±0,16 **
Кількість таблеток нітрогліцерину на добу	2,68±0,09	3,74±0,24 ***
ЧСС, уд./хв.	103,3±5,2	108,3±3,6
SaO <sub>2</sub> , %	96,12±0,46	93,42±0,19 ***

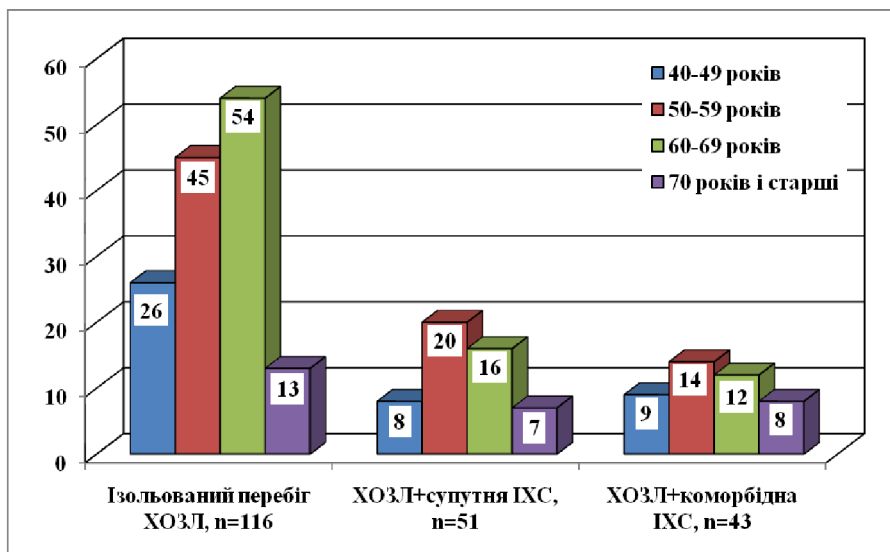
Примітки: \* – вірогідність різниці даних ( $p < 0,05$ ) між показниками порівнюваних груп, \* – вірогідність різниці даних ( $p < 0,01$ ) між показниками порівнюваних груп, \* – вірогідність різниці даних ( $p < 0,001$ ) між показниками порівнюваних груп (тут і надалі)

Основним чинником, який сприяє високій поширеності безбольової форми ішемії при ХОЗЛ у поєднанні з ІХС, на думку ряду клініцистів, є хронічна гіпоксія, яка підвищує поріг больової чутливості, оскільки при поєднанні КРП міокард не отримує достатньої кількості кисню як в результаті справжньої коронарогенної ішемії, так і внаслідок гіпоксемії, а отже, по відношенню до міокарда спостерігається змішаний (циркуляторний і гіпоксемічний) тип гіпоксії.

У табл. 5 представлено результати досліджень, які характеризують наявність і вираженість ішемії міокарда.

Як видно із даних табл. 5, середня тривалість ішемічної депресії сегменту ST за добу у хворих із загостренням ХОЗЛ

при поєднанні з стабільною стенокардією становила (34,53±2,1) хв. і була в 1,06 разів невірогідно меншою, порівняно з групою пацієнтів із загрозою дестабілізації перебігу ІХС, ( $p > 0,05$ ). Кількість епізодів ішемічної депресії сегменту ST за добу у пацієнтів із загрозою дестабілізації перебігу ІХС становила (6,41±0,70) разів і була невірогідно більшою, ніж у хворих із стабільною стенокардією напруження, у яких кількість епізодів ішемічної депресії сегменту ST за добу становила в середньому (5,82±0,40) разів, ( $p > 0,05$ ). Величина максимального зниження сегменту ST у хворих із загостренням ХОЗЛ III ст. при поєднанні із загрозою дестабілізації перебігу ІХС становила (1,59±0,09) мм і була невірогідно більшою, порівняно з групою хворих із стабільною стенокардією напруження, ( $p > 0,05$ ).



**Рис. 1. Розподіл пацієнтів із загостренням ХОЗЛ III ст. в залежності від вікових категорій, абс. число**

**Таблиця 5. Показники ДМ ЕКГ у хворих із загостренням ХОЗЛ III ст. груп С і D при поєднанні з ІХС**

Показники	ХОЗЛ + стенокардія напруження, (n=26)	ХОЗЛ + дестабілізація перебігу стенокардії напруження, (n=18)
Кількість епізодів ішемічної депресії сегменту ST за добу	5,82±0,40	6,41±0,70
Середня тривалість ішемічної депресії сегменту ST за добу, хв.	34,53±2,1	36,71±2,6
Максимальне зниження сегменту ST, мм	1,39±0,06	1,59±0,09

**Висновки**

1. Дистропія ХОЗЛ III стадії і ІХС I-II ФК зустрічається у 44,76% випадків. Найбільшу кількість пацієнтів із ХОЗЛ III ст. при поєднанні з ІХС I-II ФК зареєстровано у віковому діапазоні від 60 до 69 років, що становило 39,52% від усіх хворих даної категорії.

2. При поєднанні кардіо-респіраторній патології, яка викликана дистропією ХОЗЛ III ст., груп С, D і ІХС I-II ФК, у 50 (53,19)% хворих загострення ХОЗЛ III ст. поєднувалося зі стабільною стенокардією напруження I-II ФК або епізодами безбольової ішемії міокарда та у 44 (46,81)% пацієнтів були ознаки загрози дестабілізації перебігу ІХС.

3. При поєднанні кардіо-респіраторній патології критеріями загрози дестабілізації перебігу супровідної ІХС I-II ФК у хворих із загостренням ХОЗЛ важкого перебігу були скарги на типовий біль за грудиною, нетиповий біль або еквівалент болю в спокої; посилення болю при фізичному навантаженні, поєднання нападів типової стенокардії та безбольової ішемії міокарда з вираженою задишкою, електрокардіографічними ознаками коронарної недостатності, які виявляються при реєстрації ЕКГ в спокої або при стрес-ЕКГ (горизонтальна або косинусісна депресія сегменту ST більше 1 мм від ізолінії через 80 мс після точки J).

4. Порівняльний аналіз структурно-функціонального стану серця показав, що у хворих на ізольований перебіг ХОЗЛ показники КДР ЛШ, КСР ЛШ, КДО ЛШ, КСО ЛШ були близькі до норми, в той час як у хворих з мікст-патологією вони були збільшені, що вказувало на розвиток гіпертрофії і дилатації лівого шлуночка. Розвиток дилатації лівого передсердя та правого шлуночка може опосередковано свідчити про наявність легеневої гіпертензії, а також про підвищення тиску наповнення та зниження насосної функції лівого шлуночка.

**Перспективи подальших досліджень**

Досліджень, присвячених аналізу динаміки клінічних проявів загострення ХОЗЛ при поєднанні з коморбідними кардіоваскулярними ефектами та їх успішного лікування, на сьогодні є недостатньо. Подальше дослідження хворих із загостренням ХОЗЛ при поєднанні з коморбідною ІХС дозволять обґрунтувати комплекс лікувальних заходів щодо підвищення ефективності лікування даної категорії пацієнтів.

**Література**

1. Авдеев С. Н. Хроническая обструктивная болезнь легких как системное заболевание / С. Н. Авдеев // Пульмонология. — 2007. — № 2. — С. 104—116.
2. Амосова К. М. Ишемична хвороба серця у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень: деякі особливості клініки та морфо-функціонального стану міокарду за даними ретроспективного аналізу / К. М. Амосова, Л. Ф. Конопльова, Д. Ш. Січінава, І. В. Кричинська // Укр. пульмонол. журн. — 2008. — № 1. — С. 9—12.
3. Амосова К. М. Особливості діагностики та лікування ішемічної хвороби серця у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень / К. М. Амосова, Л. Ф. Конопльова, Д. Ш. Січінава

// Укр. пульмонол. журн. — 2009. — № 2. — С. 8—11.

4. Викентьев В. В. Ишемия миокарда и нарушение диастолической функции левого желудочка / В. В. Викентьев // Рус. мед. журн. — 2000. — № 5. — С. 18—25.
5. Воронков Л. Г. Первичная профилактика сердечной недостаточности — один из приоритетов современной кардиологии / Л. Г. Воронков // Укр. кардиол. журн. — 2004. — № 4. — С. 9-13.
6. Гаврисюк В. К. Системные проявления ХОЗЛ: особенности клиники, диагностики и лечения / В. К. Гаврисюк // Укр. пульмонол. журн. — 2009. — № 2. — 7 с.
7. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких: Пер. с англ. / Под ред. А.Г. Чучалина. — М.: Атмосфера, 2003.
8. Дінова О. П. Ремодельовання лівого шлуночка та зміни функціонального резерву у хворих на ішемічну хворобу серця / О. П. Дінова, В. К. Ткачук // Галицький лікарський вісник. — 2008. — Т. 15. — № 4. — С. 15—18.
9. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Workshop report, global strategy for diagnosis, management, and prevention of COPD. Update 2013. Bethesda, National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute; 2013.
10. Наказ МОЗ України № 555 від 27.06.2013 р. «Про затвердження стандартизації медичної допомоги при ХОЗЛ» {Текст}: / Міністерство охорони здоров'я України. — Київ. — 2013.
11. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія» {Текст}: Наказ №436 МОЗ України від 03.07.2006 р. / Міністерство охорони здоров'я України. — 2007. — 146 с.

*Герич П.Р.*

**Коморбидність ИБС у больных ХОБЛ: определение понятия, способствующие факторы развития, критерии диагностики**

Кафедра внутренней медицины №1, клинической иммунологии и аллергологии им. академика Е.М.Нейка  
Ивано-Франковский национальный медицинский университет, Украина

**Резюме.** Целью исследования является определение факторов риска коморбидности ИБС у пациентов с обострением ХОБЛ III ст., групп С и D в реальной клинической практике и предложить методы диагностики и критерии прогнозирования течения ИБС в указанной категории больных.

**Материалы и методы.** В соответствии с определенной целью и задач научного исследования в стационарных условиях обследовано 210 пациентов с обострением ХОБЛ III ст., групп С и D.

**Результаты.** При сочетанной кардиореспираторной патологии, вызванной дистропией ХОБЛ III ст., групп С, D и ИБС, стабильная стенокардия напряжения, I-II ФК, у 50 (53,19)% больных обострения ХОБЛ III ст. сочеталось со стабильной стенокардией напряжения I-II ФК или эпизодами безбольовой ишемии миокарда, а у 44 (46,81)% пациентов имелись признаки угрозы дестабилизации течения ИБС.

**Ключевые слова:** хроническое обструктивное заболевание легких, ишемическая болезнь сердца, кардиореспираторная патология.

*P.R. Gerych*

**Comorbid IHD in Patients with COPD: Definition, Risk Factors, Diagnostic Criteria**

Department of Internal Medicine No. 1, Immunopathology and Allergology named after academician Ye. M. Neiko  
Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

**Abstract.** The objective of the research was to identify risk factors for comorbid coronary artery disease in patients with acute exacerbation of COPD stage III, groups C and D in clinical practice and offer diagnostic methods and criteria to predict the course of IHD in this category of patients.

**Materials and methods.** In accordance with the specific purpose and objectives of the research 210 patients with acute exacerbation of COPD stage III, groups C and D were examined.

**Results.** In case of co-existent cardiorespiratory pathology caused by degeneration in COPD stage III, groups C, D and IHD, stable angina (SA) I-II FC, 50 (53.19%) patients with exacerbations of COPD stage III developed stable angina I-II FC or episodes of silent myocardial ischemia and 44 (46.81%) patients had evidence of a threat of clinical destabilization of IHD.

**Keywords:** chronic obstructive pulmonary disease, coronary heart disease, cardiorespiratory pathology

Надійшла 24.11.2014 року.