



($p < 0,05$) та з ХХН II стадії ($p < 0,05$). Отже, результати дослідження показали вірогідне зростання вмісту ТФР- $\beta 1$ у всіх хворих на ХХН незалежно від стадії хвороби. Але прогресування ХХН супроводжується інтенсивним зростанням рівня просклеротичного цитокіну ТФР- $\beta 1$. Клінічно значиме зростання рівня $\beta 2$ м крові та сечі виявлене тільки у пацієнтів з ХХН III стадії, що вказує на наявність незворотніх змін в нирках.

Таким чином, у крові хворих на ХХН I-III стадії виявлено вірогідне зростання просклеротичного цитокіну ТФР- $\beta 1$ ($p < 0,05$). Вміст $\beta 2$ м крові та сечі вірогідно підвищується тільки у пацієнтів з ХХН III стадії ($p < 0,05$).

Каньовська Л.В.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ НА ТЛІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Хронічне обструктивне захворювання легень залишається актуальною проблемою, що зумовлено зростанням кількості хворих та рівнем смертності як в Україні, так і в усьому світі. Особливого значення набуває поєднання ХОЗЛ з метаболічним синдромом, що значно підвищує ризик розвитку позалегенових і фатальних ускладнень коморбідного перебігу. Поширеність метаболічного синдрому (МС) серед хворих на ХОЗЛ складає від 21 до 53%, особливо на ранніх стадіях його розвитку, тому детальне вивчення взаємного впливу вищезгаданої патології набуває актуальності. Якість життя (ЯЖ) є важливим аспектом для оцінки ефективності профілактики та лікування, а також виявлення груп ризику швидкого прогресування ХОЗЛ.

Усі хворі проходили обстеження, яке включало збір анамнестичних і алергологічних даних, виявлення супутніх захворювань, оцінку клінічних симптомів ХОЗЛ, визначення антропометричних показників. Пацієнтам призначали базисну терапію ХОЗЛ відповідно до наказу МОЗ України №555 від 27.06.13. у вигляді пролонгованого холінолітика тіотропіуму броміду. При обстеженні хворих з ізольованим ХОЗЛ вже наявні порушення показників ФЗД: життєвої ємності легень, максимальної вентиляції легень, об'єму форсованого видиху за 1 секунду, форсованої життєвої ємності легень, індексу Тіффно, порівняно з групою здорових осіб. Ці порушення зростають при поєднанні ХОЗЛ МС внаслідок не тільки розвитку легеневої недостатності, а й дисфункції лівого шлуночка та лівошлуночкової недостатності. Дихальні порушення набувають переважно змішаного типу, на відміну від ізольованої ХОЗЛ (переважно обструктивний тип).

Встановлено, що хворі на ХОЗЛ із супутнім метаболічним синдромом характеризуються вірогідно вищими показниками рівня основного обміну у 1,17 рази, добового споживання енергії та фактичної енергетичної цінності спожитої їжі в робочі та вихідні дні у 1,4 рази у 1,6 рази відповідно, а також збільшенням частоти порушень харчової поведінки порівняно з хворими на ХОЗЛ з нормальним ІМТ ($p < 0,05$).

Модифікація способу життя на тлі базисної терапії ХОЗЛ сприяє зниженню показників задишки у 1,15 рази, кількості симптомів ХОЗЛ у 1,63 рази, покращенню показників якості життя за шкалою симптомів у 1,07 рази, фізичної активності у 1,18 рази, впливу захворювання у 1,16 рази та загальної якості життя у 1,18 рази за даними опитувальника шпиталю Святого Георгія на тлі зростання показника тесту 6-ти хвилинної ходьби у 1,1 рази порівняно з відповідними показниками у хворих, які отримували тільки базисну терапію.

Отже, отримані результати є свідченням виникнення синдрому взаємного обтяження у хворих на ХОЗЛ в поєднанні з метаболічним синдромом.