

антагонистов кальция на показатели липидного спектра и углеводного метаболизма [1,4,6,8]. Имеющиеся данные [3,4,10,12] позволяют полагать, что дигидропиридиновые антагонисты кальция (АК) пролонгированного действия могут представлять собой препараты первого ряда при лечении АГ у больных с метаболическими расстройствами. Пролонгированные АК не оказывают неблагоприятного действия на углеводный обмен, уровень мочевой кислоты и липидов в крови [2,5].

Выводы. Данное исследование показало, что 6-месячное лечение больных АГ с МС с индивидуально подобранными дозами Кордафлекса РД является эффективным методом лечения, не только в отношении цифр АД, но и благоприятно сказывается на липидном и углеводном обмене, что может способствовать более широкому применению данного препарата в лечении АГ у пациентов с МС.

Литература

1. Грацианский, Н.А. // Кардиология.– 1997.– №8.– С. 68–81.
2. Задионченко, В.С., Хруленко С.Б., Адашева Т.В, Погонченко И.В. // Кардиология.– 2000.– 40.– 10.– С. 38–41.
3. Кобалава, Ж.Д. Изменения суточного профиля АД и поражения сердца у больных гипертонической болезнью с метаболическими нарушениями. Материалы Всероссийской научной конференции "Современные аспекты артериальных гипертензий". Санкт-Петербург: Медицина, 1995. 142-143.
4. Кобалава Ж.Д. Клиническое и фармакодинамическое обоснование выбора антигипертензивных препаратов у больных эссенциальной гипертонией с сопутствующими факторами риска. Дис. доктора мед. наук. М. 1997. 353 с.
5. Мартынов А.И. [и др.] // Кардиология.– 2000. N40 (5). С. 29–34.
6. Хруленко С.Б., Задионченко В.С.// Клиническая фармакология и терапия. 1999. №6. с. 28-30.
7. Blak M.R. // J. Cardiovasc. Pharmacol 1990. N5, Suppl. 15. p. 26-38.
8. Hansson L., Zanchetti A. // Blood Pressure. 1993. N2. p. 62–68.
9. Guidelines Subcommittee. 1999 World Health Organization - International Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension // J. Hypertension. 1999. N17 (2). p. 151-183.
10. Lavie C. et al. // Intern. Med. 1991. N17. p. 42-48.
11. Reaven.M. // Diabetes Care. 1991. N4; Suppl. 14. p. 33-41.
12. Ursini F. // J. Cardiovasc. Pharmacol. 1997. N 30 (suppl. 2). S. 28-30.

CLINICAL EFFICIENCY OF NIFEDIPINE (KORDAFLEKS RD) ON INDICATORS LIPID AND THE CARBOHYDRATE EXCHANGE AT SICK OF THE ARTERIAL HYPERTENSIA WITH THE METABOLIC SYNDROME

L. VASILEVA, D. LAKHIN, O.GORYUSHKINA

Voronezh State Medical Academy.
Gordskaya Hospital № 3 of the city of Lipetsk

40 patients are included in research by an arterial hypertension with a metabolic syndrome. Patients throughout 6 months received nifedipine (kordafleks-RD) in individually picked up dosage of 20-40 mg/days. Thus indicators lipid and a carbohydrate exchange were traced. Against a preparation were positive influence on levels is noted.

Key words: nifedipine, kordafleks-RD, an arterial hypertension, a metabolic syndrome.

УДК 616.24+616.12-008.331.1: 615.849.19

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ФОНЕ МАГНИТОЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Л.В.ВАСИЛЬЕВА, М.С. ОВСЯННИКОВА, А.В.КРЮЧКОВА*

Статья посвящена оценке влияния комбинированной магнитолазерной терапии (МЛТ) на показатели суточного мониторирования ар-

териального давления (СМАД) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сочетании с гипертонической болезнью (ГБ). В исследовании принимали участие 40 пациентов с диагнозом ХОБЛ с сопутствующей ГБ. После лечения во всех группах отмечались благоприятные изменения параметров суточного ритма (СР) АД, более выраженные в группе комбинированной терапии. В основной группе, где пациенты получали стандартную и магнитолазерную терапию (МЛТ) по предложенной методике, при повторном СМАД имела место тенденция к снижению СР АД, уменьшился удельный вес ночного типа ритма, снизился утренний подъем АД. У больных в контрольной группе, несмотря на проводимую терапию, оставались нарушения СР АД. Обнаружено потенцирование антигипертензивного эффекта и переносимости терапии при комбинированном использовании медикаментов и МЛТ.

Ключевые слова: магнитолазеротерапия, хроническая обструктивная болезнь легких, гипертоническая болезнь, суточное мониторирование артериального давления, суточный ритм артериального давления.

По данным различных авторов, частота АГ у больных с ХОБЛ составляет от 6,8 до 76,3%, в среднем – 34,3% [1]. Существуют различные точки зрения на патогенетические взаимоотношения ХОБЛ и АГ. Имеются данные, что именно ХОБЛ является причиной развития АГ, причем подобная АГ должна рассматриваться как симптоматическая. Ряд других авторов отрицают необходимость выделения АГ при ХОБЛ в самостоятельную форму и предлагают рассматривать данный патологический процесс как гипертоническую болезнь. Ведение пациентов, страдающих артериальной гипертонией (АГ) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), является весьма актуальной проблемой в связи с широкой распространенностью этих заболеваний во взрослой популяции. Такая высокая частота встречаемости и артериальной гипертонии, и хронической обструктивной болезни легких в популяции приводит к увеличению количества коморбидных пациентов. Наличие артериальной гипертонии у больных ХОБЛ ведет к более значимому поражению органов-мишеней по сравнению с пациентами, страдающими только одной из данных патологий (Винчинская, Москва-2005 г). Лечение этой категории больных имеет особенности и должно быть особенно тщательным в связи с тем, что респираторная патология значительно увеличивает риск прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний и вероятность смертельного исхода. Многими исследованиями доказано, что ХОБЛ утяжеляет течение ишемической болезни сердца (ИБС), сердечной недостаточности и артериальной гипертонии через гипоксемические процессы и эндотелиальную дисфункцию. Важную роль в этих изменениях играют необратимая бронхообструкция и нарушение выделения мокроты. Наличие хронической обструктивной болезни легких повышает риск смерти от заболеваний сердечно-сосудистой системы в 2-3 раза, независимо от наличия других факторов, в том числе курения, гиперлипидемии, артериальной гипертонии. У пациентов с легким и среднетяжелым течением ХОБЛ на каждые 10% снижения ОФВ₁ риск сердечно-сосудистой смерти возрастает на 28%, других событий – на 20% [5]. Актуальность проблемы сочетанной патологии определяется единичными факторами риска (курение); возрастными морфофункциональными изменениями органов дыхания и сердечно-сосудистой системы; сложностью доказательства «одна болезнь или две», «конкурирующее или сопутствующее заболевание»; трудностями при выборе рациональной терапии; нередким развитием осложнений как вследствие болезней, так и вследствие лечебных мероприятий. При хронической обструктивной болезни легких наблюдается ряд патологических синдромов, которые ухудшают течение артериальной гипертонии и условия функционирования сердечно-сосудистой системы [3]: хроническая дыхательная недостаточность (гипоксемия, гиперкапния); легочная гипертензия; длительная, не всегда рациональная терапия препаратами, ухудшающими функционирование сердечно-сосудистой системы (бронхоспазмолитики, глюкокортикостероиды); миокардиодистрофия (гипоксическая, дисметаболическая, гемодинамическая). Возникает проблема диагностики и лечения: диагностики и лечения артериальной гипертонии у больных хронической обструктивной болезнью легких; диагностики и лечения ХОБЛ у больных АГ. Задачи терапии хронической обструктивной болезни легких в сочетании с артериальной гипертонией: улучшение легочной функции; уменьшение симптомов (одышка, кашель, гипертензия); повышение толерантности к физическим нагрузкам; минимизация побочных эффектов терапии; снижение часто-

* ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н. Бурденко», 394036, Воронежская обл., г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10

ты осложнений (инфаркт миокарда, мозговой инсульт); увеличение продолжительности жизни и снижение смертности. Больные с комбинированной сердечно-сосудистой и бронхолегочной патологией подлежат более тщательному контролю, включающему обязательные исследования как сердечно-сосудистых показателей, так и показателей функции внешнего дыхания. Благодаря доступности, экономичности и эффективному патогенетическому воздействию, исключающему дополнительное введение лекарственных веществ, в лечении ХОБЛ заняли достойное место физические факторы. Одним из них является низкоинтенсивное лазерное излучение. Следует отметить, что, по данным НИИ пульмонологии ФМБА РФ, борьба с гипоксимией является важной составной частью лечебной программы больных ХОБЛ и АГ, которая позволяет не только выйти из обострения, но и предотвратить нежелательные побочные реакции со стороны значительной группы лекарственных средств. Доказанную эффективность в этой области имеет терапия с использованием НИЛИ [2]. Биостимуляционные эффекты в организме возникают при энергетической облученности порядка 0,1-200 мВт/см². При энергетической облученности от 0,005 до 0,05 мВт/см² происходит пролиферация клеток, от 1,0 до 5,0 мВт/см² – стимуляция метаболизма тканей и функции органов, от 0,1 до 3,0 мВт/см² – улучшение микроциркуляции и анальгезия. При лечении глубоко расположенных патологических очагов наиболее эффективным является ее применение (длина волны 0,8-1,3 мкм) в сочетании с постоянным магнитным полем (20-60 мТл) терапевтических дозировок, чем достигается увеличение глубины проникновения и поглощения лазерного излучения. При таком виде лазеротерапии излучение проникает до 6 см в ткани. Экспериментальные и клинические исследования свидетельствуют, что использование низкоинтенсивного лазерного излучения в ближнем инфракрасном диапазоне (0,83-1,3 мкм) для лечения больных во многих случаях эффективнее по сравнению с низкоинтенсивным лазерным излучением видимого диапазона (красный, зеленый, синий). Эффективность лечения лазеротерапией значительно повышается, когда инфракрасное низкоинтенсивное лазерное излучение сочетается с переменным магнитным полем: магнитоинфракрасная лазерная терапия, МИЛ-терапия. О.Л. Фабрикантов, проведя морфологические исследования, установил, что импульсное инфракрасное низкоинтенсивное лазерное излучение вызывает однотипные изменения в тканях легких, сердца, печени, почек, поджелудочной и щитовидной желез, проявляющиеся усилением кровенаполнения и увеличением функциональной активности клеток. Выраженность эффекта зависит от частоты следования импульсов и экспозиции лазерного излучения. В парных необлученных органах выявляются аналогичные изменения, как проявление содружественного эффекта низкоинтенсивного лазерного излучения в инфракрасном диапазоне [4].

Цель исследования – оценить динамику СМАД у больных ХОБЛ в сочетании с ГБ II стадии с помощью включения магнитолазерного излучения в комплексную терапию.

Материалы и методы исследования. Обследовано 40 больных ХОБЛ в сочетании с ГБ (22 мужчин и 18 женщин), поступивших в пульмонологическое отделение Городской клинической больницы №20 г. Воронежа. Все пациенты были разделены на основную и контрольную группы. В контрольную группу были включены 15 человек, получавших только медикаментозное лечение, соответствующее медицинским стандартам. Основную группу составили 25 человек (15 мужчин и 10 женщин), получивших на фоне традиционного медикаментозного лечения курс магнитолазерной терапии, состоящий из 10 процедур. Применялся аппарат магнито-лазерный терапевтический с фоторегистратором «МИЛТА-Ф-8-01» (производитель ЗАО «НПО космического приборостроения»). Использовался импульсный режим (частота повторения импульсов лазерного излучения 80 Гц) при длине волны лазерного и светодиодного излучений 0,85-0,89 мкм и мощности 80 мВт. Магнитная индукция на оси магнита в плоскости выходной апертуры терминала составляла не менее 20 мТл. Средняя плотность мощности лазерного излучения терминала 0,78 мВт/см². Время воздействия на одну точку – 1-2 минуты. Воздействие осуществлялось накожно. Общее время процедуры 15 минут. У всех больных проводился подробный сбор анамнеза с выяснением клинических проявлений, выполнялись общепринятые клинические и биохимические анализы, функциональное исследование внешнего дыхания методом спирометрии и суточное мониторирование АД. Статистическая обработка данных

осуществлялась на IBM с использованием программы «Microsoft Office Excel 2007».

Результаты и их обсуждение. При анализе клинических показателей у больных ХОБЛ, получавших магнитолазерную терапию, в сравнении с больными контрольной группы, было установлено ускоренное регрессирование основных симптомов заболевания и нормализация общего состояния. Также в качестве оценки эффективности были выбраны показатели, отражающие степень выраженности бронхообструктивного синдрома (ОФВ1, МОС25-75, ЖЕЛ), и показатели гемодинамического профиля у пациентов ХОБЛ в сочетании с ГБ. Положительная динамика проявлялась в снижении частоты кашлевых толчков, улучшении отхождения мокроты и уменьшении ее количества, менее выраженной одышке и положительной динамике аускультативной картины, уменьшении головной боли, нормализации неврологических расстройств.

К окончанию проводимых процедур (10-11) отмечено существенное уменьшение явлений бронхиальной обструкции, что выразилось в достоверном повышении таких прогностически благоприятных показателей функции внешнего дыхания как прирост ЖЕЛ на 16,8%, ОФВ1 – 14,2%, по сравнению с контрольной группой, получавшей традиционную медикаментозную терапию, где результаты анализа ФВД заметно отставали.

Гипотензивный эффект комплексного лечения определяли по изменению АД при измерении аускультативным методом по Короткову, а также с помощью оценки СМАД, которое проводили при поступлении в стационар и в день выписки. Для суточного мониторирования АД использовали монитор VPLab, соответствующий требованиям международных протоколов BHS. Метод измерения АД – осциллометрический. Суточное мониторирование АД выполняли в условиях повседневной деятельности пациента на протяжении 24 часов с интервалами между измерениями, равными 15 минутам в течение дня и 30 минутам в течение ночи (JNC-2007). Для регистрации изменений психоэмоциональной и физической активности в период исследования пациенты вели специальный дневник. На основании дневниковых записей по завершении СМАД производилась коррекция временных интервалов дня и ночи с целью максимально точного определения периодов сна и бодрствования. После предварительной обработки данных, включающих исключение некорректных измерений и результатов первых часов исследования, производился математический анализ всей совокупности удачных измерений с расчетом следующих показателей:

- Среднее *систолическое АД* (САД), среднее *диастолическое АД* (ДАД) и среднее *гемодинамическое АД* (СГАД) за сутки, день и ночь в мм рт.ст. (рассчитывались как среднее арифметическое итогов всех измерений за данный промежуток времени);
- Показатель «нагрузки давлением» для систолического и диастолического АД за сутки, день и ночь: *индекс измерений* (ИИ) – процент измерений АД, превышающий пороговые значения (140 и 90 мм рт.ст. для САД и ДАД (в течение дня, 120 и 80 мм рт.ст. для САД и ДАД в течение ночи);
- *Вариабельность систолического АД* (ВСАД) и *диастолического АД* (ВДАД) за сутки, день и ночь в мм рт.ст. (рассчитывалась как величина стандартного отклонения от среднего значения АД за данный промежуток времени);
- *Степень ночного снижения систолического АД* (СНССАД) и *диастолического АД* (СНСАД) в процентах (рассчитывалась по формуле: $(\text{АД}_{\text{день}} - \text{АД}_{\text{ночь}}) \times 100 / \text{АД}_{\text{ночь}}$).

Таким образом, для верификации динамики АД в процессе медикаментозной и магнитолазерной терапии пациентов ХОБЛ с ГБ использовались современные аппаратные методы и усовершенствованные методики расчета основных показателей АД за сутки. На 10-11 день у больных, получавших МЛТ, отмечалось снижение АД (по Короткову): систолического на 25,3% и диастолического на 20,1% (контрольная группа АД систолическое на 24,7% и диастолическое на 15,5%). У больных ХОБЛ в сочетании с ГБ II ст. исходный уровень АД, по данным СМАД, свидетельствовал об артериальной гипертензии (табл. 1). В результате лечения, как у пациентов основной группы, так и больных контрольной группы: средние величины АД за сутки день и ночь (САД, ДАД и СГАД) значимо снижались ($p < 0,01$), не достигая при этом нормальных значений. Значимых различий в выраженности снижения АД между больными групп наблюдения и сравнения не выявлено, за исключением более значительного снижения САД в ночные часы у пациентов, получавших МЛТ ($p < 0,05$).

Таким образом, у больных ХОБЛ в сочетании с ГБ II ст. гипотензивное действие МЛТ выражено минимально и касается в основном среднего систолического АД за ночь.

Таблица 1

Динамика показателей СМАД на фоне лечения у больных ХОБЛ в сочетании с ГБ II ст. под действием стандартной терапии

| Показатели | До лечения | После лечения | % |
|---------------------|------------|---------------|-----------|
| САД 24, мм рт. ст. | 155,1±2,9 | 138,6±1,4** | -16,5±2,1 |
| ДАД 24, мм рт. ст. | 95,3±1,8 | 89,7±0,8** | -5,7±0,8 |
| САД (Д), мм рт. ст. | 166,0±3,4 | 145,3±1,5* | -20,7±2,4 |
| ДАД (Д), мм рт. ст. | 105,4±0,9 | 95,0±0,6** | -10,4±1,0 |
| САД (Н), мм рт. ст. | 131,8±1,4 | 129,6±1,4* | -2,2±0,9 |
| ДАД (Н), мм рт. ст. | 83,2±3,3 | 79,3±1,1* | -4,0±1,1 |
| Утр. макс. САД | 168,8±3,5 | 162,6±2,5** | -6,2±0,6 |
| Утр. макс. ДАД | 110,3±2,3 | 105,2±2,3** | -5,1±0,9 |
| ЧСС, уд в мин. | 82,8±3,3 | 78,3±3,3* | -4,5±0,9 |

Примечание: САД – среднее систолическое АД, ДАД – среднее диастолическое АД, (Д) – день, (Н) – ночь, * – достоверность различия показателя до и после лечения p<0.05; ** – p<0,01; *** – p<0,001

Таблица 2

Динамика показателей СМАД на фоне лечения у больных ХОБЛ в сочетании с ГБ II ст. под действием стандартной терапии в сочетании в МЛТ

| Показатели | До лечения | После лечения | % |
|---------------------|------------|---------------|-----------|
| САД 24, мм рт. ст. | 151,3±2,1 | 128,0±1,2*** | -23,3±2,0 |
| ДАД 24, мм рт. ст. | 95,7±1,2 | 83,8±1,0*** | -11,8±1,2 |
| САД (Д), мм рт. ст. | 165,5±1,8 | 140,3±0,9** | -25,2±1,7 |
| ДАД (Д), мм рт. ст. | 104,4±1,6 | 92,4±0,5*** | -12,0±1,1 |
| САД (Н), мм рт. ст. | 132,7±2,4 | 124,9±1,4** | -7,8±1,1 |
| ДАД (Н), мм рт. ст. | 82,8±2,7 | 75,7±2,1*** | -7,1±1,7 |
| Утр. макс. САД | 170,8±3,5 | 155,6±3,6*** | -15,2±0,8 |
| Утр. макс. ДАД | 111,2±2,0 | 104,1±2,0*** | -7,1±0,9 |
| ЧСС, уд в мин. | 81,2±1,3 | 76,7±1,3** | -4,5±0,9 |

Примечание: * – достоверность различия показателя до и после лечения p<0.05; ** – p<0,01; *** – p<0,001

Выводы. Включение МЛТ в комплекс лечебных мероприятий у больных связано с дополнительным гипотензивным действием, которое частично можно объяснить положительным влиянием на разрешение бронхообструкции, и, следовательно, ослаблением симптоматической артериальной гипертензии, возникающей в ответ на гипоксемию. Это подтверждается небольшим гипотензивным эффектом МЛТ у больных ХОБЛ в сочетании с ГБ II ст., и касается в основном среднего систолического АД за ночь. Простота и доступность, хорошая переносимость методики, благоприятное воздействие магнитолазерного излучения на основные звенья патологического процесса и высокая клиническая эффективность позволяют рекомендовать МЛТ для широкого внедрения в клиническую практику лечебных стационаров, санаториев, поликлиник.

Литература

1. Кароли, Н.А. Факторы риска смерти пациентов с ХОБЛ / Н.А. Кароли, А.П. Ребров // Клини. мед.– 2006.
2. Чучалин, А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания / А.Г. Чучалин // Русский медицинский журнал.– 2008.– Том 16.– № 2.
3. Савенков, М.П. Consilium Medicum / М.П. Савенков.– 2005.– Т.7.– № 5.
4. Фабрикантов, О.Л. Экспериментально-клинические основы применения импульсного инфракрасного низкоинтенсивного лазерного излучения в офтальмологии: Автореф. Дис. док. мед. наук / О.Л. Фабрикантов. Обнинск, 2008.– 32 с.
5. Беляков, Ф.И. Двенадцать тезисов коморбидности / Ф.И. Беляков // Клиническая медицина.– 2009.– №12

EVALUATION OF THE DYNAMICS OF 24-HOUR BLOOD PRESSURE MONITORING UNDER THE INFLUENCE OF MAGNETIC-LASER THERAPY OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND HYPERTONIC DISEASE

L.V. VASILYEVA, M.S. OVSYANNIKOVA, A.V. KRYUCHKOVA

Voronezh State Medical Academy named after NN Burdenko

The article analyses the influence of combined magnetic-laser therapy (MLT) on the indices 24-hour blood pressure monitoring (24-h BPM) of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) combined with hypertonic disease (HD). 40 patients with diagnosed COPD accompanied by HD were examined. After having course of treatment patients of all test groups were characterized by positive dynamics in 24-hour blood pressure rhythm (24-h BPR), more obvious in the group of patients with combined therapy. In the main group, where patients got both standard therapy and MLT according to the suggested methods, the second 24-h BPM showed the tendency to lower 24-h BPR; the share of night-type rhythm decreased, the morning rise in blood pressure also reduced. Patients of the control group, despite the conducted therapy, had violations of 24-hour BPR. It was proved that combined therapy which had included drug therapy and magnetic-laser treatment, leads to increase of anti-hypertensive effect and better therapy endurance.

Key words: magnetic-laser therapy (MLT), chronic obstructive pulmonary disease (COPD), hypertonic disease (HD), 24-hour blood pressure monitoring (24-h BPM), 24-hour blood pressure rhythm (24-h BPR).

УДК: 616.24-07-056.52

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОБОСТРЕНИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

О.В.КРЮЧКОВА, Е. П. КАРПУХИНА, А.В.НИКИТИН*

Представлены сравнительные данные оценки качества жизни у пациентов с ХОБЛ. В исследовании принимали участие 98 пациентов с диагнозом ХОБЛ, которые были разделены на основную и контрольную группы. Основной группой была представлена пациентами с сопутствующим ожирением. Установлено, что ожирение усугубляет течение ХОБЛ, ухудшает качество жизни пациентов.

Ключевые слова: ожирение, ХОБЛ, качество жизни.

В настоящее время хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) представляет собой важнейшую медицинскую и социальную проблему. Она характеризуется частично обратимой бронхиальной обструкцией, повышением периферического сопротивления дыхательных путей и гиперинфляцией, приводящими к усилению одышки, невозможности выполнения привычных физических нагрузок и в конечном счете к снижению трудоспособности, увеличению степени социальной недостаточности и инвалидизации больного. Всего в мире от 4 до 15% взрослого населения страдают ХОБЛ. В России насчитывается около 1 млн больных ХОБЛ (официальные данные МЗ РФ), но в действительности их количество может превышать 11 млн человек [1].

Летальность от данного заболевания постоянно увеличивается, что обусловлено широкой распространенностью курения, загрязненностью окружающей среды. В 2008 г. ХОБЛ стала причиной смерти 2,75 млн человек [2]. Под обострением понимают острое, по сравнению со стабильным состоянием больного, нарастание симптомов ХОБЛ, выходящее за рамки их повседневной вариабельности. Наиболее частыми признаками обострения являются прогрессирование одышки, усиление кашля, увеличение продукции мокроты и изменение ее характера.

Следует уделять особое внимание сопутствующей патологии при ХОБЛ. Учитывая сходный возраст проявлений ХОБЛ и ожирения – старше 40 лет, данные заболевания часто сочетаются у одних и тех же лиц.

Принято считать, что диагноз ожирения устанавливается в тех случаях, когда масса тела пациента превышает «идеальную» более чем на 20%. Должную массу тела можно рассчитать по специальным таблицам. Более простым и распространенным способом количественной оценки степени ожирения служит индекс массы тела (ИМТ). Его рассчитывают по формуле: ИМТ=Масса тела больного(кг)/Рост² (м²). ИМТ более 27,5 кг/м²

* ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н. Бурденко», 394036, Воронежская обл., г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10