

ние больных. В динамике лечения и реабилитации у больных уменьшилась одышка с 2,5 до 1,1 и кашель с 2,5 до 1,2 баллов. Регресс этих симптомов протекал на фоне уменьшения физикальных явлений, слабости, потливости, улучшения общего состояния больных. При этом отмечено увеличение бронхиальной проходимости по данным ПФМ до $361,3 \pm 23,6$ л/мин (исходно – $319,5 \pm 22,1$). У 84% больных чаще встречался вертеброгенный болевой синдром с уменьшением движений в поясничном отделе позвоночника, напряжение и болезненность околовертебральных мышц и их остистых отростков, паравертебральных точек при пальпации. Боль по ВАШ больные оценили как умеренную (18) $62,6 \pm 9$ мм и сильную (9) $82,5 \pm 11$ мм. Под влиянием комплексного лечения и реабилитации пациенты отметили уменьшение болей в позвоночнике, улучшение состояния, нормализацию вСРБ, лейкоцитов и СОЭ. Интенсивность боли по ВАШ через месяц у 74% уменьшилась до $23,8 \pm 6$ мм и у 26% до $33,5 \pm 7$ мм. Установлена положительная динамика показателей ФВД и клинико-биохимических показателей кро-

ви. Уменьшились/прошли явления воспаления в бронхолегочной системе по лабораторным показателям (анализа мокроты, крови). Переносимость лечения и реабилитации, в том числе Артифарма, была хорошей и нежелательных изменений показателей общего билирубина, АЛТ и АСТ в крови в динамике наблюдения не выявлено и случаев отмены не было. При реабилитации важен учет основных аспектов жизнедеятельности, душевного состояния, факторов риска и имеющихся заболеваний. Прогноз коморбидных заболеваний во многом связан с особенностями поведения самого пациента, его комплаентности и может быть в значительной степени скорректирован с помощью мер превентивной медицины.

Выводы. Комплексный персонализированный подход к лечению и реабилитации больных ХОБЛ с коморбидной патологией (хондропротектор, базисная терапия + индивидуально подобранная программа восстановления) оказал благоприятное влияние на состояние больных, клиническое течение основного заболевания и сопутствующей внелегочной патологии.

ОСНОВНЫЕ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА ПРИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

АЛЯВИ А.Л., РАХИМОВА Д.А., САБИРЖАНОВА З.Т.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской реабилитации», Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Исследовать состояние центральной, легочной гемодинамики и эндотелиальной функции (ЭФ) у больных бронхиальной астмой (БА) с легочной гипертензией (ЛГ).

Материал и методы. Больные, имеющие признаки гипертрофии и дилатации правого желудочка (ПЖ) сердца, подтвержденные доплерэхокардиографией, были разделены на 2 группы: 1-я – 10 больных с дилатацией ПЖ (ДПЖ) (толщина передней стенки ПЖ < 5 мм, при передне-заднем размере ПЖ $> 2,5$ см); 2-я – 8 больных с гипертрофией ПЖ (ГПЖ) (толщина передней стенки ПЖ ≥ 5 мм, при передне-заднем размере ПЖ $> 2,5$ см) и 20 здоровых лиц.

Проводились доплерэхокардиографические исследования структурно-функциональных параметров правого желудочка (ПЖ), легочной гемодинамики и уровень стабильных метаболитов оксида азота (SM_{NO}) в плазме крови.

Результаты исследования. Признаки дисфункции эндотелия выявлены у 97,4% больных с ДПЖ и у всех больных с ГПЖ. Были выявлены умеренные отрицательные корреляционные связи между уровнем SM_{NO} в плазме крови и среднего давления в легочной артерии. У больных 2-й группы прослеживалась отчетливая тенденция к более выраженному снижению фракции выброса ПЖ. Параллельно изменялись параметры диастолического наполнения и функции активного расслабления ПЖ. Показатели систолического давления в легочной артерии почти у 1/2 больных превышали нормальные значения.

Выводы. Степень нарушения легочной гемодинамики, гемодинамическая нагрузка на правые отделы сердца, увеличение размеров ПЖ и толщины ПЖ у больных ЛГ прямо зависят от выраженности системной эндотелиальной дисфункции и давности заболевания.