

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ НА ТЛІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ В ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

*Винниченко Л.Б., Головка Т.М., магістр*

*СумДУ, кафедра сімейної медицини*

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) поєднане із хронічною серцевою недостатністю (ХСН) на тлі ішемічної хвороби серця (ІХС) займає домінуюче місце серед хвороб внутрішніх органів. Частота такого поєднання коливається в межах від 7% до 52%. Поєднання обох захворювань обтяжує їх перебіг та підвищує ймовірність смертельних наслідків. Летальність при загостреннях обох станів досягає 10%. Незважаючи на широке застосування прогресивних методів діагностики, досить часто, при поєднанні обох патологій виявляють лише одну, оскільки захворювання мають подібну клініку і маскують перебіг одне одного, що в кінцевому результаті погіршує перебіг, призводить до неадекватного лікування та тяжких наслідків.

Метою даної роботи було вивчення особливостей перебігу та морфофункціонального стану міокарду у хворих з ХСН на тлі ІХС в поєднанні з ХОЗЛ.

Матеріали та методи дослідження. Під наглядом перебувало 134 хворих віком від 45 до 78 років, співставні за віком та статтю, з ХСН ІІ, ІІІ ФК на тлі ІХС. Основну групу (І група) склали хворі на ХСН ІІ, ІІІ ФК з супутнім ХОЗЛ ІІ, ІІІ стадії (n=74), контрольна група (ІІ група) представлена хворими з ХСН ІІ, ІІІ ФК без порушень функції зовнішнього дихання (ФЗД) (n=60). Оцінювали структурно-функціональні параметри серцево-судинної системи методом ехокардіоскопії (Ехо КС), якість життя пацієнтів, вираженість задишки по шкалам, проводилося біохімічне, клінічне дослідження крові, дослідження ФЗД, сатурації кисню.

Результати дослідження. У всіх обстежених хворих виявлено зниження якості життя. Проте, у хворих із сумісною патологією погіршення суб'єктивної оцінки свого стану проявлялося вірогідним зниженням цього показника, на що вказують середні бали за результатами Мінесотського опитувальника ( $46,9 \pm 2,5$  та  $39,5 \pm 2,7$  бали в 1-й та 2-й групах відповідно,  $p < 0,05$ ). При вивченні морфофункціонального стану міокарду було виявлене збільшення діаметру правого шлуночка (ПШ) у парастернальному доступі на 12% ( $p < 0,05$ ), при відсутності суттєвої різниці діаметру нижньої порожнистої вени. У 31 особи (41,9%) досліджуваної групи спостерігалась легенева гіпертензія, вірогідне збільшення систолічного тиску в легеневій артерії (СТЛА) й дилатація правих відділів серця. Так, розміри правого передсердя (ПП), ПШ й показники СТЛА склали:  $5,41 \pm 0,11$  мм рт. ст.;  $3,98 \pm 0,15$  мм рт. ст.;  $3,59 \pm 0,13$  мм рт. ст. й  $4,58 \pm 0,22$  мм рт. ст.;  $2,70 \pm 0,26$  мм рт. ст.;  $2,07 \pm 0,6$  мм рт. ст. в 1-й та 2-й групах відповідно,  $p < 0,05$ . Збільшеними виявилися й розміри лівих відділів серця: кінцевий діастолічний розмір (КДР) лівого шлуночка (ЛШ) й кінцевий систолічний розмір (КСР) ЛШ склали  $5,57 \pm 0,09$  мм й  $4,13 \pm 0,09$  мм та  $5,52 \pm 0,09$  мм й  $4,03 \pm 1,1$  мм відповідно в 1-й та 2-й групах, а розміри лівого передсердя (ЛП) -  $3,98 \pm 0,05$  мм й  $3,82 \pm 0,04$  мм в 1-й та 2-й групах;  $p > 0,05$ . СТЛА у хворих із поєднаною патологією був також підвищений, і склав  $32,5 \pm 1,05$  мм проти  $26,7 \pm 0,42$  мм у хворих контрольної групи,  $p < 0,05$ . Показник фракції викиду лівого шлуночка (ФВЛШ) у хворих основної та контрольної групи не відрізнявся:  $58,9 \pm 0,88$  та  $59,2 \pm 0,76$ ,  $p > 0,05$ . Розмір порожнини ЛП був достовірно вищий у хворих із поєднанням ХСН на тлі ІХС та ХОЗЛ, значно перевищував норму. В групі хворих на ХСН з порушенням ФЗД встановлені тісні кореляційні взаємовідношення між правими та лівими відділами серця, а саме: між ПП й ЛП ( $r = 0,82$ ;  $p < 0,05$ ), а також між КДР й КСР ЛШ й ПШ ( $r = 0,63$  й  $r = 0,57$  відповідно;  $p < 0,05$ ). В групі хворих на ХСН в поєднанні з ХОЗЛ товщина міжшлуночкової перегородки (ТМШП) вірогідно більша ( $1,18 \pm 0,01$  й  $1,0 \pm 0,03$  в 1-й та 2-й групах,  $p < 0,05$ ), а її розміри корелюють зі значеннями СТЛА ( $r = -0,41$ ;  $r = -0,51$ ,  $p < 0,05$ ). У хворих на ХСН в поєднанні з ХОЗЛ збільшується частота виявлення гіпертрофії ЛШ, про що свідчить збільшення кількості осіб (58, що склало 78,4%) з підвищеним індексом маси міокарду лівого шлуночка (ІММЛШ) в порівнянні з групою хворих, що мають ізольовану ХСН (36 осіб - 60,0%) ( $p < 0,05$ ). У хворих на ХСН з ХОЗЛ спостерігається позитивний кореляційний взаємозв'язок між ІММЛШ з гематокритом крові ( $r = 0,57$ ;  $p < 0,05$ ) й негативний з показником  $SaO_2$  ( $r = -0,89$ ;  $p < 0,05$ ). Особливістю, що відрізняє пацієнтів із ХСН в поєднанні з ХОЗЛ виявилось переважання прогностично несприятливих типів ремоделювання ЛШ: ексцентричної й концентричної гіпертрофії ЛШ (ЕГ й КГ). Так, якщо сумарна кількість осіб з ЕГ й КГ в групі з ізольованою ХСН складає 53,3%, то серед осіб з супутньою ХОЗЛ цей показник збільшується до 72,9% ( $p < 0,05$ ). Вірогідно менша і кількість осіб з нормальною геометрією (НГ) й концентричним ремоделюванням (КР) ЛШ: 27,1% в 1-й групі й 46,7% в 2-й групах ( $p < 0,05$ ). Пацієнти групи порівняння відрізнялись також за типами діастолічної дисфункції лівого шлуночка (ДДЛШ). Так, в 1-й групі хворих спостерігається менша кількість осіб зі «сповільненим» типом ДДЛШ, й більша – з «псевдонормальним» й «рестриктивним». Пацієнти з поєднаною патологією мали більш низькі показники систолічної функції й кількість хворих з ФВ ЛШ  $< 45\%$  була більшою, проте різниця за цим показником не досягла критерія вірогідності. Ступінь систолічної дисфункції ЛШ залежала від вираженості обструктивно-рестриктивних порушень в групі хворих з ХСН в поєднанні з ХОЗЛ, так позитивний кореляційний взаємозв'язок спостерігається між ФВ ЛШ й об'ємом форсованого видиху за 1-шу секунду (ОФВ1), максимальною об'ємною швидкістю повітря на рівні середніх та великих (МОШ50 й МОШ75) бронхів ( $r = 0,62$ ;  $r = 0,61$ ;  $r = 0,65$ ;  $r = 0,75$  відповідно,  $p < 0,05$ ). Серед пацієнтів з ХСН та ХОЗЛ виявлено більше осіб з низькою толерантністю до фізичного навантаження, ніж у групі з ізольованою ХСН, що відображено в дистанції, яка пройдена за 6 хвилин ( $308,9 \pm 10,4$  м й  $336,5 \pm 11,3$  м відповідно в 1-й та 2-й групах,  $p > 0,05$ ).

Висновки. Для хворих із поєднанням ХОЗЛ та ХСН на тлі ІХС у порівнянні із хворими з ізольованою ХСН на тлі ІХС характерні збільшення порожнини правого шлуночка (на 12%) та наявність у 41,9% хворих легеневої гіпертензії. ЛП корелює з ОФВ1 та збільшенням порожнини лівого передсердя (на 4,1%). Наявність ознак збільшення правих відділів серця у хворих із ХСН на тлі ІХС та збереженою систолічною функцією лівого шлуночка дозволяє запідозрити супутнє ХОЗЛ та проводити відповідне обстеження.

Актуальні питання теоретичної та клінічної медицини : збірник тез доповідей Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених, м. Суми, 10-12 квітня 2013 р. / Відп. за вип. М.В. Погорелов. — Суми : СумДУ, 2013. — С. 287-288.