

6. Паньків В.І. Особливості перебігу та лікування хронічного пієлонефриту у хворих на цукровий діабет // *Клин. иммунология. Аллергология. Инфектология.* – 2008. – № 13. – С. 43-45.
7. Потапов В.О. Гестаційний пієлонефрит / В.О. Потапов, Г.Г. Березницька // *Жін. лікар.* – 2006. – № 2. – С. 17.
8. Современные подходы к коррекции нарушений функции почек у беременных женщин / М.А. Репина, Е.Г. Крапивина, В.А. Колчина [и др.] // *Ж. акушерства и жен. болезней* – 2004. – Т. LIII, выпуск 2. – С. 48-53.
9. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: Триада, 2005. – 816 с.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПИЕЛОНЕФРИТОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

*А.В. Семеняк, О.А. Андриец, Л.П. Богуславская*

**Резюме.** Проведено обстеження і лікування 25 вагітних із пієлонефритом, що виник в різні строки вагітності, використовуючи «ступенчасту» антибактеріальну терапію з переходом на супресивну терапію до кінця вагітності. Групу порівняння складали 20 вагітних жінок з пієлонефритом, которым не назначалась супресивная терапия. Установлено відсутність рецидива у 95 % вагітних основної групи незалежно від препарату, що використовувався для супресивної терапії. У вагітних групи порівняння, которым не назначалась супресивная терапия до кінця вагітності, відсутність рецидива була у 11 % вагітних, що достовірно відзначалося.

**Ключевые слова:** пієлонефрит, гестаційний пієлонефрит, «ступенчаста» антибактеріальна терапія, супресивна терапія.

## EXPERIENCE OF TREATING OF PYELONEPHRITES DURING PREGNANCY

*A.V. Semeniak, O.A. Andriyets', L.P. Bohuslavska\**

**Abstract.** The authors have carried out an examination and treatment of 25 pregnant women with pyelonephritis, which arose during different terms of pregnancy, using a "stepwise" antibiotic therapy with a transition to suppressive therapy until the end of pregnancy. A comparison group was made up of 20 pregnant women with pyelonephritis, who were not prescribed suppressive therapy. The absence of recurrences in 95 % of the gravidas of the basic group has been established, regardless of the drug used for suppressive therapy. In the comparison group of women who were not prescribed suppressive therapy until the end of pregnancy, the absence of the relapse was observed in 11 % of pregnant women, which was significantly different.

**Key words:** pyelonephritis, gestational pyelonephritis, "stepwise" antibiotic therapy, suppressive therapy.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)  
Municipal Clinical Lying – in Hospital № 1 (Chernivtsi)

Рецензент – д.мед.н. І.В. Каліновська

Buk. Med. Herald. – 2013. – Vol. 17, № 2 (66). – P. 122-125

Надійшла до редакції 11.03.2013 року

© А.В. Семеняк, О.А. Андриєць, Л.П. Богуславська, 2013

УДК 616.13-004.6+616.12-008.331.1+616.12-009.72

*Н.М. Середюк, М.В. Федорченко, Н.М. Галюк*

## ВПЛИВ ЛІПІДОЗНИЖУВАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПЕРЕБІГ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОГО ПРОЦЕСУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ІІ СТУПЕНЯ, ПОЄДНАНУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

**Резюме.** Задля вивчення впливу ліпідознижувальної терапії на перебіг атеросклеротичного процесу в коронарних артеріях обстежено 30 осіб, які перебували на лікуванні в Івано-Франківському обласному клінічному кардіологічному диспансері (ОККД). Пацієнтів було рандомізовано на три підгрупи згідно з оцінкою ризику серцево-судинних подій за рівнем показника індексції коронарного кальцію, а також сформовано контрольну групу із 10 осіб. Визначали концентрацію загального холестерину (ЗХС), триацилгліцеролів (ТГ), холестерину ліпопротеїнів високої та низької щільності (ХС ЛПВЩ та ХС ЛПНЩ), а також індекс коронарного

кальцію. Всім хворим призначили розувастатин у дозі 20 мг одноразово щовечора всередину протягом чотирьох тижнів. Після проходження пацієнтами повного курсу терапії дослідження повторювалося. При цьому встановлено, що на фоні зниження рівнів ЗХС, ТГ, ХС ЛПНЩ, підвищення рівня неатерогенної фракції ХС ЛПВЩ спостерігався приріст показника індексції коронарного кальцію.

**Ключові слова:** показник індексції коронарного кальцію, ліпідознижувальна терапія, статини, оцінка ризику серцево-судинних подій.

© Н.М. Середюк, М.В. Федорченко, Н.М. Галюк, 2013

**Вступ.** Показник індексації коронарного кальцію є одним із маркерів атеросклеротичного ураження судин, і може бути використаний як критерій нестабільності атеросклеротичної бляшки (так званої «м'якої бляшки») [2, 3]. Кальцієвий індекс може застосовуватися і для комплексної оцінки ризику серцево-судинних подій для кожного пацієнта та для вибору індивідуальної лікувальної тактики [4]. Ліпідознижувальна терапія статинами – важлива ланка комплексного лікування атеросклеротичного процесу, спрямована на конкурентне гальмування ГМГ-КоА-редуктази – ключового ферменту-катализатора біосинтезу холестерину [5]. Статини застосовуються при всіх формах ішемічної хвороби серця (ІХС), у тому числі й у пацієнтів із артеріальною гіпертензією (АГ). Статини володіють власним незначним антигіпертензивним ефектом, а також сприяють зворотному розвитку гіпертрофії лівого шлуночка [1]. Серед пацієнтів з АГ статини слід призначати хворим, які мають додатковий серцево-судинний ризик – від високого до дуже високого; за відсутності ІХС – у низькій їх дозі, за наявності ІХС – призначають вищі дози. Прийом статинів (при задовільній переносимості) повинен бути на невизначено тривалий термін.

**Мета дослідження.** Встановити вплив ліпідознижувальної терапії на стабільну (кальцифіковану) бляшку для прогнозування подальшого серцево-судинного ризику пацієнтів.

**Матеріал і методи.** Під спостереженням перебувало 10 практично здорових осіб, які склали контрольну групу, а також 20 хворих на артеріальну гіпертензію II ступеня з ішемічною хворобою серця, які були рандомізовані в три групи згідно з оцінкою ризику серцево-судинних подій за шкалою SCORE [дуже високий – індекс SCORE > 10 %; високий індекс SCORE < 10 > 5%; помірний - індекс SCORE < 5 > 1%; низький індекс SCORE < 1 %] та за індексом коронарного кальцію [CaScore 0 – 10 Од – мінімальний кальциноз, 11 – 100 Од – помірний, 101 – 400 помірно високий, > 400 – максимально високий кальциноз]: 1-ша група – пацієнти з низьким ризиком (6 осіб); 2-га група – з помірним ризиком (10 осіб); 3-тя група – з високим ризиком (4 особи). В обстежених пацієнтів визначені показники ліпідного спектра крові: ЗХС, ТГ, ХС ЛПНЩ, ХС ЛПВЩ, а також, власне, показник індексації коронарного кальцію. Визначення показників ліпідного спектра крові проводилось у сертифікованій МОЗ України лабораторії ОККД із використанням наборів реактивів «Lachema». Визначення показника індексації коронарного кальцію проводилось на 64-зрізовому мультиспіральному комп'ютерному томографі Siemens Somatom Definition AS на базі лікувально-діагностичного центру SiMedGroup.

Хворим усіх трьох груп призначений розувастатин у дозі 20 мг всередину одноразово щовечора. Через чотири тижні, з метою контролю динаміки лікування, пацієнтам повторно проведені вищезазначені дослідження.

Статистичну обробку отриманих результатів проведено за допомогою комп'ютерної програми STATISTIKA-8 і пакета статистичних функцій програми «Microsoft Excel» на персональному комп'ютері, застосовуючи варіаційно-статистичний метод аналізу. Визначали середню арифметичну величину  $M$ , середнє квадратичне відхилення  $\delta$ , середню похибку середньої арифметичної  $m$ , число варіант ( $n$ ), вірогідність різниці двох середніх арифметичних « $r$ »; при цьому значення  $p < 0,05$  оцінювали достовірними. Кореляційний аналіз проводили за методом Пірсона ( $r_{xy}$ ).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Аналізуючи показники ліпідного спектра крові, в обстежених пацієнтів порівняно з контрольною групою виявилися значно підвищеними рівні ЗХС та ТГ, вміст яких у сироватці крові склав  $4,3 \pm 0,01$  ммоль/л і  $0,94 \pm 0,02$  ммоль/л у групі осіб із низьким ризиком ( $p < 0,05$ );  $5,38 \pm 0,01$  ммоль/л і  $1,37 \pm 0,01$  ммоль/л у групі осіб із помірним ризиком ( $p < 0,05$ ) та  $5,47 \pm 0,02$  ммоль/л та  $1,45 \pm 0,02$  ммоль/л у групі осіб із високим ризиком ( $p < 0,05$ ) (табл.1).

Вміст ХС ЛПНЩ у плазмі крові також виявився значно підвищеним, і склав  $2,63 \pm 0,06$  ммоль/л у групі пацієнтів із низьким ризиком ( $p < 0,05$ );  $3,49 \pm 0,03$  ммоль/л у групі осіб із помірним ризиком ( $p < 0,05$ ) та  $3,76 \pm 0,03$  ммоль/л у групі осіб із високим ризиком ( $p < 0,05$ ).

Рівень ХС ЛПВЩ, як неатерогенної фракції, виявився зниженим у всіх групах хворих, та склав, відповідно,  $1,04 \pm 0,02$  ммоль/л,  $0,97 \pm 0,01$  ммоль/л та  $0,94 \pm 0,01$  ммоль/л ( $p < 0,001$ ).

Після лікування розувастатином спостерігалось зниження показників ЗХС, ТГ та ХС ЛПНЩ при незначному прирості показника ХС ЛПВЩ (табл. 1). Рівень ЗХС у групі низького ризику склав  $3,62 \pm 0,06$  ммоль/л (-D 16,9 %); у групі помірнього ризику –  $3,91 \pm 0,18$  ммоль/л (-D 27,4 %) та  $4,32 \pm 0,08$  ммоль/л (-D 21,1 %) у групі високого ризику ( $p \square 0,05$ ).

Рівень ТГ також зменшився і склав  $0,78 \pm 0,07$  ммоль/л (-D 17,1 %) у групі осіб із низьким ризиком серцево-судинних подій;  $1,04 \pm 0,01$  ммоль/л (-D 24,1 %) у групі помірнього ризику та  $4,32 \pm 0,08$  ммоль/л (-D 23,1 %) ( $p \square 0,05$ ).

Рівень показника ХС ЛПНЩ у плазмі крові у групі осіб з низьким ризиком серцево-судинних подій склав  $1,85 \pm 0,16$  ммоль/л (-D 29,7 %);  $2,88 \pm 0,09$  ммоль/л (-D 17,5 %) у групі помірнього ризику та  $3,08 \pm 0,05$  ммоль/л (-D 18,1 %) у групі осіб з високим ризиком серцево-судинних подій ( $p \square 0,05$ ).

Натомість, показник неатерогенної фракції ХС ЛПВЩ у процесі проведеного лікування зростає, і виявився, відповідно, на рівнях  $1,19 \pm 0,08$  ммоль/л (+D 14,4 %) у групі низького ризику;  $1,07 \pm 0,03$  ммоль/л (+D 10,3 %) у групі помірнього ризику та  $0,99 \pm 0,01$  ммоль/л (+D 5,3 %) у групі осіб із високим ризиком серцево-судинних подій ( $p \square 0,05$ ).

У табл. 2 представлені значення показника індексації коронарного кальцію (CaScore) залеж-

Таблиця 1

## Показники ліпідного спектра крові в обстежених хворих на АГ II ступеня з ІХС (M±m)

Показник, Од. виміру	Здорові (10 осіб)	Хворі (20 осіб)					
		За шкалою SCORE та CaScore					
		Група низького ризику (6 осіб)		Група помірної ризику (10 осіб)		Група високого ризику (4 особи)	
		до ліку- вання	після ліку- вання	до ліку- вання	після лікуван- ня	до ліку- вання	після ліку- вання
ЗХС, ммоль/л Δ,%	4,2±0,15	4,3±0,01 p<0,05	3,62±0,06 -16,9 p<0,05	5,38±0,01 p<0,05	3,91±0,18 -27,4 p<0,05	5,47±0,02 p<0,05	4,32±0,08 -21,1 p<0,05
ТГ, ммоль/л Δ,%	0,88±0,12	0,94±0,02 p<0,05	0,78±0,07 -17,1 p<0,05	1,37±0,01 p<0,05	1,04±0,01 -24,1 p<0,05	1,45±0,02 p<0,05	1,13±0,14 -23,1 p<0,05
ХС ЛПВЩ, ммоль/л Δ,%	1,15±0,04	1,04±0,02 p<0,05	1,19±0,08 +14,4 p<0,05	0,97±0,01 p<0,05	1,07±0,03 +10,3 p<0,05	0,94±0,01 p<0,05	0,99±0,01 +5,3 p<0,05
ХС ЛПНЩ, ммоль/л Δ,%	2,5±0,22	2,63±0,06 p<0,05	1,85±0,16 -29,7 p<0,05	3,49±0,03 p<0,05	2,88±0,09 -17,5 p<0,05	3,76±0,03 p<0,05	3,08±0,05 -18,1 p<0,05

Примітка. Δ – різниця між показниками порівняно зі здоровими р – достовірність різниці між показниками

Таблиця 2

## Показники індексації коронарного кальцію в обстежених хворих (M±m)

Показник, Од. виміру	Здорові (10 осіб)	Хворі (20 осіб)					
		Група низького ризику (6 осіб)		Група помірної ризику (10 осіб)		Група високого ризику (4 особи)	
		до ліку- вання	після ліку- вання	до ліку- вання	після ліку- вання	до ліку- вання	після ліку- вання
		CaScore, од. Δ,%	8,60± 0,50	14,88±1,25 p <sub>1</sub> □0,001	16,23±2,36 +9,1 p <sub>1</sub> □0,001 p <sub>2</sub> □0,05	78,29±5,14 p <sub>1</sub> □0,001	83,71±6,19 +6,9 p <sub>1</sub> □0,001 p <sub>2</sub> □0,05

Примітка. Δ – різниця між показниками до і після лікування; p<sub>1</sub> – достовірність різниці між показниками порівняно зі здоровими; p<sub>2</sub> – достовірність різниці між показниками до і після лікування

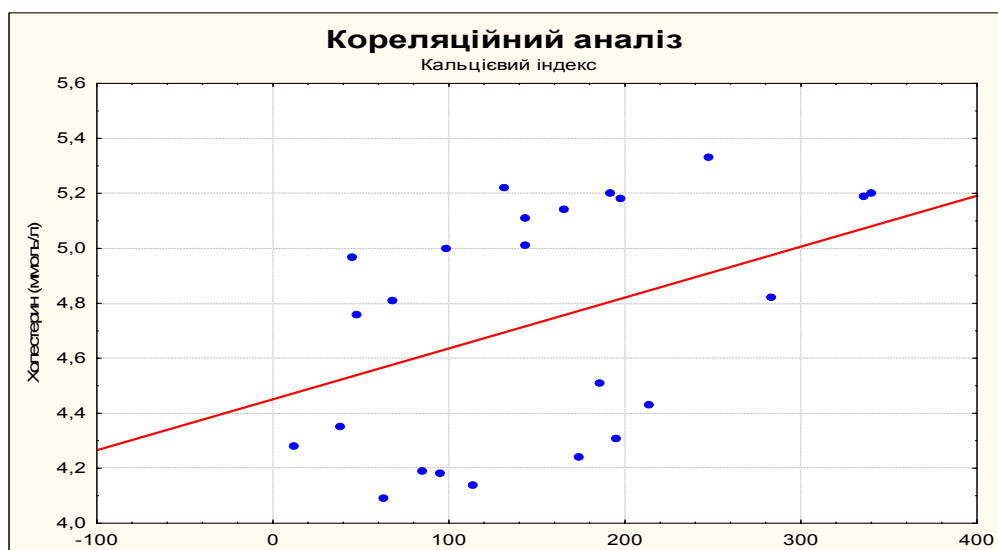


Рис. Кореляційний аналіз кардіоваскулярного ризику і CaScore

но від ступеня кардіоваскулярного ризику за шкалою SCORE. Індекс CaScore у групі здорових осіб становив  $(8,60 \pm 0,50)$  Од. У групі хворих цей показник виявився суттєво вищим і становив  $(14,88 \pm 1,25)$  Од. У групі низького ризику ( $p < 0,05$ );  $(78,29 \pm 5,14)$  Од – у групі помірному ризику ( $p < 0,05$ ) та  $367,48 \pm 64,0$  Од – у групі осіб із високим ризиком серцево-судинних подій ( $p < 0,05$ ).

Із табл. 2 також видно, що показник індексції коронарного кальцію після курсу розувастатину суттєво не змінився у групі низького ризику [ $16,23 \pm 2,36$  Од. (+D 9,1 %)]; до  $83,71 \pm 6,19$  Од. (+D 6,9 %) у групі помірному ризику, так і в групі осіб із високим ризиком серцево-судинних подій [ $386,71 \pm 72,4$  Од. (+D 5,2 %)], ( $p \square 0,001$ ).

Проведений кореляційний аналіз (рис.) показав, що вищезазначена ймовірність кардіоваскулярного ризику і CaScore, як критерію кальцієвого навантаження коронарних судин, свідчить про прямий кореляційний зв'язок –  $r_{xy} = 0,59$ ; ( $p \square 0,05$ ).

Водночас отримані результати показують, що статинотерапія, позитивно впливаючи на динаміку атерогенних (зниження) і антиатерогенних (підвищення) ліпопротеїдів, не сприяє одночасній позитивній динаміці коронарного кальцію. Отже, призначення хворим на АГ з ІХС до лікувального комплексу слід додавати кальцій-протективні засоби, що і планується в перспективі.

#### Висновки

1. Доповнення оцінки серцево-судинного ризику за шкалою SCORE визначенням індексу коронарного кальцію, отриманого з допомогою мультиспіральної комп'ютерної томографії, дає можливість підвищити ефективність модифікації кардіоваскулярного ризику і запобігати прогресуванню серцево-судинних захворювань та їх

ускладнень. Встановлений прямий кореляційний зв'язок середньої сили між оцінкою серцево-судинного ризику за шкалою SCORE та CaScore ( $r_{xy} = +0,59$ ;  $p < 0,05$ ).

2. Ліпідознижувальна терапія зумовлює зменшення рівнів загального холестерину, триацилгліцеролів, холестерину ліпопротеїнів низької щільності та підвищення рівня неатерогенних фракцій холестерину ліпопротеїнів високої щільності, проте не чинить позитивного ефекту на завантаженість коронарних артерій кальцієм при місячному курсі лікування розувастатином.

**Перспективи подальших досліджень.** Потребує подальшого дослідження вплив кардіопротекторних засобів на перебіг атеросклеротичного процесу у хворих на АГ II ступеня, поєднану з ІХС.

#### Література

1. Федьків С.В. Променева діагностика коронарного атеросклерозу та ускладнень ішемічної хвороби серця з використанням методу мультиспіральної комп'ютерної томографії: автореф. дис. на здобуття наук. ступ. докт. мед. н. – К., 2010. – 20 с.
2. Blaha M.J. Associations between C-reactive protein, coronary artery calcium, and cardiovascular events: implications for the JUPITER population from MESA, a population-based cohort study / M.J. Blaha, M.J. Budoff, A.P. DeFilippis // Lancet. – 2011. – Aug № 20. – № 378 (9792). – P. 684-692.
3. Hirsch D. Colocalization of cholesterol and hydroxyapatite in human atherosclerotic lesions / D. Hirsch, R. Azoury, S. Sarig // Calcif. Tissue Int. – № 52. – P. 94-98.
4. Kavousi M. Evaluation of newer risk markers for coronary heart disease risk classification: a cohort study / M. Kavousi, S. Elias-Smale // Ann Intern Med. – 2012. – Vol. 156 (6). – P. 438-444.
5. Mark J. Non-Optimal Lipids Commonly Present in Young Adults and Coronary Calcium Later in Life. The Coronary Artery Risk Development In young Adults (CARDIA) Study / J. Mark // Internal Medicine. – 2010. – № 153 (3). – P. 137-146.

## ВЛИЯНИЕ ЛИПИДОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ В КОМБИНАЦИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*Н.Н. Середюк, М.В. Федорченко, Н.М. Галуц*

**Резюме.** Для изучения влияния липидоснижающей терапии на течение атеросклеротического процесса в коронарных артериях было обследовано 30 человек, которые находились на лечении в Ивано-Франковском областном клиническом кардиологическом диспансере (ОККД). Больные были рандомизированы на три подгруппы согласно оценке сердечно-сосудистых событий за уровнем показателя индексации коронарного кальция, а также сформирована контрольная группа из 10 человек. У больных определили концентрацию общего холестерина, триацилглицеролов, холестерина липопротеинов высокой и низкой плотности, а также был определен индекс коронарного кальция. Всем больным был назначен розувастатин в дозе 20 мг однократно каждый вечер на протяжении четырех недель. После прохождения пациентами полного курса терапии, исследование было повторено. При этом было установлено, что на фоне снижения уровней общего холестерина, триацилглицеролов и холестерина липопротеинов низкой плотности, повышения уровня неатерогенной фракции холестерина липопротеинов высокой плотности наблюдалось повышение показателя индексации коронарного кальция.

**Ключевые слова:** показатель индексации коронарного кальция, липидоснижающая терапия, статины, оценка риска сердечно-сосудистых происшествий.

## THE INFLUENCE OF LIPID-LOWERING THERAPY ON THE ATHEROSCLEROTIC PROCESS IN PATIENTS WITH THE SECOND DEGREE OF ESSENTIAL HYPERTENSION COMBINED WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

*N.M. Serediuk, M.V. Fedorchenko, N.M. Haliuk*

**Abstract.** For the purpose of studying the effect of lipid-reducing therapy on the course of the atherosclerotic process in the coronary arteries the authors have examined 30 people, undergoing a course of treatment at the Ivano-Frankivsk Regional Clinical Cardiological Dispensary (RCCD). The patients were randomized into three subgroups based on an evaluation of a risk of cardiovascular events according to the coronary calcium index, a control group of 10 persons was also formed. The concentration of total cholesterol (TCS), triglycerides (TG), cholesterol of lipoproteins of high and low density (CS LPHD and CS LPLD) as well as the index of coronary calcium were evaluated. All the patients were prescribed rosuvastatin in a single dose of 20 mg every evening during four weeks. Upon completing a full course of therapy by all the patients the experiment was repeated. It was established hereat that against a background of a decrease of the levels of TCS, TG, CS LPLD, an increase of the level of the nonatherogenic fraction of CS LPHD an elevation of the index of coronary calcium was observed.

**Key words:** coronary calcium index, lipid-lowering therapy, statins, evaluating risk of cardiovascular events.

National Medical University (Ivano-Frankivsk)

Рецензент – проф. О.І. Федів

Buk. Med. Herald. – 2013. – Vol. 17, № 2 (66). – P.125-129

Надійшла до редакції 08.04.2013 року

---

© Н.М. Середюк, М.В. Федорченко, Н.М. Галюк, 2013

УДК 616.12-009.72-08-06:616.24-002.2-092

*В.К. Тащук, Т.М. Амеліна, О.С. Полянська*

## ОКРЕМІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ ІЗ СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ, РЕЄСТРОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

---

**Резюме.** Досліджено вплив  $\beta$ -адреноблокатора карведилолу на функціональний стан ендотелію у хворих на стабільну стенокардію напруження із супутнім хронічним обструктивним захворюванням легень. Вста-

новлено, що призначення препарату нормалізує прояви ендотеліальної дисфункції.

**Ключові слова:** стабільна стенокардія, хронічне обструктивне захворювання легень, карведилол.

---

**Вступ.** Ішемічна хвороба серця (ІХС) залишається найбільш поширеною патологією серця в Україні і становить 67,5 % серед усіх причин смерті від хвороб системи кровообігу. Незважаючи на видатні успіхи в лікуванні стабільної стенокардії за останні 20 років, включаючи превентивну терапію, фармакологічні засоби і ревазуляризацію, її симптоми зберігаються у більшості хворих, які знаходяться в групі високого і дуже високого ризику виникнення ускладнень. Припускають, що серцево-судинні захворювання залишаться провідною причиною смерті і захворюваності населення до 2020 р., у зв'язку з цим лікування ІХС посідає одне з провідних місць серед найважливіших медичних проблем ХХІ століття [3].

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – одна з найбільш важливих медико-соціальних проблем як в Україні, так і у світі. Її актуальність зумовлена високими показниками поширеності, інвалідизації, смертності та постійно зростаючими економічними збитками. Дані щодо захворюваності та поширеності ХОЗЛ не-

доцінюються, тому що захворювання зазвичай діагностується після появи клінічно значущих симптомів, хоча відомо, що корені ХОЗЛ закладаються на десятки років раніше, ніж з'являються його ознаки. Тяжкість ХОЗЛ у окремого пацієнта зумовлена загостреннями та супутніми захворюваннями. За результатами дослідження Global Burden of Disease, що проводилося під патронатом ВОЗ і світового банку, ХОЗЛ посідає четверте місце серед причин смерті у світі з 2,75 млн випадків смерті на рік (1,41 млн – серед чоловіків та 1,34 млн – серед жінок), що становить 4,8 % від усіх смертей [5]. Смертність від ХОЗЛ стрімко зростає. За даними Європейського респіраторного товариства (ERS), прогнозується зростання смертності від ХОЗЛ до 2020 року, коли вона вийде на 4-те місце після таких захворювань, як ІХС, цереброваскулярні захворювання, рак легень, – така тенденція характерна як для Східної, так і для Західної Європи [1, 2].

Лікування хворого на ІХС, що має супутне ХОЗЛ, становить одну з актуальних проблем су-

---

© В.К. Тащук, Т.М. Амеліна, О.С. Полянська, 2013